UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

FACULDADE UnB PLANALTINA – FUP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO RURAL – PPG-MADER

Vanessa Borges Tavares de Sousa

INVALIDAR SABERES, INVISIBILIZAR DORES: A CONSTRUÇÃO DE UM DEBATE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES CAMPONESAS DE RIACHO DOS CAVALOS, MONTE ALEGRE - PI

Brasília

2025

Vanessa Borges Tavares de Sousa

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural (PPG-Mader) como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural da Faculdade UnB Planaltina (FUP), Universidade de Brasília (UnB).

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas para o Meio Ambiente e o Campo

Orientador: Prof. Dr. Joerg Nowak

Brasília

2025

Vanessa Borges Tavares de Sousa

INVALIDAR SABERES, INVISIBILIZAR DORES: A CONSTRUÇÃO DE UM DEBATE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES CAMPONESAS DE RIACHO DOS CAVALOS, MONTE ALEGRE - PI

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural (PPG-Mader) como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural da Faculdade UnB Planaltina (FUP), Universidade de Brasília (UnB).

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jörg Nowak

Orientador

Profa. Dra. Joelma Rodrigues da Silva

Examinadora interna

Profa. Dra. Mônica Celeida Rabelo Nogueira

Examinadora interna

Profa. Dra. Vilenia Venancio Porto Aguiar

Examinadora externa

Profa. Dra. Janaina Deane de Abreu Sá Diniz

Examinadora interna e suplente

Brasília

2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Borges Tavares de Sousa, Vanessa
BS725ii INVALIDAR SABERES, INVISIBILIZAR DORES: A CONSTRUÇÃO DE UM DEBATE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES CAMPONESAS DE RIACHO DOS CAVALOS, MONTE ALEGRE - PI / Vanessa Borges Tavares de Sousa; orientador Jorg Nowak. Brasília, 2025.
105 p.

Tese(Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural) Universidade de Brasília, 2025.

1. Violência Obstétrica . 2. Mulheres Camponesas. 3. Saberes Camponeses . I. Nowak, Jorg, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a cada uma das mulheres da comunidade Riacho dos Cavalos, interlocutoras desta pesquisa, que permitiram a concretização e eternização deste trabalho.

À Mainha, Dona Mildes Borges, que me deu seu colo, toda a minha vida, me ensinando todos os dias os saberes que ela carrega consigo.

EPÍGRAFE

Profundo ver o peso do mundo nas costas de uma mulher.
Lutas diárias, fio da navalha, marcas? Várias!
Senzalas, cesáreas, cicatrizes, estrias, varizes... Crises.
Desafia, vai dá mó treta
quando disser que vi Deus.
Ele era uma mulher ***PRETA****.*

(Mãe. - Emicida, Dona Jacira e Anna Tréa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a deus e ao universo por chegar aqui com toda essa força e dedicação na realização desse sonho, sou grata por viver todos as manifestações que fiz antes de começar o mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural, e sou grata também por todas as manifestações que ainda viverei.

Agradeço a todos que estiveram comigo em todos os momentos desse caminhar, minha querida mãe Mildes Borges Tavares, que vibra comigo em todas a conquistas e reza por minha proteção todas as noites antes de se deitar, Mainha agradeço por tudo. Agradeço ao meu umpai Euclides Tavares *(in memorian*) pelo cuidado comigo em sua passagem por nossas vidas, aos irmãos Fia, Mocinha, Evoneide, Edson, Romualdo, Aldemir, Bernado e Henrique. Que sempre estiveram comigo.

Agradeço também as minhas queridas primas Helem, Pâmela, Rebeca, Isla e Isabela. Por todas as risadas, brincadeiras e conversas.

Agradeço ao Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural – PPG- MADER, pela oportunidade, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por todo apoio e suporte acadêmico nesses dois anos e seis meses de mestrado, e ao Programa de Moradia Estudantil da Pós-Graduação, meu muito obrigada.

Agradeço aos mestres e mestras da comunidade Riacho dos Cavalos PI, às professoras, professores e colegas da turma MADER 2023. Em especial ao meu orientador Jörg Nowak, pelo apoio durante essa jornada, compreensão e carinho em um universo acadêmico que as vezes pode ser cruel com aqueles que estão trilhando esse caminho da pesquisa cientifica. E a minha banca composta por mulheres tão potentes, Mônica Celeida, Joelma Rodrigues, Janaína Diniz e Vilenia Venancio. Sou grata por tudo, obrigada.

Sou grata também aos amigos que os estudos me presentearam e que carrego comigo, que são pessoas especiais que trilharam as minhas histórias nesses anos.

Por último, mas não menos importante, agradeço a mim mesma por ser essa mulher incrível que tem trabalhado tanto e manifestado tantas realizações para nossa vida, obrigada Vanessa.

Enfim sou grata por tudo que vivi e que vou viver através dos estudos aqui na Universidade de Brasília.

RESUMO

A violência obstétrica configura-se como uma grave violação dos direitos humanos e um desafio persistente no campo da saúde reprodutiva no Brasil. No entanto, as experiências de mulheres de grupos socialmente vulnerabilizados, como as populações rurais, permanecem insuficientemente assistidas. Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo principal analisar a violência obstétrica enfrentada por mulheres camponesas residentes na Comunidade Riacho dos Cavalos, município de Monte Alegre do Piauí. Utilizando uma metodologia de abordagem qualitativa e exploratória, o estudo se propôs documentar as experiências subjetivas e narrativas dessas mulheres. O trabalho de campo, realizado em junho de 2024, consistiu na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, permitindo a captação de suas vivências e percepções sobre os ciclos que envolvem o parto. A análise temática das entrevistas, permitiu a categorização dos achados e a identificação de um fenômeno complexo e multifacetado, ancorado em contextos socioculturais específicos. Os resultados revelam a persistência de diversas formas de violência institucional, incluindo negligência, omissão de informações e práticas desumanizadas durante o parto. Mais do que um problema pontual, a pesquisa aponta que a violência obstétrica não é um problema isolado, mas sim um reflexo e uma manifestação direta de estruturas de poder enraizadas a análise demonstra como a colonialidade do saber, o machismo, o racismo, o patriarcado e a medicalização excessiva e desnecessária do parto interagem, aumentando dramaticamente a vulnerabilidade das mulheres camponesas a essa forma de violência de gênero. Em suma, este estudo contribui significativamente para a literatura ao trazer à tona a voz de um grupo historicamente silenciado e ao fornecer evidências robustas de que a violência obstétrica é uma questão que exige uma abordagem que vá além da biomedicina. Proponha-se a adoção urgente de políticas públicas de saúde sensíveis ao contexto rural, que combatam as desigualdades estruturais e promovam um parto respeitoso e humanizado.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Mulheres Camponesas; Saberes Camponeses.

ABSTRACT

Obstetric violence constitutes a serious violation of human rights and a persistent challenge in the field of reproductive health in Brazil. Nevertheless, the experiences of women from socially vulnerable groups, such as rural populations, remain insufficiently studied. Accordingly, the present research's main objective was to analyze the obstetric violence faced by peasant women residing in the Riacho dos Cavalos Community, municipality of Monte Alegre do Piauí. Employing a qualitative and exploratory methodological approach, the study sought to document the subjective and narrative experiences of these women. Fieldwork, conducted in June 2024, involved data collection through semi-structured interviews, enabling the capture of their lived experiences and perceptions regarding the cycles surrounding childbirth. The thematic analysis of the interviews allowed for the categorization of the findings and the identification of a complex and multifaceted phenomenon, anchored in specific socio-cultural contexts. The results reveal the persistence of various forms of institutional violence, including negligence, omission of information, and dehumanizing practices during the birth process. Far from being a sporadic issue, the research suggests that obstetric violence is not an isolated problem, but rather a reflection and a direct manifestation of deeply entrenched power structures. The analysis demonstrates how the coloniality of knowledge, machismo, racism, patriarchy, and the excessive and unnecessary medicalization of childbirth interact, dramatically increasing the vulnerability of peasant women to this form of gender violence. In sum, this study contributes significantly to the literature by giving voice to a historically silenced group and providing robust evidence that obstetric violence is an issue demanding an approach that moves beyond biomedicine. We propose the urgent adoption of public health policies sensitive to the rural context, which combat structural inequalities and promote respectful and humanized childbirth.

Keywords: Obstetric Violence. Peasant Women. Peasant Knowledge.

Lista de Figuras

Figura 1 Tabelas informações interlocutoras 21
Figura 2- Ilustração Episiotomia 61
Figura 3 - Imagem ilustrativa uso de Fórceps 71
Figura 4 - Sete das onze interlocutoras desta pesquisa..... 93

Sumário

Introdução 12

Caminhos metodológicos 19

Análise e categorização dos dados 22

Capítulo 1 – Entre o Saber Tradicional e a Hegemonia Médica: Breves Notas sobre a Medicalização do Parto 24

1.1 Reflexões sobre a medicalização do parto. 24

1.2 Saberes tradicionais: Parteiras e práticas espirituais no campo. 28

1.3 O Território Camponês: Transformações no modo de Vida e Reflexos na Antonina. 32

Capítulo 2 – Violência Obstétrica e a Realidade das Mulheres Camponesas 36

2.1 Violência obstétrica: conceito, formas de manifestação e o impacto nas mulheres do campo 37

2.2 Interseccionalidade: Gênero, classe e território no campo. 42

Capítulo 3 – Judiar, Sofrer e Lembrar: As Marcas da Violência Obstétrica nas Memórias de Mulheres Camponesas 48

3.1 Judiar: quando o cuidado se transforma em sofrimento 51

3.2 Memória do Trauma: Marcas no Corpo – Danos Físicos 68

3.3 Memória do Trauma: Marcas na Alma – Danos Psicológicos e Emocionais 87

Capítulo 4 – Saber Camponês: Práticas Tradicionais de Cuidado no Parto 94

4.1 Territorialidades e memória na comunidade Riacho dos Cavalos. 94

4.2 Saber camponês: a importância da valorização. 98

Considerações Finais 100

Referências 102

Introdução

Dando início a esta história, gostaria de registrar minha gratidão àquelas que vieram antes de mim, minhas ancestrais. A pesquisadora que vos fala é uma mulher preta, camponesa, resistente como as casas de taipa que, por muito tempo, abrigaram meus ancestrais na comunidade Riacho dos Cavalos, nasci em Brasília, mas, dezenove dias após o meu nascimento, fui levada para o Piauí para ser criada pelos meus avós maternos. Cresci na comunidade Riacho dos Cavalos, no município de Monte Alegre do Piauí, cercada por familiares e criando laços permanentes de amizade com todos que convivo lá. Iniciei meus estudos na comunidade, na Unidade Escolar Joaquim da Silva Matos, em uma sala multisseriada. Tenho boas memórias da época em que cursava o ensino básico, mas, ao avançar para o ensino fundamental maior, precisei deixar a escola da comunidade e seguir para outra escola essa no povoado São Dimas, onde havia ensino fundamental no período vespertino e ensino médio no período noturno.

O transporte até a escola era feito em carros abertos, os famosos "paus de arara". A estrutura da escola não era uma das melhores que poderiam nos oferecer, faltava o essencial como cadeiras e livros didáticos, mas seguimos mesmo assim. Como sempre ouvíamos de pessoas com quem convivíamos o famoso "*Estudem, o estudo é a única coisa capaz de tirar vocês da roça e lhes dar uma vida digna na cidade*". Logo acreditávamos nesse ideal imposto em nossa sociedade de que o campo é lugar de atraso.

A cidade de Monte Alegre do Piauí, localizada no sul do estado, possui cerca de 10.349 habitantes, está a proximidade 755km da capital, Teresina (Maps). A comunidade Riacho dos Cavalos, é formada por camponeses tradicionais que cultivam alimentos como feijão, mandioca e milho, entre outros. Estima-se que cerca de 60 famílias vivam na comunidade, número obtido em diálogo com os próprios moradores da comunidade.

Ao concluir minha graduação em Licenciatura em Educação do Campo, com ênfase em Ciências Sociais e Humanas, escolhi como tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso TCC, "Os impactos das colonialidades do saber e da natureza no modo de vida e produção dos camponeses da comunidade". Durante a escrita do TCC, estudando como as colonialidades se manifestam nas relações sociais atuais, me lembrei de relatos que ouvia desde muito nova sobre as condições enfrentadas por algumas

mulheres da comunidade ao darem à luz. Esses relatos frequentemente traziam histórias de sofrimento, dor desconsiderada e desrespeito a seus direitos.

Foi impossível ignorar a semelhança entre essas histórias e os relatos de outras mulheres camponesas que conheci ao longo da graduação. Conversando com colegas de diferentes comunidades rurais, percebi que essa realidade não era exclusiva da minha comunidade. Muitas mulheres enfrentavam condições semelhantes ao darem à luz, evidenciando um padrão preocupante.

Em diálogo com minha orientadora, decidimos incluir no TCC uma breve análise sobre os casos de violência obstétrica relatados pelas mulheres da comunidade. Essa decisão somou ainda mais debates ao trabalho, reforçando a importância de dar visibilidade a essas histórias e discutir como essa realidade é percebida no contexto da saúde e dos direitos humanos das mulheres camponesas.

Nesse período de escrita e defesa do TCC, recebi a notícia que haveria seleção para o programa de pós-graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural, e após passar por todas as etapas da seleção fui uma das classificadas, foi uma grande alegria essa nova realidade para mim. Estudando um pouco mais sobre as temáticas abordadas em pesquisas anteriores no programa, pensei incialmente que não poderia trabalhar o tema da violência obstétrica sofrida por mulheres camponesas da minha comunidade, por achar que esse tema poderia não agregar questionamentos sobre o desenvolvimento rural e as políticas públicas para o meio ambiente e o campo. Mas sendo o corpo feminino parte do território essa pesquisa aprofundaria temas importante para a discursão do desenvolvimento rural e de políticas públicas para o campo.

Desse modo ao final da disciplina seminários de dissertação I, com o apoio do meu orientador mudei o tema e me debrucei sobre essa temática, negação dos saberes tradicionais e por consequência disso os casos de violência obstétrica sofrido por mulheres da comunidade camponesa que cresci.

Foi com esse propósito que me comprometi a realizar esta pesquisa com as mulheres da comunidade, que enfrentaram situações desumanas durante seus partos. Meu objetivo vai para além de trazer seus relatos dolorosos para dentro do discurso e análise acadêmica, mas também dar visibilidade às suas histórias, buscando, juntas, compreender os fatores que levam à ocorrência dessas violências. Além disso, almejo identificar caminhos possíveis para superar essa realidade tão cruel e injusta, pensando na construção

de mecanismos para solução dessa questão, promovendo respeito, dignidade e direitos para todas as mulheres camponesas.

Não é fácil ouvir relatos tão profundos de dor e sofrimento. O que essas mulheres enfrentam é a negação dos direitos que almejamos para todas as mulheres. Cada história é um reflexo de um cenário desolador, e, à medida que ouvia os relatos de minhas interlocutoras, uma sensação de angústia tomava conta de mim. Eu podia sentir a dor, o medo e o desespero que cada uma delas viveu, ao se tornar, sem saber, mais uma vítima invisível da violência obstétrica. Contudo, é justamente a força desses relatos que me impulsionam a trabalhar de forma mais intensa e dedicada. Eles são, para mim, a chama que mantém acesa a convicção de que este estudo precisa ser mais do que uma pesquisa acadêmica. Ele deve ser um agente de transformação, uma ferramenta concreta para a mudança da realidade das mulheres camponesas que, silenciadas, continuam sendo vítimas dessa violência.

Desse modo elaboramos o seguinte objetivo geral conduzido a análise da relação entre a violência obstétrica e a desvalorização dos saberes tradicionais das mulheres da comunidade Riacho dos Cavalos, apresentado as principais formas dessa violência que afetam as mulheres camponesas. Para os objetivos específicos elaboramos os seguintes pontos a serem investigados, identificar por meio dos relatos das vítimas, as principais formas de violência obstétrica enfrentadas por as mulheres camponesas e verificar as práticas tradicionais relacionados ao parto na comunidade; Dar visibilidade as histórias que sofreram violência obstétrica, buscando compreender os fatores que levam à essa ocorrência, pensando na construção de mecanismos para o enfrentamento dessa violência e analisar a relação entre a violência obstétrica e a desvalorização dos saberes tradicionais das mulheres da comunidade Riacho dos Cavalos, abordando as reproduções da colonialidade do saber.

Foram escritos quatro capítulos para sustentarem as discursões e análises contidas neste trabalho, no primeiro capítulo apresentamos uma breve análise do processo da transição dos partos realizados por parteiras tradicionais que após a chegada dos portugueses começaram a serem instauradas escolas de medicinas com cadeiras voltadas para o ensino artes-obstétricas, com isso santas-casas começaram a receber mulheres em trabalhos de parto. Adianto que esta análise foi suscinta no texto, não foi possível realizar uma linha do tempo com todas as mudanças que levaram a medicalização do parto como conhecemos atualmente. Também apresentamos analises acerca dos saberes tradicionais

e como esses saberes estão ligados ao contato com as crenças espirituais tidas pelas parteiras tradicionais.

Para a elaboração do segundo capítulo propusemos um debate acerca dos conceitos que categorizam a violência obstétrica e as principais práticas que configuram essa violência. Também elaboramos uma breve análise de como a violência obstétrica se sobressai mais em mulheres negras.

Dando sequência a construção dos debates para este estudo, construímos o terceiro capítulo focando nos relatos das interlocutoras, mulheres camponesas da comunidade Riacho dos Cavalos, que sofreram intervenções durante o parto que são configuradas como violência obstétrica, este capítulo foi dividido em subtópicos que abordam as marcas deixadas por a violência obstétrica na vida das interlocutoras.

Finalizando os quatros capítulos, no último apresentamos um breve panorama das práticas no uso de plantas medicinais para os cuidados no pós-parto.

As reais intenções por trás deste estudo não são de apontar culpados entre os profissionais de saúde, mas de colaborar com outros estudos que busquem entender a complexidade desse mal que atinge tantas mulheres no momento mais sagrado de suas vidas: o parto. É fundamental que os números de mulheres camponesas vítimas de violência obstétrica sejam analisados e divulgados de forma separada, pois acreditamos que os diferentes contextos de vida, o acesso desigual aos serviços de saúde e as disparidades geográficas entre as mulheres do campo e as do meio urbano devem ser devidamente considerados. Nessa perspectiva, é crucial reconhecer que as mulheres camponesas, devido a esses contextos diversos, estão muitas vezes em situação de maior vulnerabilidade, tornando-se, portanto, vítimas em potencial da violência obstétrica.

A realidade das populações camponesas em nossa sociedade vai muito além do que é retratado nas notícias sobre a vida dos camponeses. Muitas vezes, as reportagens se limitam a enfatizar as dificuldades da vida no campo, reforçando estereótipos que historicamente desqualificam as áreas rurais como espaços de atraso. A realidade das populações camponesas em nossa sociedade é profundamente marcada por narrativas que desqualificam o rural, muitas vezes limitadas a retratar apenas as dificuldades da vida no campo. Essas representações perpetuam estereótipos que historicamente posicionam as áreas rurais como espaços de “atraso” composto por pessoas “ignorantes” reforçando assim desigualdades sociais e culturais.

Deponti (2022) observa que, a diferenciação entre o rural como sinônimo de “atraso” e o urbano como de “moderno” pautou as diretrizes das políticas públicas para o desenvolvimento e parece retornar com maior intensidade no período recente no país. Por um lado, a associação do rural como agrícola e do urbano como industrial pautou o debate do século XX quanto ao processo de modernização das sociedades. Aliado a essa proposição, tem-se o fator demográfico, apontando para a redução da população agrícola como consequência do modelo produtivista do agronegócio, intensificado nos anos 1970 no Brasil (Deponti, 2022, p. 19).

Essa visão reducionista do campo não apenas invisibiliza a riqueza e a diversidade dos saberes camponeses, mas também contribui para a desvalorização das práticas e experiências tradicionais das mulheres rurais, especialmente no âmbito do cuidado e do parto. Ao negligenciar os saberes locais, as políticas públicas e o modelo produtivista promovem a exclusão dessas mulheres e reforçam um ciclo de violência que incide tanto sobre os territórios quanto sobre os corpos das camponesas.

Nesse sentido Teixeira e Oliveira (2014), afirma que a cultura popular, muitas vezes iletrada, é legítima e corresponde às estruturas materiais e simbólicas do povo, mas que essa cultura é ignorada, negada e considerada analfabeta por sua simbologia não ser compreendida pela cultura dominante. A autora conclui que a ciência produzida no hemisfério norte ou sob suas bases epistemológicas contém escolhas que favorecem essa cultura dominante, tornando-se um instrumento sutil de dominação ao direcionar a produção do conhecimento para a manutenção de seu poder. Como consequência, os saberes que emergem fora desse escopo são sistematicamente desqualificados.

Essa desqualificação se reflete diretamente na formulação de políticas públicas, que historicamente falham em considerar as especificidades territoriais e culturais das populações rurais. O campo enfrenta desafios significativos, como a dificuldade de acesso à saúde, educação e infraestrutura de qualidade, mas essas dificuldades não são apenas reflexos da geografia, e sim de um histórico de exclusão massiva dos territórios camponeses das decisões políticas. Para as mulheres camponesas, esses problemas se agravam ainda mais, pois, além das limitações impostas pela exclusão social e territorial, elas enfrentam barreiras específicas relacionadas ao gênero, tornando a negação de seus saberes um fator adicional de vulnerabilidade

Assim, a colonialidade do saber, ao associar o rural a uma condição de inferioridade, afeta diretamente o modo como as mulheres camponesas vivenciam a maternidade e o parto. Esse processo de negação dos conhecimentos tradicionais se manifesta na imposição de práticas médicas que desconsideram os saberes empíricos das camponesas, contribuindo para a perpetuação de violências, como a obstétrica, em contextos rurais.

Surge então a necessidade de desconstruir essa visão preconceituosa que associa os camponeses à ignorância e à pobreza. Reconhecer e valorizar os saberes tradicionais, a força das mulheres camponesas e a importância do meio rural para o equilíbrio social e ambiental do Brasil é um passo fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e eficazes.

Considerando o contexto de vida das mulheres camponesas, é possível afirmar que elas estão profundamente inseridas em muitas camadas da vida no campo, desse modo desempenham um papel fundamental no contexto social contribuindo para a renda econômica da família, preservando os modos de vida e as práticas de produção camponesa, assim como a cultura e os cuidados com o meio em que vivem. Nesse sentido, é essencial levar em conta as diversas especificidades presentes nessas comunidades, como exemplo o isolamento relativo, a limitada oferta de serviços de saúde, educação e transporte, além de enfrentarem preconceitos sociais que reforçam a invisibilidade de suas demandas.

Dessa forma, a negação dos saberes das mulheres camponesas e de suas comunidades não apenas desqualifica suas formas de conhecimento, mas também se reflete na formulação de políticas públicas que desconsideram suas especificidades territoriais e culturais. Esse processo histórico de exclusão contribui para a precarização do acesso à saúde, educação e infraestrutura, tornando a vida no campo um desafio constante.

No caso das mulheres, essas dificuldades são ainda mais intensificadas pelas barreiras impostas considerando o gênero, resultando em uma dupla marginalização, como camponesas e como mulheres.

Segundo Teixeira e Oliveira (2014), é necessário conhecer o cotidiano das mulheres camponesas, seus saberes de experiência, suas compreensões de saúde, suas práticas populares de cuidado e seus processos educativos. Esse conhecimento abre

possibilidades para ampliar as compreensões sobre as necessidades de saúde dessas mulheres, potencializando novas investigações e a criação de estratégias no campo da atenção à saúde no SUS. O objetivo é promover maior inclusão e diálogo entre os saberes tradicionais e as políticas de cuidado.

Nesse sentido, as autoras concluem que é fundamental implementar os saberes tradicionais das populações camponesas na rede de atenção à saúde, garantindo que esses conhecimentos sejam reconhecidos e integrados de forma efetiva.

Discutindo essa problematização no Brasil, a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero que se manifesta durante a assistência ao parto e outras etapas do ciclo como o pré-natal e o pós-parto. Ela pode incluir desde procedimentos desnecessários e intervenções feitas sem consentimento da parturiente e até mesmo humilhações e tratamento desumanizado. Esse tipo de violência afeta de maneira desproporcional mulheres em situações de vulnerabilidade, como as mulheres negras, indígenas e camponesas.

Drumond (2021), caracteriza que a violência obstétrica como historicamente relacionada à violência de gênero contra a mulher, é um problema grave no Brasil. Muitas são as formas de violência obstétrica: episiotomia[1], lacerações, ofensas verbais, maus tratos físicos e psicológicos. A forma como esse fenômeno se manifesta pode ser agravada por dinâmicas de opressão racista e de colonialidade do saber médico sobre os saberes tradicionais camponeses.

No caso das mulheres camponesas, a violência obstétrica não pode ser dissociada das desigualdades de gênero, raça e classe que marcam o contexto brasileiro. Além disso, a desvalorização dos saberes tradicionais, historicamente construídos por essas mulheres, reflete a perpetuação de um modelo de assistência centrado na medicalização e na autoridade profissional, que muitas vezes ignora as demandas específicas dessas populações.

Sousa e Lizana (2024), compreendem o termo “violência obstétrica” como algo novo para muitas mulheres camponesas, mas que as práticas violentas, invasivas e desumanas são de conhecimento de grande parcela das camponesas que passaram pelo momento do

[1] Episiotomia consiste em um corte feito na lateral da vulva ou região do períneo da mulher, com bisturi cirúrgico muitas vezes sem o uso de anestesia, sob justificativa, usada pelos médicos que essa incisão facilitaria a saída do recém-nascido na hora do parto.

parto, sem a assistência necessária para um parto tranquilo e liberto das práticas que configuram a violência obstétrica.

A violência obstétrica representa uma forma de violência estrutural que afeta, de maneira intensa, mulheres em contextos rurais, onde as desigualdades de gênero e a desvalorização dos saberes tradicionais se tornam ainda mais evidentes. Como resultado da colonialidade do saber. Essa dinâmica não apenas compromete os modos de vida e de cuidado da saúde da mulher camponesa, como também perpetua um ciclo de exclusão e invisibilização das mulheres no cenário rural.

Caminhos metodológicos

A presente pesquisa está amparada por uma abordagem qualitativa. De acordo com Flick (2004), a pesquisa qualitativa tem como objetivo central não a confirmação de teorias previamente estabelecidas, mas a descoberta de novos elementos e a construção de teorias fundamentadas empiricamente. Nesse tipo de pesquisa, a validação não se baseia exclusivamente em critérios acadêmicos tradicionais, como ocorre na pesquisa quantitativa, e sim na relação direta com o objeto estudado, considerando se os dados foram coletados e analisados de maneira coerente com a realidade empírica. O autor destaca ainda que a pesquisa qualitativa não se apoia em um único modelo teórico ou metodológico, sendo composta por diferentes abordagens. Essas abordagens podem partir dos pontos de vista subjetivos dos sujeitos, analisar os processos e interações ou, ainda, buscar compreender as estruturas sociais e os significados implícitos nas práticas dos grupos pesquisados.

Uma vez que busca compreender de forma profunda e sensível as experiências das mulheres camponesas da comunidade em estudo, acerca da violência obstétrica e da negação dos saberes tradicionais no contexto do parto. A escolha pela abordagem qualitativa justifica- se pela natureza do objeto de estudo, que envolve percepções, memórias, sentimentos e relações construídas a partir das vivências dessas mulheres. O foco da pesquisa está centrado na escuta das interlocutoras e na valorização de seus saberes como fonte legítima de conhecimento, priorizando o diálogo e a interpretação do sentido atribuído por elas às experiências vividas.

Como técnica de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. De acordo com Flick (2004), esse tipo de entrevista tem despertado grande interesse na realização de pesquisas, sendo amplamente utilizado nas ciências sociais. Isso se deve à possibilidade de que os pontos de vista das pessoas entrevistadas sejam mais facilmente expressos em um formato de entrevista com roteiro flexível, em comparação com entrevistas totalmente padronizadas ou com questionários estruturados.

A escolha pela entrevista semiestruturada está diretamente relacionada à natureza desta pesquisa, que busca compreender experiências singulares, atravessadas por contextos históricos, culturais e sociais específicos. A escuta qualificada e sensível torna-se fundamental quando se trata de acessar as narrativas de mulheres camponesas, cujos saberes, vivências e percepções muitas vezes foram silenciados ou invisibilizados pelos processos coloniais, patriarcais e urbanos. Nesse sentido, a flexibilidade desse instrumento permite que as mulheres expressem não apenas respostas, mas também memórias, sentimentos, práticas, resistências e denúncias que ultrapassam os limites de perguntas fechadas. Assim, o diálogo estabelecido durante as entrevistas busca reconhecer e valorizar o lugar de fala dessas mulheres, respeitando seus tempos, suas formas de narrar e os sentidos que atribuem às suas próprias experiências.

As entrevistas aconteceram com onze mulheres camponesas da comunidade e aconteceram de forma presencial e remota, respeitando a disponibilidade e o contexto de vida de cada participante. A identificação das mulheres está disposta na tabela 1 como podemos observar logo abaixo. Cada entrevista durou em entre 03 e 40 minutos. Esta seleção das interlocutoras da pesquisa se deu por meio da amostragem intencional, priorizando mulheres que já haviam passado por experiências de parto, seja em ambiente hospitalar ou tradicional. Durante as entrevistas, buscou-se garantir um espaço de escuta acolhedora, onde as mulheres se sentissem à vontade para compartilhar suas histórias. O roteiro das entrevistas foi construído visando questionamentos que levassem à resposta para o problema de pesquisa proposto, permitindo que novas questões emergissem conforme o fluxo da conversa, respeitando o tempo e o ritmo de cada mulher. Algumas perguntas norteadoras foram: Como foi seu parto? Como você se sentiu durante o parto? Você teve acompanhante no seu parto? das entrevistas, foram utilizadas as gravações das entrevistas e os registros feitos em diário de campo, que incluíram observações, impressões e reflexões feitas durante as entrevistas com as mulheres da comunidade. Esses registros foram fundamentais para compreender o contexto sociocultural da

comunidade, a relação das mulheres com o território e a presença dos saberes tradicionais no cotidiano. Após a realização das entrevistas, foram realizadas as transcrições na íntegra, momento em que já eram feitas as minhas primeiras impressões sobre os pontos fortes de análise, e, a partir disso, foi possível identificar relevantes para as categorias a serem construídas.

Após a realização das entrevistas, foram realizadas as transcrições na íntegra, momento em que já eram feitas as minhas primeiras impressões sobre os pontos fortes de análise, e, a partir disso, foi possível identificar relevantes para as categorias a serem construídas. Nesse sentindo apresentamos a tabela contendo as informações necessárias para apresentar melhor as interlocutoras desse estudo.

Figura 1 Tabelas informações interlocutoras

Interlocutoras

Interlocutoras	Idade	Se Autodeclara	Quantos Partos	Tipo de Parto
Simone	26 anos	Preta	Um	Cirúrgico
Minelva	54 anoos	Preta	Dois	Normal
Elivânia	44 anos	Branca	Três	Normal
Elieide	37 anos	Parda	Dois	Normal
Thayane	19 anos	Branca	Um	Cirúrgico
Ada	49 anos	Preta	Quatro	Três Normais, um Cirúrgico
Jacira	66 anos	Parda	Seis	Normal
Gessy	62 anos	Preta	Três	Normal
Helena -Parteira Tradicional	67 anos	Parda	Nove	Normal
Mildes	75 anos	Preta	Seis	Cinco Normais. Um Cirúrgico
Erisleide	44 anos	Parda	Cinco	Normal
Helem - Enfermeira	25 anos	Branca		

Fonte: Elabora pela autora, 2025.

Análise e categorização dos dados

Para a categorização análise dos dados seguiu- se a proposta da análise temática das entrevistas, o que permitiu maior interação com os resultados alçados com a realização as entrevistas.

Para Souza (2019), a análise temática é “um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos”. O processo de categorização permitiu identificar temas recorrentes, emoções expressas, práticas mencionadas e percepções relacionadas à violência obstétrica e à valorização (ou não) dos saberes tradicionais durante o parto. Nesse sentido, as categorias construídas não forma estabelecidas previamente, mas a partir das leituras e percepções sobre os relatos narrados nas entrevistas, caracterizando, assim, o tipo de análise indutiva (Souza, 2019, p.52).

Desse modo, foram geradas duas categorias de análises, que estão expressas no quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de Análise

Categoria	Subcategoria	Descrição	Exemplos dos Relatos
Judiar		Compreensão que as mulheres têm sobre violência. Termo recorrente nas falas, expressa práticas de maus-tratos, sofrimento e desrespeito sofrido.	“Minha filha no tempo que eu trabalhava no hospital eu via as bichinhas ser judiada”
Memória do Trauma	Marcas no Corpo – Danos Físicos	Relatos que expressam os impactos físicos da violência obstétrica. São cicatrizes, sequelas e dores que permanecem no corpo, resultantes de intervenções violentas e desnecessárias.	“Elas subiam em cima de mim e botava tanta força em minha barriga pra ver se essa menina saia, eu fiquei foi dias toda dolorida parecia que elas tinha botado tanta força que tinha quebrado alguma

			coisa dentro de mim”.
Memória do Trauma	Marcas na Alma – Danos Emocionais	Relatos que revelam o sofrimento psicológico e emocional decorrente da experiência de violência obstétrica. Sentimentos como medo, tristeza, culpa, humilhação, ansiedade e traumas que reverberam no tempo.	“Eu sinto um coisa ruim por dentro quando lembro do sofrimento que eu passei nesse parto do tanto que eu sofri sem ter por quem chamar”.

O processo de categorização se deu de forma indutiva, ou seja, as categorias emergiram dos próprios dados, a partir da escuta atenta, sensível e crítica das falas das interlocutoras. Durante esse processo, realizei várias leituras dos materiais transcritos, buscando elementos que revelassem tanto as dimensões objetivas das experiências, quanto as marcas subjetivas deixadas pelos processos de violência. Assim, surgiram as categorias principais: “Judiar” e “Memória do Trauma”.

A categoria “Judiar” nasce da própria voz das interlocutoras, carregando a força de uma palavra que traduz, de maneira singular, a dor, o sofrimento e as violências que atravessam suas existências. É através desse termo que elas dão nome e sentido às marcas deixadas pela violência. O uso desse conceito local evidência não só o sofrimento físico, mas também as dimensões emocionais, simbólicas e estruturais das violências obstétricas. Ao adotar esse termo como categoria analítica, valorizo os saberes e as formas de nomear do próprio território, reconhecendo sua potência epistemológica.

Já a categoria “Memória do Trauma” foi construída a partir dos relatos que demonstram como a experiência da violência obstétrica não se encerra no momento do parto, mas permanece viva no corpo, na mente e na história dessas mulheres. As narrativas revelam que o trauma se reinscreve no tempo, afetando suas relações, sua saúde e sua percepção sobre si e sobre os serviços de saúde.

Portanto, as categorias foram construídas a partir de uma escuta comprometida, que reconhece tanto os sentidos expressos nas palavras quanto os silêncios, as pausas e as emoções que atravessam os relatos.

No que diz respeito aos procedimentos de ética na pesquisa, utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisa foi realizada com compromisso ético e consentimento livre e esclarecido das participantes. As interlocutoras autorizaram a divulgação de seus nomes, como forma de afirmar sua identidade e tornar suas histórias visíveis. Essa decisão reflete o objetivo desta pesquisa: não apontar culpados, mas dar visibilidade às mulheres camponesas e contribuir para que seus relatos se tornem parte do debate público e acadêmico sobre violência, o cuidado e os direitos humanos no campo.

Capítulo 1 – Entre o Saber Tradicional e a Hegemonia Médica: Breves Notas sobre a Medicalização do Parto

Neste capítulo, apresentaremos uma análise das mudanças que marcaram a transição dos partos realizados por parteiras, em um modelo tradicional, para aqueles conduzidos em hospitais sob a responsabilidade de médicos, majoritariamente homens. A partir da perspectiva de diversos autores, exploraremos como essas transformações ocorreram, destacando o papel da medicina enquanto prática institucionalizada e os resultados dessa mudança sobre as práticas tradicionais de assistência ao parto.

Abordaremos, também, os cuidados oferecidos pelas parteiras, com ênfase na relação entre suas práticas de cuidado espiritual e a forma como essas práticas são percebidas no contexto dos partos realizados de maneira tradicional. Essa análise será construída, sobretudo, a partir dos relatos das interlocutoras, que mencionam, em diferentes momentos, a presença e a importância dos guias espirituais, das rezas, das bênçãos e de outros elementos que atravessam o momento do parto. Por fim, serão discutidos os entraves sociais e culturais decorrentes da negação desses saberes tradicionais, evidenciando como essa negação reflete a imposição da colonialidade do saber sobre os conhecimentos ancestrais dessas comunidades.

1.1 Reflexões sobre a medicalização do parto.

É inegável que todos compartilhamos a experiência de nascer por meio de um parto, fruto do processo gestacional de uma mulher que nos carregou em seu ventre por cerca de nove meses. No entanto, ao refletirmos sobre essa vivência universal, surge uma

questão interessante, como eram as práticas relacionadas ao parto no passado e como essas práticas evoluíram até os modelos que conhecemos hoje? Este capítulo apresenta uma breve análise histórica do parto no Brasil, explorando a transição das práticas tradicionais para a medicalização que se consolidou no último século.

Brenes (1991), aponta que os cuidados relacionados ao parto eram tradicionalmente desenvolvidos por mulheres, conhecidas popularmente como aparadeiras ou parteiras, que acompanhavam as gestantes durante a gravidez, o parto e o puerpério. A autora também destaca que, em sua maioria, essas parteiras eram mulheres negras ou brancas pertencentes aos setores populares da época, e que possuíam um saber empírico, fruto de suas experiências e práticas acumuladas ao longo do tempo (Brenes, 1991, p. 135).

Desse modo, os saberes tradicionais das mulheres camponesas relacionados ao parto e aos cuidados maternos podem ser classificados como saberes orgânicos. Esses conhecimentos, transmitidos de geração em geração, baseiam-se na observação e na prática acumuladas ao longo do tempo. Incluem o uso de plantas medicinais, técnicas específicas para auxiliar no trabalho de parto e a interpretação dos sinais apresentados pelo corpo da gestante.

Brenes (1991), aponta que, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, foi implementada a primeira escola oficial de medicina, em 1808 localizada no estado da Bahia. Essa instituição introduziu o ensino formal de cirurgia, anatomia e arte obstétrica. Posteriormente, uma segunda escola de medicina foi inaugurada em 05 de novembro de 1808 no Rio de Janeiro (Brenes, 1991, p. 137).

Levando em consideração a lenta evolução das práticas médicas pelos estudantes da época, é possível inferir que poucas mulheres buscavam o Hospital da Santa Casa da Misericórdia para assistência durante o parto.

Brenes (1991) ressalta que esse hospital, localizado no Rio de Janeiro e onde funcionavam as cadeiras clínicas, não oferecia condições adequadas para a prática obstétrica, permanecendo nessa situação por 60 anos. Apenas em 1875 foi criada, no Hospital São Cristóvão, uma enfermaria específica para partos. A autora também destaca a promulgação da Lei de 28 de abril de 1854, que reformou as faculdades de medicina e determinou a criação de maternidades vinculadas a essas instituições. Contudo, o

aperfeiçoamento das práticas no curso de clínica obstétrica na Bahia e a inauguração da primeira maternidade só ocorreram em 1910 (Brenes, 1991, p. 141-144).

Com base nos aspectos apresentados, é possível observar que o avanço e a consolidação de um modelo médico centrado no conhecimento científico promoveram o enfraquecimento e a negação dos saberes das parteiras tradicionais. Esse processo instaurou um novo modelo de parto, no qual a mulher perdeu o protagonismo durante o trabalho de parto, que passou a ser exercido pela figura do médico, sob a justificativa de que as práticas tradicionais precisavam ser modificadas.

No entanto, questiona-se se não seria possível implementar mudanças que mantivessem a centralidade da mãe e do bebê, como acontecia nas práticas realizadas pelas parteiras. Essa transição evidencia a colonialidade do saber, que se impôs sobre as práticas tradicionais, desvalorizando o conhecimento acumulado pelas mulheres parteiras ao longo de gerações.

Segundo Aníbal Quijano (2007), as colonialidades se sustentam na imposição de uma classificação racial e étnica das populações globais, que se torna a base de um padrão de poder. Esse sistema opera em todas as esferas da existência, abrangendo planos, áreas e dimensões, tanto materiais quanto subjetivas, que influenciam o cotidiano e as relações sociais (Quijano, 2007, p. 93).

A perspectiva do autor, sobre as colonialidades, nos oferece uma base teórica importante para a compreensão da negação dos saberes tradicionais das mulheres camponesas no contexto do parto. Ao impor uma classificação racial e étnica que hierarquiza os saberes e práticas, a colonialidade reforçou a desvalorização das práticas empíricas e espirituais das parteiras tradicionais.

Esse padrão de poder não apenas desarticulou o protagonismo feminino nos partos, mas também contribuiu para a imposição de um modelo biomédico centrado na figura do homem médico, frequentemente desvinculado das realidades culturais e sociais dessas comunidades. A exemplo desde mesmo pensamento, conclui Brenes (1991):

> Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Se a sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar por serem os únicos que a conheciam, os médicos não se limitavam a afirmações genéricas, onde exploravam

> aspectos psicológicos das mulheres. Seu discurso trazia observações que só poderiam se pautar sobre uma sólida observação, observação que lhe garantia o rigor científico e a posse da verdade (Brenes, 1991, p.145).

Dando continuidade, as colonialidades se manifestam em múltiplas dimensões, abrangendo tanto, aspectos materiais quanto subjetivos. Segundo Quijano (2005), Lander (2005), e Castro-Gómez (2007), essas manifestações podem ser categorizadas em três bases principais; a colonialidade do poder, que estrutura relações hierárquicas globais; a colonialidade do saber, que deslegitima os conhecimentos não ocidentais e a colonialidade do ser, que desumaniza sujeitos e populações historicamente subalternizadas.

Nesse sentido, torna-se evidente como os processos de colonialidade, forjados a partir da invasão e ocupação dos territórios originários das Américas, seguem operando até os dias atuais. Ainda que assumam diferentes formas ao longo do tempo, mantêm sua lógica opressiva, excludente e hierarquizante, sustentando relações de poder que negam, deslegitimam e invisibilizam saberes e práticas tradicionais, sobretudo os das populações camponesas e de outros povos subalternizados.

A colonialidade do poder pode ser entendida como um grande guarda-chuva sob o qual se articulam as demais formas de colonialidade. Ela se manifesta nos processos de dominação e repressão que incidem sobre as crenças, os modos de produção de conhecimento, os saberes, o universo simbólico e as representações do colonizado (Quijano, 1992).

Com tudo podemos concluir que essa invisibilidade reforça a negação dos saberes e práticas tradicionais, como os cuidados oferecidos pelas parteiras, que, ao longo da história, desempenharam um papel essencial na saúde de mulheres camponesas ao darem à luz. A usurpação desses conhecimentos, substituídos por práticas científicas, essa medicalização do parto representa uma expressão concreta da colonialidade do saber. Essa dinâmica perpetua a marginalização de mulheres camponesas e o apagamento de suas contribuições culturais, sociais e espirituais, restringindo sua autonomia e reforçando sistemas de opressão que ainda prevalecem atualmente, nesse sentido a colonialidade do saber atua invalidando e desvalorizando os conhecimentos dos colonizados.

1.2 Saberes tradicionais: Parteiras e práticas espirituais no campo.

> *"ela me disse chama por meu anjo da guarda e os irmãos de luz. E olha minha filha uma vez essa luz me derribou, eu chamei por eles, e na hora que eu peguei o menino eu me estendi no chão, pra tú saber o tamanho da força, força grande e poderosa mesmo"* (Helena)

A fala da interlocutora Helena, que exerceu por muito tempo a assistência ao parto de mulheres camponesas, que abre este tópico, revela a profundidade dos saberes que sustentavam a atuação das parteiras tradicionais no contexto rural. Não se trata apenas de técnicas para assistir um parto, mas de um saber que integra corpo, espiritualidade, cuidado e conexão com forças que transcendem a matéria. Quando ela afirma que foi indicada a chamar pelos "irmãos de luz" e ao "anjo da guarda" se houvesse alguma complicação no parto que ela prestava assistência expressa a dimensão espiritual que acompanha o exercício desse ofício, reafirmando que a prática da parteira não se dissocia da fé, da ancestralidade e da força coletiva que se mobiliza no momento do nascimento.

Neste tópico, discutimos justamente esse lugar de saber e cuidado ocupado pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto de mulheres camponesas. Buscamos compreender como esses saberes foram construídos, transmitidos e mantidos ao longo do tempo, apesar dos processos de apagamento e desvalorização. Além disso, trazemos o olhar de diferentes autoras e autores que reforçam a importância dessas práticas para as comunidades rurais, analisando como esses conhecimentos continuam presentes (re)existindo no território, sustentando formas de cuidado que valorizam a vida, a autonomia e a dignidade dessas mulheres.

As parteiras tradicionais desempenharam, por muito tempo, um papel fundamental na assistência ao parto em comunidades camponesas. Essas mulheres ofereciam cuidados antes, durante e após o parto, promovendo uma rede de atenção essencial para as gestantes e suas famílias.

Rohde (2016), afirma que as primeiras evidências da existência de parteiras surgiram em mitos, textos, artes e na tradição oral de diversas culturas e regiões do mundo. Muito antes do surgimento dos hospitais e da obstetrícia moderna, as parteiras tradicionais já exerciam esse ofício, utilizando ferramentas simples e baseando-se no conhecimento adquirido por meio da experiência e da transmissão oral.

Desse modo, os saberes das parteiras tradicionais foram construídos a partir da observação e do contato direto com as mulheres em trabalho de parto, sendo transmitidos de geração em geração como parte do patrimônio cultural das comunidades camponesas.

Durante as entrevistas e anotações no caderno de campo, para a realização deste presente trabalho tornou-se evidente que o trabalho das parteiras ia além da assistência técnica ao parto.

Essas camponesas não apenas auxiliavam no nascimento, mas desenvolviam um cuidado humanizado, marcado pelo respeito, carinho e uma forte dimensão espiritual. Entre as três interlocutoras que deram à luz na comunidade sob os cuidados de uma parteira, ficou claro que esse acompanhamento envolvia o uso de rezas e conhecimentos sobre plantas medicinais, fundamentais para a prevenção de infecções, a cicatrização e a recuperação da mãe. Como evidencia na fala da interlocutora ao contar como foi o processo de ensinamentos para ela prestar assistência ao parto como veremos a seguir.

> Ela me ensinou pegar menino, ela tinha um cuidado tão grande por as mães, ela cuidava com carinho delas na hora do parto, ela sempre tava acalmando as mulher, cuidando mesmo que a gente chega sentia um conforto tão grande, a gente sentia o amor que ela tinha por esse trabalho, quando ela já tava de cadeira de roda ela me chamava pra mim ir mais ela, ai eu ia, ai eu trabalhava mais ela pegando menino, a gente tirava ela da cadeira de roda e botava lá no chão, ai ela ia me ensinando, é assim e assim, e foi desse jeito que eu aprendi, foi pegando mais ela, ai eu devo esse favor ela, sei que deus tem ela em um bom lugar, ela me ensinou pegar menino, só não me ensinou foi as rezas todas que ela sabia, porque ela morreu, mas ela me disse chama por meu anjo da guarda e os irmãos de luz. E olha minha filha uma vez essa luz me derribou, eu chamei por eles, e na hora que eu peguei o menino eu me estendi no chão, pra tú saber o tamanho da força, força grande e poderosa mesmo (Dona Helena).

A força desse relato evidencia não apenas a importância do saber tradicional das parteiras na assistência ao parto, mas também revela uma prática que está profundamente enraizada no cuidado amoroso, na escuta, na presença e na espiritualidade. O aprendizado transmitido de geração em geração, como conta Helena, vai muito além das técnicas biomédicas. Ele se constrói na vivência, no afeto, na observação e na prática partilhada, em que o saber se dá no corpo, na experiência e na relação.

Ao relatar que "*a gente chegava e sentia um conforto tão grande, a gente sentia o amor que ela tinha por esse trabalho*", Helena nos mostra que o cuidado oferecido por a parteira Dona Edite não se limitava ao ato de “pegar menino”. Era um cuidado que acolhia, que acalmava e que reconhecia as necessidades físicas, emocionais e espirituais das mulheres no momento do parto.

Além disso, a presença da espiritualidade como força de sustentação desse saber é um elemento central. O chamado ao anjo da guarda e aos irmãos de luz não é apenas uma prática de fé, mas um recurso simbólico e concreto que compõe a cosmopercepção dessas mulheres e fortalece o ato de partejar. A cena descrita, em que ela, mesmo estando na cadeira de rodas, se colocava no chão para orientar e ensinar, é expressão material da resistência desses saberes frente à lógica colonial, biomédica e patriarcal, que historicamente tenta deslegitimá-los.

Portanto, o relato de Helena não é só memória afetiva, mas também testemunho de uma pedagogia do cuidado, uma pedagogia ancestral, comunitária e afetiva, que sustenta a vida, resiste ao apagamento e reafirma a potência dos saberes das mulheres do campo.

Ainda sobre os relatos de que a parteira Dona Edite acessava auxílios e cuidados espirituais a interlocutora Jacira apresenta o relato de como as pessoas percebiam esses cuidados, como veremos a seguir:

> as vezes na estrada ela já dizia, porque era meu esposo que ia buscar ela, a viagem era de cavalo, ai meu esposo já dizia olha avisa logo qualquer coisa que tu sentir, me avisa, para mim já ir buscar ela, porque a estrada é longa, ai ele já dormia com o cavalo piado ali perto da casa, poque quando eu dizia estou sentindo, ele colocava a cela no cavalo e puxava o outro que era para trazer ela, e ai ele ia buscar ela e na estrada ela já dizia assim “ vamos ligeiro, que tá chegando a hora, tão me avisando aqui, que tá chegando a hora”. Ai ela sempre usava a crença dos anjos, e eu acredito que tinha, essa força. Teve gente que disse que presenciou coisas além do que aconteceu natural, tem pessoas que conta cada história de dessa mãe Edite, mas eu mesmo, via ela chamando pelos anjos, sempre os anjos, para dar força. Eu lembro de uma história que Neusa de Nen, ela contava que presenciou enquanto ela estava em trabalho de parto, e estava ruim mesmo, achava que já não tinha mais jeito, dela fazer, ela chamou pelos anjos ai segundo quem tava lá mais ela, disse que viram uma luz entrando no quarto, uma luz diferente que tomou o quarto, quando chegou essa luz, não virão ninguém, era só uma luz, quando essa luz chegou eles

> diziam que parecia a luz de uma carro, um farol de caminhão. Quando essa luz chegou no quarto a mãe logo deu à luz o neném nasceu dizem que foi rápido. As mulheres que estavam lá tem isso como uma grande benção, que essa mãe recebeu. Como essa tem muitas outras histórias que minha mãe contava. (Jacira)

Com o avanço da medicalização do parto, as experiências das mulheres camponesas passaram a ser atravessadas por sentimentos de medo e sofrimento. O que antes era vivido como um momento de acolhimento e respeito tornou-se, para muitas, um processo doloroso e violento, criando um sentimento de pavor em relação à hora do parto.

Esse cenário reforça a necessidade de problematizar a desvalorização dos saberes tradicionais e como são percebidas essas mudanças na percepção dessas mulheres sobre a institucionalização e medicalização do parto na vida das mulheres camponesas. Nesse sentido, é fundamental reconhecer o profundo conhecimento das parteiras sobre o uso de plantas medicinais, os cuidados com as práticas de benzimento e rezas.

Segundo Custódio *et al.* (2019), a benzeção é uma prática de cura transmitida de geração em geração, realizada, em sua maioria, por mulheres. No entanto, apesar de seu papel essencial no cuidado materno e infantil nas comunidades camponesas, muitas dessas práticas seguem ocultas ou invisibilizadas. Esse apagamento não é fruto do acaso (Custódio, 2019, p.198).

Esse apagamento pode ter relação com o pensamento a seguir como aponta Silvia Federici (2017) A substituição da bruxa e da curandeira popular pelo doutor levanta a questão sobre o papel que o surgimento da ciência moderna e da visão científica do mundo tiveram na ascensão e na queda da caça às bruxas (Federici, 2017, p.364).

Nas comunidades rurais, a ancestralidade presente na benzeção também se manifesta na comunidade Riacho dos Cavalos. As camponesas preservam esse saber e o utilizam para curar quebranto[2], proteger recém-nascidos de mau-olhado e rezar para arca caída.

Moreira (2024), complementa que a cura com uso de plantas medicinais e por meio da benzeção são recursos praticados desde a antiguidade, afirma também que eram alternativas usadas por grupos sociais que viviam à margem da sociedade excludente, considerando que a medicina era estudada e praticada por grupos dominantes sendo acessada pelos indivíduos economicamente privilegiados (Moreira, 2024, p.03)

Na comunidade, o uso de plantas medicinais permanece presente e é transmitido entre gerações. As mulheres recorrem, por exemplo, aos banhos de assento e, no pós-parto, utilizam plantas com propriedades cicatrizantes e preventivas contra infecções. Embora a relevância científica dessas práticas não tenha sido amplamente investigada nesta pesquisa, por não ser um de seus objetivos centrais, há um conhecimento consolidado na comunidade sobre a eficácia da água da casca do cajueiro (*Anacardium occidentale* L.) como cicatrizante, especialmente no caso de mulheres submetidas à cesariana ou que tiveram a ocorrência da episiotomia, prática que exemplificarei adiante no capítulo três.

Por fim, conclui-se que, apesar do avanço da negação dos saberes tradicionais das mulheres, determinadas práticas continuam sendo preservadas e reproduzidas no cotidiano da comunidade. A persistência dessas práticas e sua importância no contexto camponês serão discutidas em maior profundidade em outro momento deste trabalho.

1.3 O Território Camponês: Transformações no modo de Vida e Reflexos na Antonina.

As percepções apresentadas neste tópico partem da minha análise pessoal sobre as mudanças percebidas no modo de vida e produção camponesa da comunidade em questão, sendo também fundamentada em referenciais teóricos. Discutirei como os mecanismos de desvalorização dos saberes das mulheres camponesas estão inseridos em seu cotidiano, tanto no âmbito social quanto cultural, e quais estratégias vêm sendo adotadas para mitigar essa desvalorização.

Os saberes tradicionais das mulheres camponesas estão presente em diversas esferas da vida camponesa, quando essas decidem armazenar sementes crioulas, para serem cultivadas em suas pequenas plantações de roças no inverno (início do período chuvoso) ou vazantes (plantações feitas entre os meses de maio e junho, quando não se tem mais as chuvas) e até mesmo em seus quintais ao redor da casa que a família mora. Nesses quintais as mulheres cultivam também plantas medicinais que podem ser usadas para diversas finalidades de cuidado com a saúde, desde um pé de hortelã que pode ser usado para fazer um chá para resfriado e tantas outras plantas que são usadas para tantas outras finalidades.

Nesse sentindo Lima e Santos (2018), explicam que as sementes crioulas, também chamadas de sementes da resistência, são cultivadas e trocadas pelas famílias camponesas, há séculos, assim representam a garantia da agrobiodiversidade e fonte de produção de diversas culturas agrícolas que integram o hábito alimentar do camponês: como o milho, o feijão e a mandioca. As sementes crioulas são organismos vivos, com características fenotípicas diversas, que foram domesticadas pelas comunidades camponesas e que, portanto, integram seu conhecimento e sua prática social por gerações (Lima e Santos, 2018, p.193)

Sendo assim essa é considerada uma prática de saber empírico que foi sendo reproduzido através de gerações nas comunidades camponesas. Mas esse saber vem sendo ameaçado pela colonialidade do saber, vejamos um exemplo simples; quando o capital adentra no modo de produção camponesa, o manejo tradicional da terra e produção passam por mudanças, desse modo as práticas encontradas por exemplo em modelos de monocultura, começaram a ser reproduzidos pelos camponeses, por exemplo no uso de agrotóxicos, sementes geneticamente modificadas, entre outras práticas.

Essa é atuação da colonialidade do saber, na imposição de práticas convencionais, mascaradas pelo ideal do avanço ou até mesmo progresso, levando os camponeses a deixarem de produzir ou reproduzir seguindo os costumes tradicionais de manejo da terra e produção, acreditando que esses são atrasados e não correspondem ao novo modelo de "desenvolvimento" patrocinado pelo agronegócio.

Não poderíamos deixar de mencionar os danos causados pelo manuseio e uso incorreto dos agrotóxicos nessas comunidades que não contam com o auxílio de nenhum mecanismo de assistência técnica para o uso desses produtos químicos em suas plantações. Esses agrotóxicos podem ser comprados com grande facilidade sem muitas instruções do uso correto, manuseio e descarte adequado, levando a um risco de contaminação da água e do solo, adoecimento da pessoa que faz esse manuseio sem os equipamentos de segurança necessários entre outras tantas possíveis complicações.

Diógenes e Silva (2019), destacam que no estado do Piauí, 80% das embalagens de agrotóxicos são descartadas de forma inadequada, o que demanda uma legislação mais rigorosa por parte do Estado, com maior responsabilização das empresas, além de fiscalização e sensibilização dos agricultores para a destinação correta desses resíduos.

As autoras ressaltam que essas medidas são essenciais 'enquanto não alcançamos nossa utopia de um campo livre de agrotóxico' (Diógenes e Silva,2019, p. 16),

Outra questão relevante é o impacto das sementes geneticamente modificadas nas diversidades das sementes crioulas. O uso recorrente dessas sementes pode resultar na contaminação de plantações inteiras, comprometendo a preservação das variedades tradicionais podendo ocasionar numa extinção das sementes crioulas. Além disso, podemos imaginar como serão os efeitos a longo prazo dessa dependência crescente das sementes transgênicas.

A respeito desses efeitos, Lima e Santos (2018) concluem:

> Diferente das sementes crioulas, cuja relação metabólica com o ambiente já é plenamente conhecida nas comunidades camponesas, as sementes produzidas em laboratório agem imponderavelmente. No Semiárido Brasileiro, onde a segurança alimentar é sempre uma meta a ser conquistada, as sementes transgeneticamente modificadas representam um verdadeiro risco, pois podem esterilizar a terra, impulsionar processos erosivos rumo à desertificação, desequilibrar a troca natural de matéria e energia no ecossistema e, inclusive, germinar gêneros agrícolas que representem danos à saúde. (Lima e Santos, 2018. p.09)

A desvalorização dos saberes das mulheres camponesas está intrinsecamente ligada a diversos mecanismos estruturais. Quando uma mulher em sua comunidade preserva e reproduz práticas transmitidas de geração em geração, ela não apenas garante a continuidade de um modo de vida tradicional, mas também fortalece a relação de reciprocidade com a natureza. No entanto, com a inserção do capital no imaginário social, especialmente entre os homens, observa-se um processo de cooptação[3] que impõe novas formas de manejo produtivo. Essas mudanças, muitas vezes, resultam em impactos negativos para o meio em que vivem.

Cabe aqui levantar questionamentos apontados por importantes autores e autoras sobre como o processo de colonização contribuiu e ainda contribui para a desvalorização

[2] A cooptação mencionada acima, pode ser percebida na comunidade diretamente ligada ao uso de agrotóxicos.

dos saberes tradicionais das mulheres camponesas. Trata-se de um cenário marcado por múltiplas camadas de apagamento e silenciamento, onde os conhecimentos ancestrais dessas mulheres, enraizados na relação com a terra, com o corpo e com a coletividade, são frequentemente deslegitimados.

A partir das minhas observações e análises, percebo que as mulheres camponesas demonstram uma forte resistência frente às transformações impostas por uma lógica desenvolvimentista, colonizadora e patriarcal, que permeia as estruturas da sociedade contemporânea. A resistência dessas mulheres, ancorada em suas práticas ancestrais, pode ser compreendida como um gesto de oposição, capaz de subverter a lógica dominante que insiste em silenciar seus modos de vida, ao persistirem na prática e na transmissão de seus saberes. Essas mulheres se colocam como protagonistas na construção de um pensamento contra colonial, conceito defendido por Antônio Bispo, desafiando as bases de um modelo produtivo e civilizatório que historicamente invisibiliza e marginaliza suas existências.

Conforme conceitua Santos (2015):

> É possível compreender a colonização como todos os processos etnocêntricos de invasão, expropriação, etnocídio, subjugação e até de substituição de uma cultura pela outra, independentemente do território físico geográfico em que essa cultura se encontra. E compreender por contra colonização todos os processos de resistência e de luta em defesa dos territórios dos povos contra colonizadores, os símbolos, as significações e os modos de vida praticados nesses territórios. Assim sendo, vamos tratar os povos que vieram da África e os povos originários das Américas nas mesmas condições, isto é, independentemente das suas especificidades e particularidades no processo de escravização, os chamaremos de contra colonizadores. O mesmo faremos com os povos que vieram da Europa, independentemente de serem senhores ou colonos, os trataremos como colonizadores. (Santos, 2015, p.47)

No mesmo sentido, o autor afirma que a colonização atua na tentativa de desmantelamento e de substituição compulsória dos saberes tradicionais transmitidos oralmente de geração em geração por meio da imposição dos saberes acadêmicos, baseados na linguagem escrita. O acesso a essa linguagem, historicamente negado às comunidades contra colonizadoras, passa então a ser oferecido como uma suposta oportunidade de “melhoria” de vida, ainda que continue a operar dentro de uma lógica excludente e hierarquizante (Santos, 2015, p. 52).

A partir da análise dessas contribuições sobre a contra colonialidade, é possível perceber como as mulheres camponesas da comunidade Riacho dos Cavalos colocam em prática, cotidianamente, formas de resistência que dialogam diretamente com a proposta de Antônio Bispo. Ao valorizarem e manterem vivos os saberes tradicionais herdados de suas ancestrais, elas enfrentam a imposição de uma racionalidade eurocêntrica que tenta desqualificar seus conhecimentos, tratando-os como atrasados ou inválidos. No entanto, ao seguirem transmitindo suas práticas e saberes, essas mulheres afirmam sua existência e de seus territórios, desafiando os sistemas que tentam apagá-las.

Podemos observar que as práticas de resistência das mulheres camponesas, nesse sentido, não apenas reafirmam os modos de vida e os saberes ancestrais que herdaram, como também tensionam a lógica colonizadora que insiste em normatizar e hierarquizar os conhecimentos. A análise proposta por Antônio Bispo nos permite compreender essas mulheres como contra colonizadoras, por sua atuação em defesa dos seus territórios, saberes e modos de vida.

Capítulo 2 – Violência Obstétrica e a Realidade das Mulheres Camponesas

Aqui se inicia mais uma trilha neste caminhar. Neste capítulo, nos dedicamos a compreender o que é a violência obstétrica, refletindo sobre as práticas que a configuram a partir do debate construído por estudiosos e estudiosas desse tema tão urgente um mal que atinge inúmeras mulheres em um dos momentos mais especiais de suas vidas: a gestação.

Buscaremos também apresentar como essas violências se manifestam, especialmente entre mulheres camponesas. Vale destacar que, por acontecerem com tanta frequência na comunidade Riacho dos Cavalos – PI, essas práticas acabaram sendo naturalizadas infelizmente por grande parte das interlocutoras desta pesquisa. Muitas dessas mulheres, sem acesso pleno à informação sobre seus direitos de gênero, sexuais e reprodutivos, acabam sendo vítimas dessas violações e, em muitos casos, sem sequer nomear ou reconhecer essas experiências como violência.

2.1 Violência obstétrica: conceito, formas de manifestação e o impacto nas mulheres do campo

A violência obstétrica é compreendida como uma forma de violência cometida contra mulheres e pessoas que gestam, podendo ocorrer durante o pré-natal, parto e pós-parto também em casos de abortamento. Eventualmente, casos extremos são noticiados pelos meios de comunicação, gerando comoção e indignação. Nessas situações, nos perguntamos: como é possível que, justamente no momento de maior vulnerabilidade da vida de uma mulher, ela seja submetida a tamanha maldade e à desumanização de seus direitos?

Essa violência se manifesta de diversas formas e pode ocorrer não apenas na sala de parto ou no centro cirúrgico, mas também em outros contextos do cuidado obstétrico, como veremos ao longo deste capítulo. Antes, no entanto, é importante compreender o processo histórico e político que levou ao reconhecimento dessa prática como uma forma de violência, bem como o surgimento da própria denominação "violência obstétrica".

Segundo Rocha (2021), o reconhecimento da violência obstétrica implica em assumir as consequências legais dessa questão, correndo o risco da adoção de sanções administrativas às instituições e aos agentes responsáveis. Isso evidencia a disputa judicial, política e legal do termo sobre uma prática profissional que deixa uma lacuna entre um ethos profissional que pode violar direitos (Rocha, 2021, p. 70).

O reconhecimento da violência obstétrica, nesse sentido, envolve também o enfrentamento das consequências legais dessa prática, com possíveis sanções administrativas tanto às instituições quanto aos profissionais de saúde responsáveis por esses atentados aos direitos humanos.

Essa realidade evidencia que a violência obstétrica não se restringe a um debate técnico, mas ocupa também um espaço de disputa judicial, política e legal. Como aponta a autora, "há uma grande batalha, no México e em outros países da América Latina, como no Brasil, para tipificar a violência obstétrica como crime" (Rocha, 2021, p. 71).

A discussão sobre o surgimento da denominação "violência obstétrica" é igualmente relevante. Rocha (2021) destaca:

> O termo foi utilizado pela primeira vez na Venezuela, em 2007, por meio da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. A partir daí, outros países latino-americanos também passaram a reconhecer a violência obstétrica como uma forma específica de violência contra a mulher: a Argentina, em 2009; e alguns estados mexicanos como Durango (2007), Veracruz (2008), Guanajuato (2010) e Chiapas (2012). Em 2014, o Senado mexicano aprovou a inclusão da violência obstétrica como uma categoria punível em sua legislação nacional, a autoria do termo é atribuída ao médico Rogelio Pérez D'Gregorio, então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. (Rocha, 2021, p. 71).

A identificação dessas práticas como violentas e abusivas deu novo significado ao cenário de mudança social, uma vez que mulheres, movimentos sociais, a mídia e a sociedade passaram a denunciar e repudiar publicamente tais condutas.

A terminologia "violência obstétrica" abrange diversas condutas desrespeitosas, negligentes ou abusivas cometidas por profissionais de saúde no contexto da assistência obstétrica. São exemplos dessas práticas: recusa de atendimento, demora na prestação de cuidados, administração de medicamentos ou realização de procedimentos sem consentimento, maus tratos físicos e verbais, privação da presença de acompanhante, episiotomias sem anestesia ou indicação clínica, manobras dolorosas e desnecessárias, e o uso de instrumentos como o fórceps com fins didáticos.

Nesse sentindo cabe mencionar que além dos abusos físicos, a violência obstétrica também se manifesta de maneira psicológica, verbal, sexual e simbólica.

Conforme apresenta Rocha (2021), alguns exemplos de procedimentos que, dependendo das circunstâncias, podem representar violência obstétrica, tais como: episiotomia sem consentimento ou sem necessidade; raspagem dos pelos pubianos; manobra de kristeller; exames de toque; fórceps; litotomia; rompimento artificial da bolsa; ocitocina sintética; enema, entre outros. Variam desde o abuso físico, passando pelas intervenções não consentidas, pelo cuidado indigno, pelo abuso verbal até pelo abandono ou pela negligência, discriminação ou exposição imprópria (Rocha, 2021, p. 72).

O contexto histórico e político da medicalização do parto no Brasil contribui para a consolidação de um modelo de atenção pautado no controle do corpo feminino, fundamentado na colonialidade do saber e na negação dos conhecimentos tradicionais.

Como destacam Regis e Feijó (2019), o corpo da mulher, especialmente o corpo da mulher negra, indígena ou camponesa, ocupa a "zona do não-ser", sendo alvo de práticas que reiteram desigualdades históricas de raça, gênero e classe. Nesse sentindo os autores afirmam que colonialidade do saber e do ser sustenta a colonialidade do poder e tem como lócus central de atuação o corpo, por meio de definições não declaradas dos corpos que assumem a dignidade de serem humanos e dos corpos que são excluídos da humanidade. As marcas que definem a linha do humano são, sobretudo, corporais, e seus marcadores centrais são os de raça e gênero (Regis e Feijó, 2019, p.127).

Reconhecer e nomear essas formas de violência é fundamental para que as mulheres tomem consciência de seus direitos e para que se construa uma prática obstétrica baseada no respeito, na autonomia e no cuidado integral. A denúncia da violência obstétrica é, portanto, um passo necessário para a construção de um modelo de atenção ao parto que reconheça a dignidade e a humanidade de todas as mulheres especialmente aquelas que historicamente têm sido silenciadas.

A naturalização da violência obstétrica está diretamente relacionada a construções históricas que estruturam as relações de gênero na sociedade. O patriarcado, o sexismo, a misoginia e o racismo operam como alicerces simbólicos que sustentam práticas violentas, mascaradas como cuidado ou necessidade médica.

Essa lógica se materializa em um modelo biomédico e hospitalocêntrico de assistência obstétrica, no qual o protagonismo da mulher no processo do nascimento é frequentemente negado. Ao invés de ser acolhida como sujeito de direitos e detentora de saberes sobre o próprio corpo, a mulher é tratada como paciente passiva, cujas escolhas são constantemente desconsideradas.

Como apontam Oliveira *et al.* (2021), essa configuração reforça estereótipos de gênero e raça que permeiam o imaginário dos profissionais de saúde e impactam

[3] Manobra Kristeller - consiste em pressão feita com força no baixo ventre da parturiente.
Rompimento artificial da bolsa consiste numa prática intencional de estourar a bolsa para acelerar o trabalho de parto. Ocitocina sintética é um medicamento usado para acelerar o trabalho de parto. Enema lavagem intestinal feita na mulher que está em trabalho de parto.

diretamente a qualidade da assistência prestada, especialmente nas maternidades públicas, afirmam ainda que nesse sentindo a respeito da qualidade da assistência obstétrica nas maternidades públicas brasileiras, repercute um alto grau de violência ao qual as mulheres pobres e negras ainda estão submetidas na atualidade. Os resultados identificam preconceitos, estereótipos de gênero e etnia que estão enraizados no imaginário dos profissionais médicos, outorgando o direito de destratar e desrespeitar as mulheres em situação de vulnerabilidade (Oliveira, *et al.* 2021, p. 06)

É nesse contexto que se insere a violência obstétrica como uma questão que ultrapassa o campo da saúde, sendo também uma violação de direitos humanos. A luta pelo reconhecimento dessa violência como expressão de desigualdades estruturais tem sido impulsionada por movimentos feministas, organizações da sociedade civil, parteiras tradicionais e mulheres que denunciam as violações vividas. A resistência dessas mulheres desafia o silêncio institucional e exige a construção de uma nova ética no cuidado, baseada no respeito, na escuta e na valorização das subjetividades.

É importante destacar que o conceito de violência obstétrica precisa ser reconhecido devidamente como um crime para que os responsáveis sejam punidos devidamente, pois é uma violência de gênero e um atendado aos direitos humanos, para que medidas sejam tomadas frente os casos que forem revelados/ denunciados, pois sabemos que em alguns contextos institucionais, pode existir uma tentativa de descaracterizar essa violência ou de reduzi-la a "problemas de comunicação" entre profissionais e pacientes.

Também está enraizado na assistência ao parto, a imposição das práticas baseadas na ciência eurocêntrica, legado dos colonizadores, que desconsidera os conhecimentos tradicionais, conforme observado por Hohde (2016):

> A hospitalização e medicalização, ao contrário de refutar crenças e tabus arcaicos, reforça os rituais em torno deste evento fisiológico, reafirmando a percepção do corpo feminino como defeituoso e incapaz de parir naturalmente. A dor do parto não é apenas fisiológica, mas também fruto da cultura, que tem o poder de intensificá-la. O corpo feminino tem sido instrumentalizado, alvo de controle e intervenção social, tido como um corpo frágil e defeituoso, que difere da norma (o corpo masculino). A assistência ao parto é um exemplo expressivo deste controle. Há um excesso de medicalização e intervenção nos partos, como se não pudessem ocorrer de maneira natural e saudável sem a "ajuda" da medicina e da tecnologia. (Hohde, 2016, p. 4)

No mesmo contexto, a formalização do processo de parto é interpretada como um componente da perenização do poder colonial, visto que gradativamente desvalorizou saberes tradicionais contrários ao pensamento eurocêntrico predominante, notadamente aqueles vinculados à medicalização da existência e à adoção do modelo biomédico na prestação de cuidados de saúde. Tal dinâmica culminou na emergência de um modelo hegemônico que entrelaça o capitalismo global ao biopoder.

Nesse sentido, é perceptível que, com a desvalorização dos conhecimentos tradicionais nos cuidados prestados à saúde, a indústria passou a lucrar mais, principalmente com essa medicalização do parto.

Levando o debate acerca da colonialidade, consideramos que ela está intrinsecamente relacionada aos casos de negação de direitos e invalidação de saberes. Nesse sentido, compreendemos que as relações de poder sobre os corpos são expressões diretas da desumanização daqueles que foram historicamente colocados em posição de subalternidade. A colonialidade não se restringe ao campo político ou econômico, mas atravessa os corpos, marcando-os com hierarquias e exclusões que persistem no tempo. Nesse contexto, Regis e Feijó (2019) salientam que:

> Se compreendemos que o corpo é um dos loci centrais da perpetuação da situação colonial, mesmo após o fim do colonialismo histórico e do colonialismo político, torna-se imediata e óbvia a importância do corpo como território tanto da colonialidade, como da memória e de resistência decolonial. A colonialidade do saber e do ser sustenta a colonialidade do poder e tem como lócus central de atuação o corpo, por meio de definições não declaradas dos corpos que assumem a dignidade de serem humanos e dos corpos que são excluídos da humanidade. As marcas que definem a linha do humano são, sobretudo, corporais, e seus marcadores centrais são os de raça e gênero. (Regis e Feijó, 2019, p. 127)

Compreender as formas de manifestação da violência obstétrica é essencial não apenas para reconhecê-la, mas também para enfrentá-la. Isso exige uma abordagem interseccional que leve em conta as múltiplas vulnerabilidades às quais as mulheres estão submetidas especialmente aquelas que vivem nas zonas rurais, indígenas, quilombolas ou periféricas. A escuta atenta dessas mulheres, aliada ao resgate e à valorização dos saberes tradicionais, é um caminho possível para romper com os modelos excludentes e construir uma assistência obstétrica mais justa, inclusiva e humanizada.

2.2 Interseccionalidade: Gênero, classe e território no campo.

"O médico disse que eu estava com essas dores por falta de sexo, levantou da cadeira que ele tava e me agarrou por trás e tentou me beijar, eu acho que ele só fez isso comigo porque eu sou preta" (Ada).

O relato a interlocutora colocado como epígrafe para iniciar os discursos neste tópico estão marcados pela dor e pela violência, expressa de forma contundente como as opressões de gênero, raça e classe se entrelaçam e moldam as experiências das mulheres camponesas. Não se trata apenas de uma violência de cunho sexual ou de gênero. É também uma violência atravessada pelo racismo e pela exclusão social, que desumaniza corpos negros e empobrecidos, tornando-os alvo constante de violações.

Neste tópico, buscamos compreender o conceito de interseccionalidade, uma ferramenta analítica desenvolvida por mulheres negras feministas para pensar essas múltiplas opressões que atravessam os corpos e as experiências sociais de maneira interdependente, produzindo formas específicas de subalternização e desigualdade.

Reafirmando que a interseccionalidade não é apenas um conceito acadêmico, mas também uma prática política e metodológica, comprometida com a transformação das realidades de mulheres negras, pobres e periféricas como são, muitas vezes, as mulheres do campo, das águas e das florestas.

Como conceitua a autora Carla Akotirene (2019)

> A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição do gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (Akotirene, 2019, p. 19).

Partindo dessa base teórica, este tópico se propõe a refletir sobre como as categorias de raça, classe, gênero e território se articulam na construção das desigualdades que incidem sobre as mulheres camponesas, especialmente no contexto da violência obstétrica. A proposta é utilizar a interseccionalidade como chave de leitura para entender como essas múltiplas opressões se manifestam e se sobrepõem na vida dessas mulheres.

Nesse sentindo Santana *et al. (*2024), destacam:

> "A mulher negra é o outro do outro, ou seja, nem é branca nem é homem, é considerada uma antítese, ocupando uma posição muito difícil na sociedade supremacista branca. Assim é compreender que raça e gênero se articulam dialeticamente nas expressões dispostas pelo patriarcado. Que os corpos de mulheres negras estão postos como invisíveis, apontados pela desimportância da vida, segundo a racialidade, que imprime e determina o descaso e a desatenção para com esses corpos. Sendo estes atravessados pela zona da desumanização corpórea e estereotipados pelo olhar colonizado. A invisibilidade estrategicamente utilizada pela branquitude é aquela em que define os termos da relação, uma dialética de apagamento racial cotidiano". (Santana, *et al.* 2024, p.5)

Entendo que o peso das desigualdades sociais incide de maneira ainda mais intensa sobre as mulheres do campo, especialmente por serem, em sua maioria, mulheres negras, pobres e residentes em áreas rurais muitas vezes em comunidades geograficamente isoladas, com limitado acesso à informação.

Nesse sentindo Elionice Conceição Sacramento (2019) contribui com seu pensamento ao afirmar que, hoje, mesmo com os conhecimentos científicos avançados, a mortalidade materna e infantil cresce especialmente no que tange às mulheres negras nos hospitais e maternidades públicas. A violência obstétrica vítima cada vez mais mulheres negras (Sacramento, 2019, p.63).

A ausência ou a precariedade das políticas públicas que deveriam garantir direitos e reduzir as desigualdades acaba por intensificar as vulnerabilidades a que essas mulheres estão submetidas, perpetuando contextos de exclusão e desproteção que atravessam suas vidas de forma particular e mais aguda em relação a outros grupos sociais.

Agora partindo para o debate sobre as percepções de violência obstétrica, racismo e interseccionalidades é importante mencionar que a compreensão da violência obstétrica exige um olhar atento às múltiplas camadas de opressão que se entrelaçam e se potencializam, especialmente quando se trata de mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

Nesse sentido, o pensamento interseccional surge como uma ferramenta analítica potente para compreender como gênero, classe, raça e território se articulam para estruturar desigualdades e sustentar práticas violentas, muitas vezes naturalizadas no sistema de saúde.

As relações atravessadas pelo racismo institucional, pelas desigualdades de classe e pelo desrespeito aos direitos humanos das mulheres revelam que a violência obstétrica não é um problema individual, mas sim uma questão estrutural, enraizada na história e nas relações sociais. Nesse sentido, é fundamental destacar que "toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso" (OMS, 2014, p. 1).

Embora haja um crescimento nas pesquisas acadêmicas e nos debates públicos que abordam o racismo e sua conexão com a violência obstétrica, consideramos que é urgente expandir esse campo, especialmente no que diz respeito à formulação de políticas públicas que enfrentem diretamente esse tipo de violência, reconhecendo seu caráter institucional e sistêmico.

A interseccionalidade permite visibilizar que não são todas as mulheres que sofrem da mesma maneira. Mulheres negras, pobres e residentes em comunidades camponesas, por exemplo, são vítimas com mais frequências e de forma mais intensa essas práticas violentas, o que evidencia a seletividade da violência obstétrica e sua relação direta com o projeto de exclusão dos corpos negros do pleno exercício da cidadania.

Como destacam Diniz *et al.* (2016), tais práticas refletem uma cultura institucional que legitima o uso não consentido dos corpos femininos, especialmente os corpos das mulheres pobres e negras usuárias do SUS.

Uma pesquisa recente realizada por Santana *et al.* (2024), em uma maternidade pública em Salvador, revelou que as mulheres negras reconhecem a violência obstétrica a que são submetidas e compreendem que sua cor é um fator determinante na qualidade do cuidado recebido. A percepção de que seus corpos são vistos como naturalmente mais resistentes à dor e menos dignos de atenção ou escuta revela o quanto gênero e raça operam em conjunto para justificar tais práticas desumanas. As autoras apontam para o pensamento de que o corpo da mulher negra é historicamente lido como o corpo que suporta, o corpo que aguenta, o corpo do qual ninguém se importa (Santana, *et al.* 2024, p.04)

No contexto das mulheres camponesas, essa violência se torna ainda mais invisibilizada. Muitas vezes, os casos não são denunciados, seja pela ausência de reconhecimento de que o que viveram foi, de fato uma forma de violência, seja pela falta

de acesso à informação ou de meios seguros para realizar a denúncia. Nesse caso o que indicamos que as mulheres que sentirem violadas e violentadas registrem sua denúncia por meio da ouvidoria presente nos serviços públicos de saúde, por meio do sistema Fala.BR ou pelo número 136 serviço nacional de ouvidoria do SUS (Sistema Único de Saúde).

Além disso, a carência de pesquisas voltadas especificamente para a violência obstétrica em territórios camponeses evidencia o quanto essas mulheres permanecem às margens das estatísticas e das políticas públicas de enfretamento a essa violência. A interseccionalidade, portanto, não apenas nos ajuda a entender a complexidade dessa violência, mas também aponta para a necessidade de respostas que considerem as especificidades de quem a sofre. Sem isso, corremos o risco de reproduzir silenciamentos históricos e de perpetuar um modelo de cuidado que, ao invés de acolher, continua violentando.

Segundo Catoi*a et al.* (2020), as mulheres experienciam múltiplas e interseccionais formas de discriminação e, por isso, a violência de gênero afeta grupos de mulheres de diferentes formas e graus, o que demanda respostas normativas e políticas diferenciadas. De modo geral, interseccionalidade refere-se às tentativas de compreensão da discriminação como fenômeno original e irredutível ao somatório de diversos critérios proibidos de discriminação, estes simultâneos ou não (Catoia, *et al.* 2020, p.03)

Para Werneck (2016) A interseccionalidade permite visibilizar as diferenças intragrupo, inclusive entre aqueles vitimados pelo racismo, favorecendo a elaboração de ferramentas conceituais e metodológicas mais adequadas às diferentes singularidades existentes. Permite, ainda, maior consistência na compreensão dos modos de aproximação e realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública (Werneck, 2016, p.543)

Quando debatemos a dimensão dessa questão, compreendemos que raça, gênero e lugar social influenciam diretamente na forma como essas mulheres são atendidas quando buscam os serviços de saúde. Nesse sentindo as autoras apontam que tratar "a saúde das mulheres sob uma perspectiva interseccional implica também reconhecer a centralidade do racismo e das diversas formas de discriminação na violação dos direitos humanos das mulheres" (Catoia, *et al*.2020, p. 8).

Quando refletimos sobre as violações dos direitos humanos das mulheres, é importante destacar práticas profundamente enraizadas desde o período da colonização. Nesse contexto, pessoas negras escravizadas foram submetidas a procedimentos médicos desumanos, sendo tratadas como cobaias em experimentos. Na época, o mito de que pessoas negras seriam "imunes" à dor foi utilizado como justificativa para tais violências, sustentadas com o objetivo de promover o avanço de uma ciência eurocêntrica.

Um caso emblemático da violação dos direitos humanos das mulheres negras está na trajetória do médico americano James Marion Sims, conhecido como “pai da ginecologia moderna”. Como aponta Wasington (2006), Sims realizou experimentos cirúrgicos em mulheres negras que estavam sob condição de escravização, desenvolvendo técnicas e instrumentos que seriam utilizados posteriormente em procedimentos ginecológicos. Esses experimentos eram realizados sem o uso de anestesia apesar de ela já ser utilizada em outros procedimentos em pessoas brancas, baseando-se na ideia racista de que pessoas negras sentiriam menos dor. Essa prática revela como o avanço da ciência eurocêntrica foi construído, em parte, à custa do sofrimento e da desumanização de mulheres negras.

Em um estudo recente, Lima *et al.* (2021) confirmam o mesmo entendimento ao constatarem que mulheres negras, quando submetidas à episiotomia (incisão realizada no períneo e na vagina), recebem menos anestesia local. Esses resultados refletem estigmas persistentes que reforçam construções racistas da figura da mulher negra como “parideira”, o que supostamente dispensaria a “necessidade” do corte, e como “forte”, mais resistente à dor. Continuam as autoras:

> O tema da violência obstétrica é frequente mente absorvido pela concepção de gênero. As sim, quando não destacamos que as mulheres negras estão mais sujeitas aos riscos de violências no parto e de mortes maternas em nosso país, a raça e as formas correlatas de vulnerabilidade interseccional contribuem para a expressividade da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. (Lima, *et al.*2021, p.8)

Diante dos apontamentos anteriores, o estudo de Lélia Gonzalez (1984) ilustra de forma contundente como a mulher negra é historicamente submetida a processos de desumanização. Para a autora, o lugar social em que nos situamos determina nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. Gonzalez afirma que o racismo é uma *neurose cultural brasileira*, sendo um sintoma estruturante da sociedade,

e quando articulado ao sexismo, produz efeitos especialmente violentos sobre os corpos das mulheres negras

Essa reflexão se materializa de forma muito clara no relato da interlocutora Ada, cuja fala revela com profundidade o peso das desigualdades que atravessam as mulheres negras, sobretudo aquelas que vivem nos territórios rurais e periféricos. A violência vivida por Ada escancara como a articulação entre racismo e sexismo opera cotidianamente na vida dessas mulheres, relegando-as à margem da sociedade e tornando seus corpos alvo de diversas formas de violação.

Apesar da força desse debate, é importante pontuar que, durante o trabalho de campo, percebi que, assim como Ada, poucas são as mulheres do campo que verbalizam ou se reconhecem nos debates sobre raça e gênero em seus discursos cotidianos. A fala de Ada, inclusive, foi a única, entre as interlocutoras, que atribuiu explicitamente a raça como fator determinante para o assédio e a violência sofrida.

Outro aspecto que merece ser destacado é que, entre as interlocutoras negras, foi possível observar que algumas não se autodeclaram como negras, identificando-se, em suas autoatribuições raciais, como pardas. Esse dado não pode ser desconsiderado, pois evidencia as complexas dinâmicas de apagamento, negação e silenciamento que atravessam a construção da identidade racial, especialmente em contextos rurais, onde os marcadores de classe e território também operam de maneira intensa na conformação das identidades.

No caso das mulheres negras camponesas, as desigualdades estruturais se manifestam por meio da articulação entre racismo, sexismo, classismo e até mesmo o preconceito territorial, tornando suas vivências marcadas por múltiplas camadas enraizadas de violência que atravessam suas relações sociais.

Para Assis (2018):

> O viés racial implícito sugestivo de racismo institucional e o sexismo tecem uma rede de complexidades que tem no espaço das unidades de saúde uma dinâmica cheia de conflitos. Geralmente, o saber biomédico que contamina a maioria dos profissionais de saúde tende a desconsiderar as opiniões das mulheres, não as tendo como sujeitos de direitos. Neste sentido, a valorização de princípios éticos, o investimento em educação em saúde, quer para profissionais, quer para usuários (as), devem ser colocados em pauta para que haja o reconhecimento do valor de cidadania no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres negras (Assis, 2018, p.561).

Com tudo, o estudo das interseccionalidades se apresenta como uma alternativa potente para enfrentar os males do racismo, pois permite visibilizar como ele atua de forma combinada com outras formas de opressão, agravando as violações de direitos humanos. No campo da saúde, por exemplo, essa abordagem revela que a violência obstétrica sofrida por mulheres negras não pode ser entendida apenas como resultado de uma desigualdade de gênero, mas deve ser analisada a partir da sobreposição das marcas de raça, classe e território. Assim, adotar uma perspectiva interseccional não é apenas uma escolha teórica, mas um posicionamento político que contribui para a construção de respostas mais justas e eficazes às desigualdades que afetam historicamente as mulheres negras no Brasil.

Capítulo 3 – Judiar, Sofrer e Lembrar: As Marcas da Violência Obstétrica nas Memórias de Mulheres Camponesas

"Eu acho que as mulher não quer parir hoje em dia não é nem por medo da dor é por causa de tanta judiação que elas sofre, as bichinhas sofre de todo jeito e são judiadas, é mais pelos médicos mesmo" (Mildes Borges)

Considero fundamental, recordar aqui casos de violência obstétrica que ganharam repercussão através dos meios de comunicação, como o caso do médico anestesista que durante procedimentos de parto cesariana, violentava sexualmente mulheres sedadas, expostas e vulneráveis no centro cirúrgico. E esse profissional só foi detido porque enfermeiras, conseguiram registrar os crimes fazendo vídeos das agressões. Pois apenas os relatos das enfermeiras mesmo verdadeiros, não seriam considerados suficientes para comprovar a violência.

Outros dois casos que ganharam repercussão envolveram recém-nascidos que perderam a vida em decorrência da violência e negligência prestados pelos profissionais da saúde. No primeiro, uma recém-nascida foi decapitado durante a assistência ao parto, no estado de Minas Gerais; no outro, uma recém-nascida no estado da Bahia teve o pescoço quebrado quando a médica que prestava assistência ao parto puxou a recém-nascida pela cabeça. Ao trazer esses casos, busco evidenciar como certas violências só se tornam visíveis quando atingem os espaços midiáticos. Contudo, é preciso enfatizar que mulheres do campo também vivenciam situações igualmente graves, mas que seguem

invisibilizadas, não são noticiadas, e não recebem a devida atenção do poder público, o que impede o enfrentamento e a adoção das medidas cabíveis.

Neste capítulo, realizaremos a análise dos dados, a partir das categorias elaboradas com base na escuta ativa dos relatos das interlocutoras, substanciadas também nos diálogos e reflexões acumuladas ao longo do processo de pesquisa e com as leituras que garantem a criticidade desta pesquisa. As categorias que direcionam estas análises foram elaboradas a partir da sistematização das narrativas, conforme apresentados anteriormente nos procedimentos metodológicos. Elas emergem da força das experiências compartilhadas pelas mulheres e das lentes teóricas e críticas que orientam este estudo.

A categoria "judiar" surge diretamente da escuta sensível e atenta às falas das interlocutoras. Percebi que esse termo carrega, para elas, o sinônimo de sofrimento, de dor, desespero o que pode ser traduzindo para o sentindo concreto da violência obstétrica, especialmente quando contrastam suas experiências com partos assistidos por parteiras tradicionais aos "cuidados" encontrados nos serviços de saúde. Nos contextos de partos naturais assistidos por parteiras, elas relatam terem vivenciado um cuidado profundamente humanizado, pautado em práticas de afeto, acolhimento e respeito que atravessam todo o processo do parto.

No entanto, as mesmas interlocutoras, ao observarem as transformações no modo como os saberes tradicionais vêm sendo deslegitimados, também reconhecem que, na atualidade, muitas mulheres têm seus partos marcados pela judiação ou seja marcado pelo sofrimento, pelo medo e pela desumanização dos seus direitos.

A epígrafe que abre este capítulo, com o relato da interlocutora Mildes Borges, ilustra de forma atenta essa percepção coletiva, ela compreende e analisa que hoje, as mulheres camponesas enfrentam situações mais cíclicas e intensas de sofrimento e

[4] Matérias citadas https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/12/13/anestesista-preso-por-estupro-durante-cesarea-aparece-excitado-em-foto-apos-outro-parto-diz-advogado.ghtml

https://youtu.be/xlGGvxwY51k?si=81oy3IZePUqJIkZr

https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2024/11/04/mulher-denuncia-maternidade-na-bahia.ghtml

violência no momento do parto. Isso, por sua vez, reverbera de maneira negativa a construção dos sentidos e das experiências sobre o parto no contexto de vida das mulheres camponesas. A análise feita pela interlocutora revela que em sua percepção as mulheres atualmente têm mais medo das violências que serão impostas a elas do que da dor do parto em si.

A construção da segunda categoria, **"**Memória do Trauma**"**, surge da compreensão de que a violência obstétrica não se limita apenas ao evento do parto, mas se permeia para além dele, produzindo efeitos que atravessam o tempo e a vida das mulheres. Os relatos das interlocutoras revelam que essa violência estar profundamente enraizada na memória, no corpo e nas suas subjetividades, construindo uma ferida que persiste, difícil de ser cicatrizada. Trata-se de um trauma que reverbera o cotidiano, impactando a saúde física, mental e emocional das interlocutoras, modificando significativamente suas relações a maternidade, com seus próprios corpos e com os serviços de saúde, que muitas vezes deixam de ser espaços de cuidado para se tornarem lugares de dor e descaso e negação de direitos.

A partir de uma escuta ética, sensível e comprometida, essa categoria se desdobra em duas subcategorias denominadas **"**Marcas no Corpo – Danos Físicos" e "Marcas na Alma – Danos Emocionais**"**. As subcategorias compreendem as múltiplas dimensões em que esse sofrimento se manifesta e se materializa, tanto no físico quanto no emocional e subjetivo das interlocutoras. Essa análise busca, não apenas dimensionar os impactos da violência obstétrica, mas também dar visibilidade às experiências dessas mulheres, que antes nunca tiveram a oportunidade de contar suas histórias, reafirmando a centralidade de seus saberes e vivências na construção deste que é um trabalho fruto dos anos de escuta desses relatos.

É importante destacar que esses danos não se limitam ao plano individual, quando suas vozes são silenciadas, quando suas dores são desacreditadas ou tratadas com descaso, essas mulheres carregam não apenas o peso da violência vivida, mas também a frustração de ver rompimento daquilo que deveria ser um rito de passagem, amoroso, cuidadoso, carinhoso e humanizando o nascimento de uma nova vida.

Essas categorias não estão desconectadas. Pelo contrário, corpo e alma se abarcam. As marcas físicas alimentam o trauma psicológico, assim como o trauma emocional pode agravar ou potencializar dores e sofrimentos físicos.

3.1 Judiar: quando o cuidado se transforma em sofrimento

Como já mencionado anteriormente no trabalho, esta pesquisa é fruto da vida na comunidade camponesa, onde fui criada. Nesse espaço de existência, a linguagem carrega não só os saberes, mas também as formas de nomear a dor, o sofrimento e as violências vividas. Uma expressão que emerge de maneira frequente nas falas das mulheres, bem como no cotidiano da comunidade, é o verbo judiar, utilizado para se referir às situações em que alguém sofre maus-tratos, violência ou passa por qualquer tipo de sofrimento.

Incluir essa expressão ao debate se tornou fundamental no processo de análise dos relatos, pois ela demonstra não apenas uma palavra, mas um entendimento coletivo e partilhado sobre o que é sofrer, sobre o que é ser violentada, especialmente no contexto das experiências femininas. O termo judiar na comunidade, ganha densidade o que engloba as diversas formas de violência, sejam elas físicas, simbólicas, emocionais ou institucionais.

Confesso que, até ser questionada sobre os motivos que me levaram a escolher o termo "judiar" como categoria de análise, nunca havia me atentado para a origem dessa palavra. Cresci escutando esse termo como uma forma de nomear situações de violência, maus-tratos e sofrimento. Lembro-me que, nos momentos de partilha entre as mulheres da comunidade nas farinhadas, quando o riacho de águas cristalinas ainda corria em seus leitos e as mulheres se reuniam para lavagens de roupa ou em outros afazeres coletivos, sempre que se falava sobre uma mulher que havia parido, era comum ouvir a expressão: *"Fulana foi judiada demais no parto, sofreu demais, foi um parto anormal."* Essa fala, se repetia ao longo de todas as conversas que eu era expectadora, o termo judiar é parte da nossa linguagem e não nomeia apenas a dor física, mas todo um conjunto de violências e sofrimentos que atravessam os corpos das mulheres, especialmente no momento do parto.

Santos e Valadares (2016) afirmam:

> Para a análise do discurso, o sujeito é discursivo e essencialmente histórico e ideológico e tem a ilusão de ser a fonte do sentido, mas que representa em sua enunciação um tempo e um espaço social em que está inserido. Dessa maneira, seus dizeres são um recorte das representações históricas de um tempo

> histórico e o seu discurso se situa em relação a outros discursos historicamente constituídos e proferidos anteriormente (Santos e Valadares, 2016, p. 33).

Dessa forma acredito que ao fazerem o uso do termo judiar as interlocutoras da pesquisa não estão exercendo um debate antissemita e preconceituoso apesar do peso que carrega essa expressão como apontam os autores:

> "Judiar", nosso 4º termo em análise, advém de judeu, verbo de conotação pejorativa, originado na leitura dos Evangelhos segundo a qual foram eles, e não os soldados romanos, os que torturaram e assassinaram Jesus Cristo. O termo se insere no contexto do credo religioso e é recuperado o interdiscurso de manipulação e controle dos povos judeus**,** bem como de **tortura em nome de princípios religiosos**. Atrelado a isso, os judeus sempre foram conhecidos historicamente como controladores comerciais e de posses. Dessa forma, o termo "judiar" remete ao efeito de sentido de "fazer mal, maltratar". Por isso, considerado pelo MPC como inadequado, politicamente incorreto. Nessa perspectiva, cumpre-nos ressaltar o aspecto interdiscursivo presente na ação que o verbo propaga, já que judiar de alguém significa uma construção de maltratar, isto é, dizer que se vai judiar de alguém é remeter ao grupo em questão, o que pode até não ser resgatado pela etimologia, mas certamente se ampara na discriminação de um povo e de uma associação equivocada historicamente (Santos e Valadares, 2016, p.40 **grifos nossos**).

Os autores utilizam a sigla MPC para se referir a Cartilha do Politicamente Correto e Direitos Humanos, publicada em 2004 pela Secretaria Especial em Direitos Humanos. Que orientaria a população do peso que carrega alguns termos que adotados na linguagem da sociedade brasileira. Como veremos a seguir.

A partir da compreensão dada pelos autores na parte grifada em negrito, fica o questionamento, as violências sofridas pelas mulheres no contexto do parto, além de terem ligações com as colonialidades, o patriarcalismo, e o "poder" do médico dominante, estariam também intrínsecas nessas violências as questões de cunho religioso fundamentada na passagem bíblica do livro de gêneses onde em meio a expulsão do paraíso deus condena Eva "em meio de dores darás à luz os teus filhos" (Gênesis, 3;16). Dessa forma estaríamos todas condenadas ao sofrimento no parto imposto pelas relações dominantes, a dominação de nossos corpos, o licenciamento de nossas dores, a negação de sermos protagonistas dos nossos trabalhos de parto baseado também na ideia imposta do parirás com dor. Como aponta Rohde (2016):

> A dor é, de facto, uma componente presente na maioria dos partos. No entanto, a dor carregada da conotação negativa de punição é uma dor que não é apenas fisiológica, mas é uma dor que é também fruto de influência cultural. Como será visto posteriormente neste trabalho, a prática médica e de assistência ao parto reproduz uma série de abusos e intervenções que fazem com que o parto se torne uma experiência muito mais dolorosa do que deveria ser (Rohde, 2016, p.7).

Fazendo essa reflexão sobre as outras dores do parto uma memória da infância se tornou recorrente. Me lembro do sentimento que me acompanhou por muito tempo, me perguntava, por que as mulheres passavam por tanto sofrimento. Dizia para Mainha, com convicção de menina que observava em silêncio os traumas vividos pelas mulheres do meu convívio, que um dia faria um estudo que explicasse todos os sofrimentos vividos por elas para parir.

A passos lentos, essa pesquisa vem se materializando. Ao mergulhar nas falas das mulheres camponesas é possível se deparar com duas camadas, de um lado, os gestos de cuidado, os saberes tradicionais e os desejos por um parto diferente da experiencia que as mulheres da comunidade são submetidas; do outro lado as práticas violentas, desrespeitosas e traumáticas que seguem marcando o parto de tantas mulheres em nossa sociedade, principalmente as que vivem à margem dela.

O parto é um momento lindo, ao pensarmos que ele é a abertura de um portal para trazer ao mundo uma nova vida, compreendemos a grandiosidade e importância desse lindo momento, mas infelizmente para as interlocutoras desse trabalho essa não foi uma realidade vivida por elas que aceitaram compartilhar suas histórias e contribuíram com suas vozes potentes para a construção das análises construídas aqui. Dialogando com os relatos que emergem dessas narrativas revelam os marcados por profundo sofrimento, dor, abandono e por práticas que, não promoveram cuidado, mas sim reproduzem um modelo de violência obstétrica que vitimiza, desumaniza e silencia as mulheres em um dos momentos que deveria ser o mais lindo de suas vidas.

Vamos dar início aos relatos das vítimas começando pela história de parto de Minelva Bispo, que é uma das interlocutoras desta pesquisa. Ela se autodeclara como uma mulher negra, possui ensino fundamental, é mãe de duas filhas, os dois partos foram normais (via vaginal), ela hoje tem 54 anos. A história de parto contada por ela é marcada por experiências que expressam nitidamente o que, na comunidade, é compreendido por ser “judiada” no parto. O relato da interlocutora é profundamente atravessado por situações de descaso, sofrimento e dor, revela práticas que escapam aos protocolos mínimos de cuidado e evidenciam a violência obstétrica como uma realidade cotidiana, naturalizada e silenciosa. Como apresenta a seguir

> No meu parto eu fui judiada, eu comecei sentir dor e Laine apontou foi o pé, e nesse dia lá no hospital não tinha médico, só tinha um vigia e quem me ajudou no parto foi esse vigia mais as enfermeiras, o vigia que me ajudou porque não tinha médico. Me machucaram porque muitas vezes apertaram minha barriga, assim muito forte em cima de mim, botando força pra minha filha sair, eu fiquei muito machucada na barriga e nas costelas um bocado de dias. Elas já tavam falando de puxar ela, porque ela tava com a perninha embolada, e eles queriam puxar só uma perna e se eles puxassem só uma perna a outra ia quebrar, ai, ainda bem que graças a Deus que nesse dia esse vigia era gente boa, ele pediu pras enfermeiras ter paciência. E eu sofrendo demais as mulheres que ajudando, apertavam minha barriga e me machucando toda, elas subiam em cima de mim e botava tanta força em minha barriga pra vê se essa menina saía, eu fiquei foi dias toda dolorida parecia que elas tinha botado tanta força que tinha quebrado alguma coisa dentro de mim.

A interlocutora iniciou sua história de parto compartilhando a experiência traumática vivenciada em seu segundo parto. Ao longo da entrevista, pude perceber, em suas palavras, o medo que enfrentou e as dores que marcaram ela profundamente. Em cada uma das histórias das interlocutoras que conversei durante a pesquisa de campo, era como se fosse possível ser transportada para aquele momento em que elas tiveram os mais intensos sentimentos de sofrimento, angústia e abandono e se fizeram presentes também nos momentos posteriores, na análise dos relatos.

Retomando a experiência narrada pela interlocutora, é possível observar que as profissionais que deveriam oferecer cuidado e acolhimento recorreram a práticas violentas, tentando arrancar a recém-nascida de todo jeito forcando aquela mãe a uma experiência ruim, e diante da gravidade da situação, quem demonstrou sensibilidade para com a interlocutora foi um vigilante do hospital que estava de plantão no momento em que ela deu entrada em trabalho de parto. Foi ele quem agiu para conter a conduta das enfermeiras, evitando que elas executassem uma manobra arriscada que poderia ter resultado na perna da bebê quebrada. O gesto do vigilante surgiu como um raro ato de cuidado em meio a um cenário de descaso e violência institucionalizada, mas essa é apenas a primeira dobra de uma memória costurada por camadas de dor e sofrimento. O relato de segue, como um rio que ainda guarda nas margens lembranças de sofrimento e abandono.

> Aí a minha filha conseguiu botar a outra perninha e eles puxaram, mas por pouco eu não morri, porque nem médico tinha, foi um sufoco, eu sofri demais nesse tempo, é por isso que eu fiquei com

> medo de parir de novo, por isso eu quis ligar só com duas filhas. Eu sofri demais, não gosto nem de lembrar o tanto que eu fui judiada. Não foi pra parir porque eu não sentia a dor da expulsão eu sofria de dor por causa da força que elas colocavam na minha barriga pra empurrar minha filha, elas apertavam muito pra vê se ela saia, e foi com tanta força que ela colocou a outra perninha pra fora, eu sei que é mais complicado quando a criança nasce assim primeiro os pés, e era ainda pior por eu tinha que ficar deitada direto com elas me machucando empurrando minha barriga, eu acho que isso não era bom, eu acho que tudo isso não foi bom, eu não entendo muito mas sinto que não foi bom isso, aí minha mãe já com medo de outro parto disse jeito disse que era melhor eu ligar mesmo, aí desse tempo pra cá eu sinto uma coisa ruim por dentro quando lembro do sofrimento que eu passei nesse parto do tanto que eu sofri sem ter por quem chamar, eu sozinha lá mais elas me judiando e eu sem ter um parente lá na sala de parto mais eu. Pensa num sofrimento a gente só podia contar com as enfermeiras não tinha médico, pra tú ver nem pré-natal eu tive das minhas filhas.

Nessa segunda parte do relato da interlocutora, as nuances da violência obstétrica vão se revelando com requintes de crueldade. Ela relata que, não sentir a dor da expulsão, foi submetida a sucessivas manobras agressivas feitas pelas enfermeiras, que empurravam com força sua barriga, tentando forçar a expulsão da sua bebê. Ela acredita que, se ela tivesse a oportunidade de escolher uma outra posição para parir, talvez o parto tivesse sido menos sofrido. Mas essa escolha, que deveria ser oferecida e garantida como um direito, nunca lhe foi apresentada como uma real possibilidade. Seu corpo, imobilizado, violentado não foi escutado naquela situação, a posição litotômica que é quela em que a mulher fica deitada na maca de barriga para cima, com as pernas levantadas e abertas apoiadas em perneiras, foi imposta a ela no momento do parto, e assim é considerada também uma violência obstétrica, pois para Bruna Rocha (2021) “a posição litotômica, considerada a pior posição para a mulher de parir e a melhor para o médico”.

Quando ela mencionou que "sente um coisa ruim por dentro" quando lembra do parto, essa sensação revela o trauma que permaneceu em seu corpo e sua memória. Ela pariu sozinha, sem o direito a um acompanhante, sem médico, sem apoio emocional de uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la, intensificou ainda mais a sua vulnerabilidade evidenciando a solidão no parto.

Ao final de sua fala, a interlocutora revelou que decidiu fazer a laqueadura após esse parto, não por um desejo de não ter mais filhos, ela afirmou após a entrevista, que

ela conheceu seu atual companheiro após ter passado pela esterilização e por esse motivo os dois não tiveram nenhum filho juntos, é possível perceber que ela optou por medida drástica por medo de passar novamente por todo sofrimento e pela dor que viveu em seu último parto. Essa escolha forçada, baseada no trauma e não na autonomia, carrega os vestígios da violência obstétrica sofrida por ela. Isso é a consequência concreta de um sistema que, ao invés de cuidar, submete mulheres a experiências marcadas pela dor, pelo abandono e pelo silenciamento.

Enfim o que deveria ser um momento em sua vida cheio de alegria e acolhimento transformou-se em uma experiência e memória marcada pela dor, pelo medo e pela violência. A análise do relato revela como a violência obstétrica não se resume a atos físicos isolados, mas se manifesta na negação de direitos, na imposição de práticas desumanizadas e no silenciamento de seus saberes. Para as mulheres camponesas, essa realidade se agrava ainda mais diante das desigualdades.

O relato que acompanharemos a seguir é contado por Gessy Barros que se autodeclara uma mulher negra, teve seu primeiro filho aos 30 anos de idade, hoje é mãe de dois filhos. A interlocutora relata o sofrimento ocorrido no parto quando esperava a sua primeira filha e em uma situação de abortamento espontâneo que sofreu de sua primeira gravidez. Vamos iniciar contando a história do parto de sua filha.

> Eu tive a minha primeira filha no hospital, de Monte Alegre, passei num sei quantos dias lá só perdendo água, sem médico nenhum me atender aí foi que Zé Antônio (esposo da interlocutora) foi lá em Clézio (prefeito da cidade na época), aí Clézio foi lá no hospital, aí ele falou com o doutor, "*se tu não providenciar a mulher hoje ainda, me diz que eu vou tirar ela daqui*". Aí também eles me aplicaram um remédio aí veio uma dorzinha, todo mundo tinha ido dormir, e eu fiquei só mais Zé Antônio, aí arrochou a dor, aí eu vi que a menina vinha, aí eu disse eu vou parir é bem aqui de cócoras nesse instante porque as mulheres na comunidade pari é desse jeito, pois eu também vou fazer é assim, aí eu desci da cama, quando eu ia acocando Izá chegou, ai me olhou ali, chamou a outra companheira dela que era uma senhora de galega "*corri aqui que a mulher tá ganhando*", quando chega lá, no preparo cadê a dor? nem um tiquinho! Aí galega foi me rasgar pra sair essa cabeça da menina bem pequenininha, ela fez foi me rasgar, rasgando mesmo, eu acho que ainda hoje eu sinto uma dor bem por aqui assim (pé da barriga), eu acho que ainda foi de tanto Izá, botar força e peso em cima de minha barriga, pra essa menina descer, porque eu não

> tinha a dor da contração, ai eu ganhei sem dor da contração, foi só elas me rasgando e a outra empurrando a barriga com força pra menina descer, eu acho que se eu tivesse ficado de cócoras a menina tinha saído, porque acocada a menina ia descer, mas quando elas me levantaram e me colocaram pra deitar de perna aberta a menina subiu, e elas foram me rasgar toda aí puxaram a menina e depois me costuraram, aí minha filha, eu pensei que o sofrimento tinha acabado, mas eu tava enganada, esses rasgado e ponto foi doer muito e coçar os pontos é muito incomodado os pontos que as mulheres levam nessas partes, incomoda muito, e quem disse que medico pelo menos passou remédio pra mim e minha filha, medico não passou remédio pra mim, não passou remédio pra essa menina que nasceu com um quilo e seiscentas gramas, ele não passou remédio pra ela, acho que ele pensava que ela ia era morrer, ai eu vim embora pra minha casa com minha filha, quando estava com sete dias que ela tinha nascido, Ismael era durinho já comia mingau, com leite de bode, ai eu pedi minha irmã, faz bem ai um mingau bem fininho que eu quero dar para minha menina, essa menina chorava que fazia que vergonha, mas era fome, ai minha irmã fez o mingau e deu pra ela, essa menina comeu que dormiu a noite todinha, eu tinha leite mas ela chorava demais, ai pronto eu fiquei dando o leite de bode e ela foi criada desse jeito, é muito forte o leite de bode.

O relato da interlocutora é denso e carrega uma narrativa forte e composta de muita dor, em que se revelam camadas compostas pelas marcas da violência obstétrica vivenciada por ela. Desde o início do seu relato, a interlocutora deixa evidente a negligência institucional ao relatar que permaneceu dias perdendo líquido, evidenciando que a bolsa havia rompido, no hospital de Monte Alegre ela permaneceu sem qualquer atendimento médico. Foi somente após a intervenção de seu esposo junto ao prefeito da cidade na época, que uma equipe começou a prestar a assistência ao parto e a tomar alguma providência, mas não exerceu o cuidado que a interlocutora pensou que iria receber, ela menciona que logo foi aplicado o remédio para que ela tivesse a dor, ou seja foi aplicada nela a ocitocina sintética. E como aponta Bruna Rocha (2021) “A ocitocina sintética foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 50, e é usada até hoje para induzir partos. Ela é aplicada na veia, com soro, para estimular as contrações uterinas, em casos específicos” (Bruna Rocha, 2021, p. 57)

Em sua revelação sobre a tentativa de exercer autonomia ao afirmar que iria parir de cócoras, como via as mulheres da comunidade exercer afirmaram *“as mulheres na comunidade pari é desse jeito, pois eu também vou fazer é assim”*. No entanto, sua

iniciativa foi interrompida quando as enfermeiras a colocaram à força na maca, obrigando-a a permanecer em posição litotômica, frequentemente associada à submissão do corpo feminino ao controle médico. Essa imposição não apenas anulou seu conhecimento tradicional sobre o parto, como também contribuiu para complicações no processo: *"quando elas me levantaram e me colocaram pra deitar de perna aberta a menina subiu"*.

Ao referir que foi impedida de escolher a posição de parir e ter sido imposta a se deitar, ela acredita que isso tirou sua filha do encaixe para o nascimento, o que resultou em diversas lacerações feitas intencionalmente pela enfermeira em sua vagina como ela afirma *"ela fez foi me rasgar, rasgando mesmo"*. Ela também relata ter sofrido a manobra de Kristeller. "Este procedimento, além de todos os danos já apresentados, constituindo violência obstétrica de caráter físico e psicológico, contradiz claramente as indicações da RDC 36/2008 da ANVISA" (Dossiê Violência Obstétrica 2012, p.106). Representa também risco à saúde da mulher e do bebê, quando ela fala *"Izá botou força e peso em cima de minha barriga, pra essa menina descer"*. Essa sequência de violências impediu a interlocutora de se movimentar, o corte forçado, o empurrar agressivo da barriga mostra que a interlocutora foi submetida a um parto forçado, brutal, violento e sem escuta, em que sua dor não foi validada e sua humanidade foi negada.

Ao finalizar essa parte do relato, a interlocutora manifesta que, ao contrário do que imaginava, o sofrimento não havia acabado com o nascimento da filha. Ela compartilha o desamparo vivido no pós-parto, tanto por ela quanto pela filha bebê recém-nascida, que pesava apenas 1,600kg. Nenhum medicamento ou orientação foi oferecido a ela "*médico não passou remédio pra mim, não passou remédio pra essa menina... acho que ele pensava que ela ia era morrer"*. Esse trecho revela com firmeza o quanto a negligência institucional naturaliza o risco eminente da morte de mulheres e crianças pobres, do campo, como se suas vidas valessem menos.

Percebendo que seu leite poderia não estar sendo suficiente a interlocutora pediu à sua irmã, que preparou um mingau com leite de cabra para complementar a alimentação da filha. Essa era uma prática comum entre as mulheres da comunidade, usar o leite de cabra para complementar a alimentação das crianças. Não posso afirmar se existe algum risco para essa prática, mas também nunca ouvi algum caso negativo decorrente disso na comunidade.

O relato da interlocutora nos permite refletir sobre as multiplicidades das violências obstétricas sofridas por mulheres do campo sejam elas físicas, emocionais, simbólicas ou institucionais. Ela pariu sem dor de contração, mas foi marcada por outras dores, a dor de ter a sua carne rasgada, a da barriga empurrada, e, principalmente, a da ausência de respeito. Foi impedida de parir como desejava, teve sua autonomia desconsiderada, não recebeu a atenção merecida no pós-parto e viu sua filha recém-nascida ser negligenciada.

Dando continuidade ao seu relato, ela compartilha a experiência do segundo parto, quando deu à luz ao seu segundo filho. Logo depois, revisita a memória de um terceiro parto, desta vez envolto pelo luto e o bebê nasceu sem vida. Ela acredita que a criança tinha alguma má formação, e que isso pode ter sido a causa da morte.

> Já no meu segundo parto eu fui para Brasília. Eu perdi a água primeiro, ai eu fui pra lá pro hospital, eu fiquei o resto do dia aí quando foi de noite, me aplicaram uma injeção aí também foi logo, eu fiquei com dor aí eu já ganhei esse com dor, foi normal o parto, mas esse já foi com dor. Num foi igual como me judiaram de Aline não, mas foi obrigado eu levar ponto também, e eles passaram remédio pra mim, e na cidade grande eu não ia achar os preparos pra fazer remédio de pau (plantas medicinais) porque a na comunidade tem todas as plantas pra gente preparar os remédios, lá no parto de Romalino foi rápido. Mas a perca(aborto) que eu tive, perca não por que ele já estava morto dentro deu ai a gente chama de perca, eu não sentia que o menino tava morto dentro deu, quando eu coloquei ele pra fora, já tava morto aí pegaram esse bichinho colocaram dentro de um saco e amarraram na minha perna, e foram atrás de um carro pra me levarem pro hospital do Corrente, ai quando eu cheguei lá me internaram, também logo o médico veio, viu o que era e veio, e eu ali deitada a ele enrolou o dedo e enfiou no pé de meu umbigo que doeu muito mesmo ai ele puxou a mãe do corpo (placenta), ai eu num sei onde jogaram meu menino? No lixo! Jogaram meu menino no lixo, era um menino. Porque quando eu tava na comunidade tendo o parto e as mulheres me ajudando eu ouvi dizendo *"ela colocou primeiro a mãe do corpo"* dizendo que era a placenta. Aí eu perguntei o que tinha de errado aí uma me disse que eu tinha colocado primeiro a placenta em vez do menino. Ai minha comadre disso *"aqui tem é um menino"* aí elas diziam que era um bicho, mulher, sendo que era um menino. Nisso meu compadre disse que se as mulher tivesse dito isso, ele tinha feito um remédio pra mim e eu tinha parido a placenta em casa, sem precisar ir pro hospital, e eu ainda passei uns três dias lá internada, aí quando vem de lá para cá eu de carona com uma pessoa que eu nem sei que era, e me largou lá em Gilbués, ai depois eu achei outra carona até no São Dimas, eu sei que eu vim chegar em casa já no

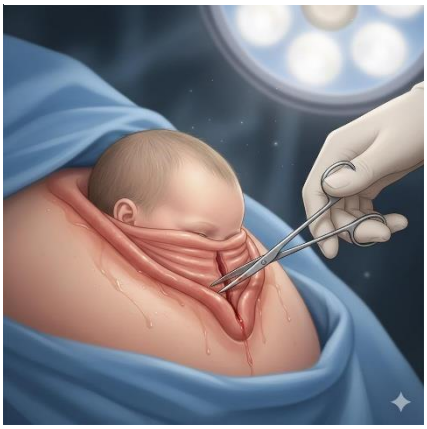
> outro dia. E é assim a gente sofria muito, mas o trabalho da parteira Edite para nós era muito bom, porque ela fazia os partos, ela fazia os remédios pra gente, ela era igual um médico, quando ela cortava o umbigo do menino a tesoura ficava aberta embaixo da cama quinze dias, pro umbigo sarar, a gente tinha que enterrar o umbigo quando caia na porteira do curral, porque se rato carregasse a criança crescia e virava ladrão, tudo tinha muita experiência. Pra nós aqui, do São Dimas velho pra cá, a valença nossa abaixo de deus era Edite. No dia eu tive a perca, eu lembro como se fosse hoje eu tava deitada, aí quando, eu tenho pra mim que eu tava acordada, eu não tava dormindo, mas era dormindo porque eu sonhei que disse que ela (A parteira Edite) chegava, e sentava bem nos pés da cama, eu me lembro de sentir a cama baixar assim, quando eu assustei eu já tava derramando água, nesse tempo ela já tinha morrido fazia era tempo, mas eu sentir ela sentando nos pés da cama, eu sinto que ela sabia que eu ia precisar de ajuda. Mas muitas mulheres quando iam ganhar menino disse que pedia ajuda pra alma dela, pra ela ajudar essas mulheres a ter um bom parto. Disse que esses tempos Joelma foi com a filha pra ganhar em corrente e essa menina sofrendo e os médicos nem ai, ai disse que essa mãe começou a clamar pela ajuda da alma da parteira Edite, e disse que não foi meia hora a menina começou o parto sozinha, ai foi que Joelma correu pedindo ajuda ai levaram a filha dela para a sala de parto, aí ela ganhou ligeiro, depois que sua mãe Joelma se apegou a chamar pôr a ajuda de Edite, antigamente as mulher tudo quando ia parir pedia ajuda a ela, ela era quem fazia os partos todos aqui, era ela. Antigamente tinha muitas parteiras, hoje a gente não vê mais nenhuma.

E assim segue o relato da interlocutora. Nesta segunda parte, ela compartilha a experiência do seu segundo parto, quando decidiu sair do Piauí para ter seu filho em Brasília, motivada pelo medo de sofrer novamente como no primeiro parto. Ela acreditava que, em uma cidade como Brasília, receberia um tratamento diferente. Embora não utilize o termo "judiada" para descrever essa segunda experiência, como fez ao falar do seu primeiro parto, suas palavras revelam que, mais uma vez, seu corpo foi violado. Ao afirmar *"Num foi igual como me judiaram de Aline não, mas foi obrigado eu levar ponto também*", ela evidencia que foi submetida à episiotomia um corte feito na região do períneo conforme ilustrado na imagem a seguir e descrito, conforme o dossiê sobre violência obstétrica elaborado pela rede parto do princípio (2012)

> A episiotomia, ou "pique", é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela

> continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (Dossiê, 2012, p.80).

Figura 2- Ilustração Episiotomia



Fonte: Imagem ilustrativa gerada com inteligência artificial Gemini 2025.

Existe uma hipótese elabora por estudiosos da violência obstétrica de que alguns procedimentos realizados em mulheres no trabalho de parto, não são fazem parte da medicina baseada em evidências e a episiotomia é uma dessas práticas como aponta Diniz *et al.* (2016):

> Assim, por exemplo, na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Nesse sentido, foram consideradas violações de direitos: o uso excessivo (‘liberal’) de procedimentos sem base em evidências, potencialmente danosos, sem problematizar os efeitos adversos em mães e bebês; bem como as intervenções feitas sem autorização da paciente, e, mesmo, à revelia de sua desautorização expressada verbalmente e por escrito, apenas com a finalidade de treinar técnicas cirúrgicas (como episiotomias e fórceps ‘didáticos’). O termo “vagina-escola” foi usado por entrevistados em uma pesquisa do grupo, comentando a formação dos profissionais: seria relacionado ao fato de que, em muitas escolas médicas, a episiotomia é a primeira oportunidade dos médicos, de qualquer especialidade, de praticar habilidades cirúrgicas, cortando e suturando a vagina das mulheres pobres (Diniz. *et al.*2016. 254,255).

No relato é possível perceber uma diferença sutil em sua percepção sobre as duas experiências. No primeiro parto, ela relata explicitamente que sofreu, foi “rasgada” e “judiada”. No segundo, apesar de um tom aparentemente mais manso, ela ainda relata a

imposição de um procedimento que deixou marcas físicas e, provavelmente, emocionais. Isso nos mostra como, muitas vezes, a violência obstétrica é naturalizada ou relativizada pelas próprias mulheres, especialmente quando comparada a experiências anteriores ainda mais traumáticas.

Já no relato sobre o terceiro parto em que ela perdeu o bebê é profundamente impactante. O sofrimento que ela teve que suportar sozinha revela um abandono institucional perverso. Logo na comunidade após o parto ela menciona que as mulheres que lhe ajudavam no parto estranharam quando ouve a expulsão do seu filho, quando umas afirmavam que era a placenta e uma das mulheres disse que era sim uma criança e que era um menino, não foi informado por ela com quantos meses de gestação ela estava, mas que diante da situação acharam melhor leva-la para o hospital de cidade de corrente e chegando lá para a retirada da placenta ela menciona que não soube mais do paradeiro da criança quando afirma "*eu num sei onde jogaram meu menino? No lixo! Jogaram meu menino no lixo, era um menino*".

A interlocutora relata que, se tivesse permanecido na comunidade, seu compadre que é um raizeiro poderia ter preparado um remédio que a ajudaria a fazer o parto da placenta em casa, sem precisar se deslocar até o hospital. Nesse contexto, ela expressa um desejo simples e profundo, o de ter enterrado seu "anjinho", (é como as mulheres da comunidade se referem às crianças que nascem mortas sem chegar a ser batizada na igreja), com o cuidado e o respeito que ele merecia. Há também um aspecto simbólico importante quando as mulheres camponesas chamam a placenta de "mãe do corpo", reconhecendo sua função vital de nutrir e manter o bebê.

Esse relato evidência a importância das parteiras tradicionais, principalmente da parteira Dona Edite, figura respeitada da comunidade de São Dimas e que sempre se fazia presente no auxílio ao parto das mulheres da comunidade Riacho dos Cavalos, ela aparece aqui como presença viva, mesmo após sua morte. Quando a interlocutora sonha com Dona Edite na noite em que perdeu o bebê, sentindo-a sentar-se aos pés da cama como se estivesse ali para ampará-la. É comovente perceber como, mesmo após sua partida, Dona Edite permanece sendo lembrada pelas mulheres, como uma guia espiritual nos momentos de parto. A fé na força de sua alma e na sabedoria que ela transmitia se perpetua na oralidade, nas crenças e nas práticas de cuidado que resistem ao tempo.

Outro aspecto que não pode ser ignorado nesse relato é a peregrinação que a interlocutora precisou fazer para retornar à sua casa, após dias internada no hospital. Ela pedir carona em carros de pessoas desconhecidas, ela teve que ficar em outra cidade, depois conseguiu chegar ao povoado São Dimas para só então conseguir chegar de volta na comunidade. Esse trajeto, solitário e fragmentado, evidencia mais uma camada da violência que atravessa os corpos das mulheres do campo, a falta de atenção após o atendimento médico.

A peregrinação nesse caso é simbólica e concreta. Ela traduz não apenas o esvaziamento das políticas públicas no que diz respeito ao cuidado pós-parto para mulheres camponesas, mas também a forma como essas mulheres são colocadas as margens, como se, uma vez atendidas pela lógica hospitalar, não fossem mais responsabilidade de ninguém.

O relato da interlocutora nos convoca a refletir não apenas sobre as múltiplas dimensões da violência obstétrica; física, emocional, institucional, mas também sobre o apagamento dos saberes tradicionais, que poderiam ter evitado ou ao menos suavizado parte de seu sofrimento. A escuta dessas vozes e dessas histórias é fundamental para compreendermos os impactos da medicalização desumanizada do parto e, principalmente, para valorizarmos os modos de cuidados ancestrais que persistem como formas de resistência e cuidado verdadeiro.

Apresentamos agora o relato da enfermeira Helem Araújo, ela que atuou por um período no centro obstétrico de Hospital situado em uma cidade de Brasília, e compartilha conosco seu posicionamento em relação aos casos de violência obstétrica.

> Enquanto alguns profissionais da enfermagem utilizam práticas como o chá de canela, os médicos tendem a recorrer ao uso da ocitocina sintética, o que, segundo ela, pode impactar negativamente a experiência da mulher, essas condutas afetam a gestante e acabam impedindo que o parto seja vivido com boas memórias. Na minha visão, os médicos deveriam participar de eventos sobre parto humanizado, priorizar o afeto entre mãe e filho durante o parto, e contribuir para que a mãe tenha uma boa memória desse momento, isso não ocorre na conduta médica, que na maioria dos partos realiza a episiotomia, até muitas vezes sem necessidade. Por exemplo, deixam a gestante em dieta zero, mesmo quando tudo está correndo bem para um parto normal. Também têm pressa para que o bebê nasça logo, mesmo sem sofrimento fetal, e acabam realizando manobras para acelerar esse processo.

Seu pensamento nos relava que para alguns profissionais de saúde um cuidado humanizado é baseado no respeito a essas pacientes, mas por outro lado vemos que existe uma grande imposição de poder dos médicos sobre os outros profissionais de saúde, quando ela conclui que não compactua com o "cuidado" que alguns médicos têm para com as pacientes que estão em trabalho de parto como por exemplo a dieta zero e a realização de manobras para acelerar o parto.

Considero essencial trazer o relato de Helena Delmones neste tópico, pois suas análises são essenciais para as contribuições e olhar acerca do saber tradicional e as suas percepções sobre a violência obstétrica. A interlocutora é parteira tradicional que, embora não exerça mais a função, contribui significativamente para o debate acerca da categoria judiação. Atualmente com 68 anos, Dona Helena teve nove filhos todos de parto normal, assistidos por parteiras tradicionais com exceção de dois deles, que nasceram em casa e ela sozinha realizou os cuidados necessários.

Ao longo de sua trajetória, ela acompanhou aproximadamente sessenta e oito nascimentos, oferecendo cuidado, escuta e atenção às mulheres de sua comunidade. Após encerrar sua atuação como parteira, passou a trabalhar como lavadeira no hospital da cidade de Monte Alegre (PI). Nesse novo espaço, ocupando agora o lugar de observadora em um ambiente institucional, ela afirma que via as mulheres em trabalho de parto serem judiadas. Essas violências eram cometidas justamente por aqueles que deveriam zelar pelo atendimento dessas mulheres, e terem respeito e cuidado com mães e bebês em um momento profundamente sensível e potente como o parto.

> os partos hoje estão muito complicados, por que agora quando a mulher chega lá no hospital já é pra fazer o cesáreo, aí eu digo que os médicos não têm a paciência pra deixar a criança se prepara pra sair, quando era eu que ajudava no parto eu sabia quando ia ser um parto bom, graças a deus, eu peguei esses 68 meninos e nunca eu tive complicações em minhas mãos, as mulher confiava em mim pra pegar os meninos, mas aí me acabou as forças das minhas mãos. Olha minha filha, eu ajudei no parto da minha filha, foi eu quem peguei minha neta, lá no hospital eu peguei. Lá mesmo no hospital eu via as mulheres sendo judiadas. Eu só não conhecia as mulher, mas eu via, elas me chamava quando eu passava e dizia "vem pegar aqui meu menino" ai quando botava elas lá para aquele quarto ô meu deus do céu, aquele quarto meu deus do céu, as bichinhas gritavam, elas (as enfermeiras) subiam na cama e metia o joelho na barriga das

mulheres, eu ficava com dó das mulheres, gritando de dor e elas empurrando com toda força e maldade a barriga, as enfermeiras que botava o joelho na barriga das mulheres. Pois eu peguei esses meninos, desde o primeiro menino que eu peguei o povo dizia " Leninha mas tu tem coragem" aí eu dizia a coragem faz tudo, pois eu pegava, graças a deus as mulheres nunca teve nada nas minhas mãos quando eu pegava menino, mulher ficava aí sadia num tinha negócio de pegar ponto, eu trazia os menino normal mesmo, nunca peguei menino de pé, tudo vinha primeiro a cabeça, aí eu pegava aqui na nas mãos e se saísse sem chorar eu virava a cabeça dele pra baixo e batia no bumbum ou no solado dos pés aí chorava, e ficava bonzinho. Hoje eu vejo muita mulher sofrer nas mãos dos médicos pra ganhar, e no tempo que eu ajudava, ali no toque, eu já sabia que ia ser um parto bom, que a mulher tinha passagem, a gente sabe pelo tamanho da bacia da mulher se a passagem que tem dá pra passar o bebê. E hoje as mulheres são todas cortadas, esse corte era pra ser assim do lado e aqui não as mulher são cortadas descendo, aquilo não é bom pra elas, graças a deus as mulheres que eu ajudei no parto nunca tiveram ponto, no outro dia elas tava boa, andando e se sentando. E hoje minha filha as mulher sofre demais nos hospitais, é escutando e sofrendo tanta coisa pra poder parir, quando ganha menino passa num sei quantos dias, sofrendo mais, cheia de ponto, tem delas que os médico esquece coisa dentro e apodrece tudo, tem delas que passa num sei quanto tempo aí sangrando. Graças a deus essas sessenta e oito crianças que eu peguei, mulher nunca ficou fedendo, mulher nunca ficou doente, logo eu cuidava muito bem delas nunca agravei de jeito nenhum, minha filha no tempo que eu trabalhava no hospital eu via as bichinhas ser judiada, tinha vez que eu ouvia eles xingar, dizia que elas tava fazendo escândalo, outras vez dizia que na hora de fazer elas achava bom então ia ter que botar pra fora era calada, tinha vez que as enfermeiras nem lá no quarto ia pra ver como elas tavam, e eu pensava é se fosse vocês, vocês não ia querer esse tratamento, mas quando era a vez delas tu acha o que ?! elas corre pro plano de saúde, hospital bom que é pra fazer o partos pra não sentir dor, e lá no hospital as outras sofriam, eu passava lá na porta e elas me chamavam e diziam ei dona tá saindo uma coisa aqui olha aqui, quando eu ia vê era o menino, e as enfermeiras tudo deitada ai eu ia chamar elas e dizia que a mulher tava parindo, ai eu lá mais elas e tinha vez que elas paria bem lá em cima da cama, uma vez uma morreu bem lá, de hemorragia, disse que o sangue escorreu nesse quarto todo, ai eu tava no São Dimas e recebe o recado da outra mulher que tava no plantão, dizendo que não ia aguenta ficar lá não, ai eu fui, ô minha filha quando eu cheguei que entrei nesse quarto, tava tudo lavado de sangue, e a mulher era tão nova, mas tu me acredita que tinha tanto sangue as mulher tava pelejando pra limpar esse centro cirúrgico e o sangue correu pro rumo da sala que eu lavava roupa, ave maria meu pai do céu, iae ela morreu não resistiu e la de vez em quando morria uma mulher no parto, agora eu não sei,

> porque não trabalho mais lá e a gente aqui não tem notícia né, mas lá de vez em quando morria uma mulher no trabalho de parto. Ô minha filha eu fico muito feliz em ajudar você registrar essas histórias, é muito importante lembrar, que a gente faz um remédio de planta, faz uma reza quando é preciso, eu faço garrafada pra inflamação, se eu pessoa precisa de uma reza de arca-caída eu rezo e levanto, eu rezo nas crianças pra monde quebrante e tudo isso eu aprendi com as mulher mais velhas que tinha esse saber primeiro que eu e a gente sabe que elas aprenderam de outras e outras é um conhecimento que vai passando de uma pras outras.

O relato de Dona Helena nos atravessa de maneira profunda, revelando uma série de violências normalizadas no contexto hospitalar quando ela afirma *"lá mesmo no hospital eu via as mulheres sendo judiadas... elas gritavam de dor e elas (as enfermeiras) empurrando com toda força e maldade a barriga"*. O uso do termo *maldade* também nos alerta para a compreensão de que aquele gesto não era somente técnico, mas carregado de impiedade e violência.

A interlocutora contrapõe essa realidade com o cuidado que exercia nos partos em que auxiliava as mulheres. Ela ressalta que nenhuma das mulheres que ajudou precisou de ponto, não ficaram doentes, não tiveram complicações. Seu relato mostra uma confiança construída com as mulheres, baseada em afeto, respeito e conhecimento do corpo feminino quando ela relembra "*eu já sabia que ia ser um parto bom, que a mulher tinha passagem...".*

A crítica que ela faz ao corte (episiotomia) é compreendido por ela como realizado de forma genérica e maldosa o que reforça a noção de que o corpo da mulher é frequentemente desrespeitado nas instituições de saúde. A episiotomia, nesse caso, aparece como uma violência que interrompe o curso natural do parto e impõe sofrimento posterior, atrapalhando inclusive o resguardo da mulher.

Quando ela denuncia que no atendimento as mulheres eram deixadas gritando sozinhas, e os profissionais que prestavam assistência, repetiam "*Dizia que na hora de fazer achava bom então ia ter que botar pra fora era calada"*, ela lembra desse fato apontando para o controle dos corpos das mulheres através da dor, da vergonha e da culpabilização dessas vítimas.

Ao relembrar da morte de uma mulher por hemorragia ela conclui "*o sangue escorreu nesse quarto todo" é* mais que uma memória trágica. É a marca de um sistema

que falha, no atendimento oferecido as mulheres. Seu relato nos convoca a olhar para o passado não como algo ultrapassado, mas como fonte de resistência e em um futuro, onde as mulheres de comunidades camponesas recebam cuidados dignos e humanizados nos trabalhos de parto o que é infelizmente ainda uma visão utópica diante de tantos "cuidados" desumanos que lhes são oferecidos.

Por fim, ao concluir este tópico com as valiosas contribuições das interlocutoras, torna-se evidente o quão fundamental foi adotar o termo *judiação* como categoria de análise. Esse movimento nos permitiu acessar, de forma mais sensível e verdadeira, a compreensão que essas mulheres têm sobre a violência que sofrem durante o parto. Ao acolher o modo como elas próprias nomeiam e significam suas dores e sofrimentos, damos lugar à voz e ao entendimento delas sobre práticas que marcam seus corpos e suas histórias.

Esse gesto se configura também como um exercício de contra-colonialidade, ao invés de chegar às comunidades impondo conceitos acadêmicos ou categorias já utilizadas pela ciência ocidental como o próprio termo "violência obstétrica" buscamos escutar e valorizar os saberes da comunidade, os termos que fazem sentido no cotidiano das mulheres.

Se tivéssemos considerado somente o termo violência obstétrico, possivelmente suas histórias não teriam emergido com a força e a profundidade com que vieram ao se sentirem livres para narrar a partir de suas próprias palavras e vivências. O termo *judiação* abriu caminhos para que suas compreensões sobre sofrimento, dor e violência pudessem ser compartilhadas, reafirmando a importância de escutarmos com humildade e compromisso político aqueles saberes que por tanto tempo foram silenciados.

3.2 Memória do Trauma: Marcas no Corpo – Danos Físicos

Pensar a memória do trauma é fundamental para compreender que a violência obstétrica não é um evento isolado, mas um processo contínuo que adoece, silencia de

forma potencial as mulheres camponesas, que enfrentam não apenas a violência de gênero, mas também as violências territoriais e raciais.

A categoria Marcas no Corpo e a subcategoria Danos Físicos, emerge de relatos que expõem as consequências corporais concretas deixados pela violência obstétrica. Trata-se de cicatrizes que permanecem evidentes nos corpos das mulheres, dores que se prolongam no tempo e afetam não só a saúde física, mas também a autonomia reprodutiva e o próprio exercício da maternidade.

As mulheres narram procedimentos realizados sem o devido aviso ou consentimento, como episiotomias sem o uso de anestesia, manobras agressivas em suas barrigas, toques excessivos, que se configuram como abuso e revelam o excesso de intervenções desnecessárias práticas que muitas vezes desconsideram seus saberes, suas vontades e, sobretudo, seu direito ao livre –arbítrio sobre seus corpos.

Essas práticas apresentam consequências como lacerações, infecções, dores crônicas, dificuldades na amamentação. As marcas no corpo que serão discutidas aqui, que muitas vezes se espelham em gestações futuras ou impedem novas experiências de maternidade. No entanto, é fundamental compreender que tais danos não se configuram como casos isolados, mas como manifestações de uma estrutura histórica e social que nega a legitimidade dos saberes tradicionais e impõe uma forma de cuidado que rompe com os princípios ancestrais, comunitários e amorosos que sempre sustentaram os processos de gestar e parir nas comunidades rurais.

Nesse sentido, as marcas no corpo são também marcas da colonialidade não apenas do saber, mas do poder e do ser que afetam essas mulheres impondo o silenciamento, controle e a dor a essas vítimas da violência obstétrica. A medicina hegemônica, quando desvinculada do cuidado e da escuta, reproduz um modelo patriarcal, misógino e racista que continua tratando os corpos camponeses como corpos propícios à intervenção, à violência e à desumanização.

Acompanharemos, a seguir, o relato de Ada Borges. Ela se autodeclara uma mulher preta, tem 49 anos e é mãe de quatro filhos. Seu primeiro parto ocorreu aos 23 anos. Ada cursou o ensino fundamental e compartilhou conosco experiências que evidenciam não apenas os desafios enfrentados durante o parto, mas também as marcas deixadas pela violência obstétrica em seu corpo e em sua memória.

> Eu estava esperando o meu segundo filho, e em uma das consultas do pré-natal eu reclamei ao médico que estava com dores nas costas, e ele, disse que eu estava com essas dores por falta de sexo, levantou da cadeira que ele tava sentado e me agarrou por trás e tentou me beijar, eu acho que ele só fez isso comigo porque eu sou preta, aquilo foi horrível, eu não tive reação nenhuma, a não ser o medo, não tinha como denunciar, seria a minha palavra conta a dele, essa foi uma experiencia ruim demais para mim. Chegou a hora do parto, e o médico que me atendeu foi o mesmo do pré-natal, não sei se ele me reconheceu mas eu jamais me esqueceria dele e o que ele me fez, eu passei mais de 10 horas de sofrimento exames de toques dolorosos e insuportáveis eles colocavam a mão inteira dentro de mim, mesmo com o medicamento para induzir o parto eu não tinha passagem, o médico usou muita força para tentar empurrar o meu filho o médico se deitou em cima da minha barriga com toda força pra empurrar meu filho, ele empurrava a minha barriga com muita força, aquilo doía tanto que eu gritava de dor e cheguei a ouvir "*se você continuar chamando atenção o médico vai deixar você sofrendo aqui sozinha"*. Depois disso eles me levaram para uma salinha, e naquela salinha eles usaram o ferro para arrancar o meu filho de dentro de mim, o ferro que eles usam para arrancar o bebê agarra da garganta até a cabeça, o meu filho nasceu com uma laranja no rosto ficou preto em metade do rostinho dele e parte da cabeça, eles também falaram que era normal e que o meu filho não estava sofrendo, logo ia sarar, o meu bebê nasceu com 5 kg, no dia seguinte um pediatra passou e falou que se eu quisesse denunciar podia, porque meu filho estava daquele jeito porque o médico que fez meu parto usou o ferro pra puxar meu filho de dentro de mim. Eu tive que fazer transfusão de sangue por que tive hemorragia, estourou vasos sanguíneos nos meus olhos e eu fiquei com os olhos cheios de manchas roxas por dias, passei por muitas dores de cabeça também e fiquei quase sem caminhar por uns 15 dias, porque eles me rasgaram toda eu estava toda cortada.

Nesse primeiro trecho do relato da interlocutora, o que se sobressai de forma dolorosa de se ouvir são os danos físicos causados pelas práticas violentas durante o seu parto. A interlocutora, mulher negra descreve uma tentativa de abuso sexual por parte do médico responsável pelo seu pré-natal, seguida por um parto profundamente violento, conduzido pelo mesmo profissional, a ausência de reação diante do abuso, o medo de denunciar e o sentimento de impotência revelam como o corpo dessas mulheres estão meticulosamente desprotegidos nas instituições que deveriam garantir cuidado a elas. As dores que ela descreve não são apenas momentâneas, mas expressam um sofrimento corporal prolongado, que ultrapassa o tempo do parto e se estende nos dias, semanas e até anos depois.

As intervenções realizadas como o uso do fórceps, os toques invasivos e dolorosos, a força extrema em cima da sua barriga e também sobre o filho que se preparava para nascer, e os cortes feitos deixaram marcas profundas em seu corpo, ao contar que teve hemorragia, lacerações, dificuldades de andar, dores intensas e até a necessidade de transfusão de sangue. São essas marcas que revelam a gravidade da violência obstétrica sofrida, reafirmando o quanto o corpo feminino, sobretudo o corpo de mulheres negras, tem sido historicamente alvo de negligência e violação no contexto dos serviços de saúde.

A interlocutora relata que seu filho foi arrancado de dentro dela com uso do "ferro". Esse ferro, como ela o nomeia, trata-se do fórceps, equipamento cirúrgico utilizado para puxar o bebê pela cabeça em partos vaginais. A utilização do fórceps se configura como uma violência obstétrica, mostrando que em seu caso o procedimento foi realizado sem qualquer explicação, e em um cenário de violência e descaso.

Como ilustrado na imagem três, o fórceps possui duas hastes metálicas que envolvem a cabeça do bebê, e seu uso indevido pode provocar lesões graves tanto na criança quanto na mulher. Como a interlocutora afirmou seu filho nasceu com hematomas visíveis no rosto e na cabeça, e ela mesma sofreu consequências severas; hemorragia, necessidade de transfusão de sangue, rompimento de vasos sanguíneos nos olhos, dores de cabeça contínuas, lacerações graves e dificuldade de andar por semanas. São essas as memórias corporais do trauma, que permanecem para além do momento do parto, afetando sua saúde física a longo prazo.

Figura 3 - Imagem ilustrativa uso de Fórceps



Fonte: Autora 2025, imagem gerada com inteligência artificial Gemini 2025.

Dando continuidade à análise e a escuta sensível das experiências vividas apresentamos a seguir a segunda parte do relato de Ada. Nesse trecho, surgem com ainda mais força as múltiplas camadas de violência obstétrica que atravessam o seu último parto um momento em que a expectativa de autonomia e planejamento foram brutalmente rompidas por práticas institucionais marcadas pelo descaso, pela dor e pelo silenciamento.

> O último parto dessa vez no pré-natal eu pede ao médico uma cesariana juntamente de uma laqueadura, fiz todos os documentos com a autorização do meu marido e estava tudo ocorrendo como o planejado, então no dia 30 de dezembro por volta das 19h, vésperas do ano novo, eu tive pequenas perdas de liquido fui levada ao hospital chegando lá fui internada, apresentei o encaminhamento para a cesariana e a ata com a autorização para a laqueadura, mas todo o planejamento do médico do pré-natal foi desconsiderado, e, as horas de maior sofrimento da minha vida começaram eu fui submetida a diversos toques toda vez com um profissional diferente, eu gritava de dor, cheguei a evacuar em um dos exames de toque, então me deram o medicamento para induzir o parto e eu fiquei sozinha por muitas horas, ninguém do hospital passava pra me olhar quando eu gritava pedindo ajuda, ouvia alguém dizer que se eu fizesse mais escândalo eles iam demorar mais pra vim me ver, e foi o que aconteceu, eu já não tinha mais forças, me sentia morta por dentro, foi então que 07:00 da manhã teve a troca de plantão e a minha irmã que me acompanhava implorou que fizessem uma cesariana de emergência esse pedido foi atendido e graças a deus eles me levaram para o centro cirúrgico e foi feita a cesariana não deixaram eu ter acompanhante eu não conseguia cuidar do meu filho eu não conseguia levantar foi horrível aquele sentimento de abandono eu só me sentia triste e sozinha, e depois de uns cinco dias, os pontos infeccionou eu fiquei sem andar e com medo do corte abrir, eu sentia dor o tempo inteiro, e até hoje eu sinto uma dor no lugar onde eu fui furada pra aplicar anestesia e se der essa dor eu fico sem andar, me dar dor de cabeça é um sofrimento tudo isso, eu sei que de quatro partos eu me sentir ruim em todos, eu acho que eles poderiam tratar a gente com mais humanidade, como gente sabe, eu sentia que esses partos não foram normais eles foram anormais e a gente não deveria passar por isso, eu

> achei que eu vindo para a cidade grande meus partos iam ser melhor, mas não foi isso que aconteceu.

Na segunda parte de seu relato, a interlocutora revela que, no último parto, muitas das violências já vivenciadas anteriormente se repetiram, evidenciando o ciclo contínuo de abusos que são impostos a essas mulheres.

Os exames de toque, que ela descreve como sucessivos, cruéis e invasivos eram realizados cada vez por um profissional diferente, exemplificam práticas que embora claramente violentas, tornaram-se naturalizadas na dinâmica institucional do atendimento obstétrico. A recorrência dessas ações, muitas vezes silenciadas pelo discurso técnico da medicina, impede que essas práticas sejam reconhecidas como formas de violência por parte das próprias mulheres, o que reforça a lógica de apagamento de suas experiências.

Torna-se evidente nos relatos a internalização de uma ideia entre as mulheres de que o atendimento público à saúde representa um favor que esses profissionais oferecem as mulheres na assistência ao parto, e não como um direito de todas. Essa percepção produz uma aceitação forçada do sofrimento, e é como se violência fosse o preço a se pagar pelo acesso à assistência prestada nos serviços públicos de saúde. Há, portanto, uma desumanização estrutural que obriga essas mulheres a suportarem abusos em silêncio, reforçando a hierarquia de saberes e corpos no contexto da atenção obstétrica brasileira.

No trecho em que a interlocutora relata: "*ninguém do hospital passava pra me olhar quando eu gritava pedindo ajuda, ouvia alguém dizer que se eu fizesse mais escândalo eles iam demorar mais pra vim me ver, e foi o que aconteceu, eu já não tinha mais forças, me sentia morta por dentro*", no trecho emerge de forma brutal a sensação de abandono extremo vivido pela interlocutora. Quando a interlocutora expressa "**me sentia morta por dentro**". É como se essa cena pudesse ser lida como uma espécie de assassinato simbólico dentro do parto não da vida física, mas sim da dignidade, da integridade emocional e da esperança, a dor e o medo de morrer se misturam ao cansaço e o desalento, marca um momento de ruptura entre corpo e subjetividade. Ao rememorar esses acontecimentos, com a voz falhando e lágrimas nos olhos, a interlocutora afirma que relembrar aquele dia é profundamente doloroso para ela, por tudo que sofreu para dar à luz em um ambiente onde deveria ser acolhida. Após a entrevista, compartilhou ainda que, mesmo enfrentando diversos problemas de saúde e o risco de trombose, optou pelo

uso de anticoncepcionais, pois não conseguiu realizar a laqueadura enquanto esteve em idade reprodutiva. Para ela, assumir os riscos à saúde decorrentes do uso de anticoncepcionais era mais suportável do que correr o risco de reviver a experiência traumática e desumana de um novo parto. O medo, aqui, torna-se elemento de controle reprodutivo e emocional, revelando o impacto profundo e duradouro da violência obstétrica em sua vida.

Seguimos agora com a história de parto de Thayane Barros, ela se autodeclara uma mulher branca, possui ensino médio completo, é mãe de uma filha e hoje tem 19 anos de idade. A conversa com a interlocutora se deu por meio de envio de áudios por um aplicativo de mensagens. Já que ela não mora mais na comunidade.

> Tenho 19 anos e me chamo Thayane sou da comunidade Riacho dos Cavalos, Monte Alegre do PI. Mas atualmente moro em Goiás. E esse relato é de quando eu tive a minha primeira filha que hoje tem 1 ano e 1 mês, eu ganhei ela em Bom Jesus no Piauí, quando eu cheguei no hospital com uma hora mais ou menos que eu estava lá me encaminharam para a sala de parto, foi um parto cesariano, eles aplicaram a anestesia em mim me deitaram e não fizeram nenhum tipo de teste pra ver se a anestesia tinha realmente pegado em mim , quando passaram o bisturi em mim eu gritei e disse que eu estava sentindo o médico olhou para mim e falou que não, que era ilusão e era porque eu estava nervosa e eu estava sentindo, mas não, aí o anestesista tava lá olhou para mim e pediu pra mim levantar a perna; e eu levantei a perna e se a anestesia tivesse pegado eu não conseguiria levantar a perna ai nisso me levantaram novamente e aplicaram a anestesia e dessa vez pegou. Quando eu estava deitada eu reparei que em volta da lâmpada tinha algo como uma bandeja de prata, por mais que eles coloquem o pano na frente pra gente não ver eles cortando a gente, tendo contato com a gente paciente dava de ver pela bandeja que tinha em volta da lâmpada eu não vou saber falar bem o nome daquilo, e nisso depois que tiraram a bebê de mim eu vi quando o médico enfiou três dedos dentro de mim e falou assim para as duas enfermeiras que estavam perto dele [“ *Olha ai vocês não gostam e é bom que a paciente nem sente*”]. Nisso eu travei eu fiquei pensando meu deus o que eu faço por que não tinha como eu falar ali, o meu medo era de eu falar ali e sei lá eles me aplicarem alguma coisa e eu acabar morrendo ali, ai ele me colocaram em uma sala separada de todo mundo por alguns minutos, mais ou menos uma meia hora, depois me levaram para o quarto chegando no quarto eu contei para a minha mãe eu falei “ mãe aconteceu isso” e contei o que tinha acontecido, ai a minha mãe ainda falou assim será que não foi o efeito da anestesia aí eu falei, que não foi. Eu estava vendo tudo, eu não fiquei, é alucinada com o efeito da anestesia. Eu não levei adiante porque eu era só

> uma paciente anestesiada e ele era o médico um bom médico conhecido por todo mundo da cidade eu não pude fazer nada, não pude correr atrás por que o descaso é muito grande principalmente quando é com uma mulher e depois disso que eu já estava no quarto, o pediatra passou avaliando as crianças e deu alta para minha filha, a minha mãe até perguntou se estava tudo bem, e ele disse que ele era o médico e se ele tava dando alta era por que ela já podia ir pra casa, com quinze dias que eu já tinha recebido alta já estava em casa aconteceu um pequeno acidente com a bebê e tivemos que ir com ela novamente para Bom Jesus PI, fizeram um raio x viram que não tinha fraturado nada nela e voltamos para casa, chegando na comunidade recebemos uma mensagem para voltar com urgência para Bom Jesus, mas descobrimos em casa que a minha bebê tinha nascido com o anus fechado, mas o diagnostico que ela nasceu com anomalia no reto (atresia anal) mas só veio porquê tivemos que levar ela no hospital de novo, ela também foi diagnosticada com obstrução intestinal, e tinha uma fístula entre onde era pra ser o anus dela e a vagina entre os dois. Se eles tivessem visto de primeira ali na hora do parto ou com a avaliação do pediatra já era pra ela ter sido logo encaminhada com urgência para um hospital de base da criança em Teresina, mas não foi, eles não avaliaram a criança. Depois de um mês foi que eu consegui uma vaga para ela no hospital Lucídio Portela em Teresina, ai foi onde ela conseguiu operar e tudo mais, depois da cirurgia ela precisava fazer dilatação, era horrível pra mim ver ela ter que passar por tudo isso recém nascida, quando era dia de fazer a dilatação eu não podia amamentar a minha filhar até procedimento ser realizado e as vezes demorava muito, ela tem que fazer acompanhamento até os 4 anos de idade. Se logo após o parto se eles tivessem dado a atenção pra ela isso talvez até poderia ter sido resolvido com a abertura de uma fissura ali depois do parto mesmo e ela não teria que passar por tudo isso. E assim é um descaso muito grande na área da saúde não digo em todas as regiões, mas no Nordeste é demais principalmente na área onde eu moro (comunidade camponesa) que não é o primeiro caso e nem será o último porque ninguém leva adiante por medo porque vai saber que a culpa vai cair para a paciente vai falar "*ah ela tava anestesiada ela tava alucinando, nada disso aconteceu*". Infelizmente essa é a nossa realidade.

Relembrar os relatos das interlocutoras é sempre uma experiência dolorosa. Há emoção, reflexão e revolta diante das violências narradas e o relato da interlocutora carrega todas essas camadas. Sua fala é marcada pela dor, desespero e medo. A busca por essa escuta se deu por meio do conhecimento que tinha sobre a negligência enfrentada por sua filha recém-nascida, mas, ao compartilhar sua história, Thayane também revelou as agressões sofridas por ela mesma durante o parto.

Logo ao iniciar, seu relato já evidência a face brutal do atendimento desumanizado que atinge as mulheres do campo, mesmo diante da dor extrema durante o início da incisão para a cesariana, ela teve seu sofrimento desacreditado. E num momento de desespero e abandono, precisou provar sua lucidez para que a anestesia fosse corrigida uma demonstração óbvia de como o sofrimento das mulheres é sistematicamente ignorado. Em seguida, o relato revela uma violência sexual sofrida ainda dentro do centro cirúrgico, diante da qual a interlocutora se viu paralisada pelo medo como é possível observar quando ela afirma "*eu travei... o meu medo era de eu falar ali e sei lá, eles me aplicarem alguma coisa e eu acabar morrendo ali*". Sua afirmação escancara a dimensão do terror vivido naquele momento. Seu relato traduz o descaso histórico e estrutural imposto às mulheres camponesas, cujos corpos são sistematicamente violados e cujas vozes são desacreditadas.

Acerca do pensamento anterior Diniz *et al.* (2016) afirmam

> As formas de violência mencionadas por um lado, o abuso sexual, sua invisibilidade e impunidade, por outro, a realização não consentida de intervenções sobre os genitais no parto, para além de suas indicações clínicas e apenas com finalidades didáticas são faces do mesmo fenômeno. Refletem uma sociedade na qual persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia. (Diniz *et al.* 2016, p. 255).

Diante de relatos como o de Thayane, somos confrontadas com o que significa ser mulher e, sobretudo, ser uma mulher camponesa em um contexto social que insiste em esmagar, com crueldade, nossas existências. O corpo que gesta, pare e sofre não é acolhido, mas sim desacreditado, violado e silenciado. O que se pode fazer diante de tamanha barbaridade? Denunciar, sistematizar, dar nome e visibilidade a essas violências. É fazer um chamado à reflexão sobre como essas violências que transbordam o corpo da mulher e atingem, desde o nascimento, tornando seus filhos e filhas vítimas de um sistema que segue falhando, seletivamente, em proteger as vidas que mais precisam de cuidado.

Nesse caso, as marcas da violência obstétrica não se encerraram em seu próprio corpo. As consequências desse descaso ultrapassaram os limites da sala de parto e alcançaram também sua filha, ainda recém-nascida, exposta a uma rede de negligências lhe impuseram tamanho sofrimento desde os primeiros meses de vida. A seguir, aprofundo como essa violência estrutural se expressou no atendimento prestado à criança.

A negligência no atendimento à filha da interlocutora revela a desatenção com a assistência prestada com a vida que acaba de nascer. A bebê apresentava uma má formação visível, no entanto, por não ter sido examinada por um pediatra nem encaminhada aos cuidados especializados que sua condição exigia, o diagnóstico só aconteceu semanas depois, quando um acidente doméstico envolvendo a recém-nascida obrigou a família a retornar para hospital.

Essa falha grave no atendimento neonatal demonstra o quanto a vida das crianças nascidas em territórios camponeses é atravessada pela mesma lógica de desvalorização que recai sobre suas mães. O despreparo técnico e o descaso se somam à indiferença ética diante do sofrimento alheio. O sistema de saúde, que deveria zelar pela vida e pelo bem-estar, se mostra ausente e violento especialmente quando se trata dos casos apresentados até agora.

O ministério da saúde (2001) categoriza a violência institucional como:

> Violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Esta violência pode ser identificada de várias formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, falta de atenção e negligência (Brasil, Ministério da Saúde, 2001)

A trajetória da criança, é marcada por muitas internações, procedimentos dolorosos e uma longa espera por atendimento especializado, explicita como o classismo e a negligência institucional operam de forma cruel desde o nascimento. Em conversas posteriores à entrevista, a interlocutora compartilhou as dificuldades que enfrentou quando elas precisavam viajar, ao menos uma vez por mês, até a capital Teresina para garantir o acompanhamento de saúde da filha. Nenhuma ajuda de custo foi oferecida à família para cobrir as despesas dessas viagens ou outros gastos adicionais. Entre as lembranças mais dolorosas, ela relatou o sofrimento de ter que parar de amamentar a bebê às três horas da madrugada para que o procedimento médico só fosse realizado por volta das 14h.

É difícil imaginar o que significa, para uma mãe, ver sua filha recém-nascida enfrentar tamanho sofrimento ainda mais quando se tem a consciência de que tudo isso poderia ter sido evitado, caso os profissionais de saúde que a atenderam tivessem, desde o início, agido com o cuidado e a humanidade necessários. Diante desse cenário de descaso, Thayane tomou a difícil decisão de deixar a comunidade e se mudar para o estado de Goiás, em busca de atendimento específico para a sua filha que necessita de acompanhamento médico até os 4 anos de idade, devido ao problema que teve por falta de atendimento eficaz, visto tudo que as duas enfrentaram no Piauí, ela acreditou que em Goiás encontraria atendimento mais estruturado na rede pública de saúde.

O percurso de Thayane e de sua filha evidencia que a violência obstétrica não se limita ao momento do parto, ela se desdobra em contínuas violações que atravessam o corpo, a maternidade e o território.

No caso das mulheres camponesas, esse ciclo de sofrimento é agravado pelas distâncias geográficas, pela ausência de políticas públicas efetivas voltadas para as mulheres camponesas e pela desumanização que perpassa o acesso à saúde. A necessidade de migrar em busca de atendimento digno revela o quanto o Estado falha em garantir direitos básicos a essas famílias, aprofundando desigualdades históricas que se materializam nos corpos das mulheres e de suas crianças.

Ao afirmar que "*não é o primeiro caso e nem será o último*", ela denuncia o caráter estruturante dessa violência, que não se trata de um erro isolado, mas de uma engrenagem que naturaliza o sofrimento das mulheres por gerações, pois, esse sofrimento, a violência, está enraizado nessas vivências, pois na comunidade as gerações que passaram a ter partos hospitalizados acessam um lado doloroso do parto, à violência obstétrica.

É assumido por elas que todas as mulheres da comunidade vão passar por essa violência, pois já é naturalizado por elas os tratamentos desumanos encontrados nos "cuidados" oferecidos pelos profissionais de saúde, nenhuma alternativa para que a experiência do parto seja prazerosa, cuidadosa cercada por experiencias onde a mulher e o bebê no ventre sejam protagonistas no parto, por isso as mulheres ao se referir as experiencias vivenciadas no parto normal elas usam o termo "foi um parto **anormal**".

Os caminhos para um parto humanizado, um parto cercado de boas práticas do cuidado para com a mãe e com o bebê não são feridos para as mulheres que gestam e que parem na comunidade, como eram oferecidos pelas parteiras tradicionais àquelas

mulheres da comunidade que contavam com a assistência dos cuidados tradicionais antes da medicalização do parto como é encontrado nos dias atuais.

Dar visibilidade a essas histórias é, portanto, um ato político mais que necessário e mais do que romper o silêncio, é reafirmar a centralidade das vozes historicamente marginalizadas e desafiar as formas hegemônicas de produzir conhecimento, que frequentemente ignoram ou deslegitimam as experiências das mulheres do campo. Sistematizar esses relatos é construir uma memória coletiva de resistência, que denuncia as múltiplas camadas de violência, também afirma a potência dessas mulheres em existir, narrar e reivindicar seus direitos.

Apresentamos, a seguir, a história da interlocutora Simone. Ela se autodeclara uma mulher negra, tem formação em nível superior é mãe de um filho, Simone deu à luz aos 20 anos de idade, por meio de uma cesariana.

> A minha bolsa estourou no dia 08/ 03/2019 às 00h, mas eu só fui para o hospital às 05h da manhã, chegando lá eu fui avaliada por uma enfermeira, ela disse que eu tinha que aguardar o médico chegar, ai eu aguardei o Dr, chegar, ele chegou por volta das 08:30h da manhã, me avaliou, falou que eu tinha grande possibilidade de ser parto normal e que eu tinha que esperar por que a dilatação estava pouca para parto normal. Até aí tudo bem, o dia passou mas a partir das 15h ou 16h, as dores começaram a aumentar, ficaram muito forte, ai eu falava para o médico, que era pra fazer meu parto que seria normal ou que fosse cesárea, por que eu não estava mais aguentando ai ele falou "por que na hora de fazer eu aguentei e na hora de botar pra fora eu não ia aguentar"; e ele sempre fazendo o toque mas dizendo que a dilatação estava louca para fazer o parto normal, ai as dores foram aumentando, foi aumentando, eu pensava que não sumia e eu fazendo exercício e as contações sempre vindo, quando foi a noite arrochou, aí me levaram para a sala lá da enfermaria pra fazer o parto normal, aí me botaram na cama deitada e o médico e mais duas enfermeiras, aí as duas técnicas em enfermagem, aqui na minha barriga empurrando a barriga para baixo e o médico na minha frente tentando puxar o Lázaro, e aí puxava, puxava e dizia "eu peguei no cabelo, agora vem", e eu sentindo muita dor mas botava força e nada. "Sim, eu senti que fui violentada, pelo médico que fez o meu parto tanto por ele quanto pelas enfermeiras. Por exemplo na hora de fazer o toque né, pra saber com quantos centímetros de dilatação eu estava, eu senti e percebi que o médico estava enfiando o dedo na minha vagina com muita força e reclamando que minhas pernas não estavam abertas

direito, sendo que estavam né, então aquilo me machucou tanto que chegou a sangrar a minha vagina". "Eu já tinha ouvido falar de violência obstétrica através da minha amiga Vanessa Borges, em 2022". Perguntada se considera que foi vítima de violência obstétrica "Sim eu já fui quando eu tive o meu primeiro filho Lázaro Antônio, eu cheguei no hospital Dr. Afrísio Neto Lobão Castelo Branco, que fica localizado em Monte Alegre do Piauí, cheguei às 5h da manhã, passei o dia inteiro lá esperando né, mas sem dor, mas de vez em quando o médico fazia o toque pra ver se a dilatação tava boa pra fazer o parto, e ele sempre dizendo que não estava, ai quando foi às 19h né, eles me levaram pra uma sala disse que ia meu parto normal, eu fui ai dizendo que seria normal, me machucando bastante ele e as enfermeiras era um puxando e o outro abrindo mais minhas pernas até que o médico, que era um clinico geral percebeu que o lazaro estava enganchado no cordão umbilical, ele dizia "*eu peguei no cabelo do menino, força mãe, ele agora vai vim*", eu colocava toda força necessária mas ele não vinha, até que ele percebeu que o Lazaro estava enganchado no cordão, foi então que teve que ocorrer o parto cesárea de emergência, me tiraram dessa sala onde eu estava, me levaram para outra sala para as enfermeiras colocar uma sonda né, só que daí elas não conseguiram colocar a sonda e ai o médico percebeu que já era um caso de sofrimento fetal e me levou às pressas para a sala de cirurgia, lá a enfermeira me aplicou a anestesia geral pra fazer o parto cesariano, mulher, ela me disse que era pra mim ficar sem me mexer por que senão eu ia ficar sem andar a vida toda e ai quem ia cuidar do meu filho, ai eu me desesperei naquela hora ai ela aplicou a anestesia, me cortou fez o parto cesárea, graças a deus o Lazaro, nasceu vivo, mas ai o Lazaro nasceu logo que ele ficou bem quietinho, depois chorou muito e eu fiquei acamada na cama, ai de madrugada ele acordou chorando muito, chorando muito mesmo, mas era fome, como o parto foi cesárea eu não tinha leite o leite só veio aparecer depois de oito dias quando eu passei óleo de pequi nos meus seios e foi rapidinho eu comecei a ter leite, nos outros dias eu comprei o leite NAN e dei pra ele, ele se acalmou, ficou quietinho ai me liberaram pra ir pra casa, ai o Lazaro não passou nem polo pediatra nem por um especialista pra ver se estava tudo bem com a criança e ai por falta disso e por essa negligencia medica, meu filho hoje tem cinco anos de idade e não fala ainda, por que ele teve paralisia cerebral durante o parto, ou seja ele passou da hora de nascer e com essa hora de nascer como passou muito da hora, faltou oxigenação no cérebro dele o cérebro não oxigenou da forma como deveria. Hoje Lázaro é uma criança especial com muitas limitações onde tem acompanhamento com a fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, a neurologista e pediatra e outros vários profissionais por isso eu tive que ir embora da minha comunidade e deixar minha família pra ir morar perto de Barreiras BA pra ele poder ser atendido por todos esses profissionais. Hoje ele anda, começou a andar com 1 ano e 9 meses, porém ainda não

> conseguimos atingir a meta da fala. Tudo por causa da negligência médica que aconteceu. Por isso afirmo que fomos vítimas de negligência por parte da equipe que nos atendeu como a neurologista afirmou que esse processo se configura como negligência.

Acredito que cada uma dessas histórias de parto contadas pelas interlocutoras cause indignação e perplexidade diante do sofrimento imposto a essas mulheres. É triste e revoltante ouvir relatos tão desumanos. Dito isto, apesar do peso de escutar e de certa forma, sentir junto com elas essas dores, me sinto grata, pela confiança que depositaram ao permitirem que esta pesquisa fosse instrumento para que essas vozes chegassem ao debate aqui discutido, sob o olhar de alguém que nunca aceitou como normal o sofrimento imposto às mulheres da minha comunidade.

Compartilhando a infância, com a interlocutora as brincadeiras na escola, os momentos de fé nas rezas que sempre aconteciam na comunidade. Fomos colegas nas salas de aula. Ingressamos juntas no ensino superior e seguimos dividindo muitos espaços ao longo da vida. Quando Simone teve seu primeiro filho, nossa proximidade se manteve, logo que ela retornou à comunidade, a visita para dar as boas-vindas foi imediata. A alegria que ela tinha ao ter o filho nos braços era visível, mas a voz embargada e o olhar amedrontado revelavam os horrores que ela enfrentou para dar à luz.

No Brasil, desde 2005, a Lei n. 11.108, mais conhecida como Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde permitam a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005).

Como é possível observar nos relatos das interlocutoras o cumprimento dessa lei não é garantido à muitas mulheres em nossa sociedade principalmente as camponesas. Como concluem Rodrigues *et al.* (2017) o descumprimento da Lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante) se dá nas maternidades públicas, e o desconhecimento da mulher a respeito do seu direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante o parto e o nascimento. Além disso, é caracterizado que a privação do direito ao acompanhante também concretiza as desigualdades nas relações de poder dos profissionais de saúde de gestão. (Rodrigues, *et al.*2017, p. 8)

A violência obstétrica sofrida pela interlocutora, não deixou marcas apenas em seu corpo e sua memória. As consequências daquele parto atravessaram a vida de todos e se manifestaram no desenvolvimento e bem-estar do seu filho, que, desde os primeiros minutos de vida, estava destinado as consequências do descaso e da negligência sofrida em seu nascimento. O sofrimento enfrentado por ela durante o parto não foi apenas um episódio isolado, mas o início de uma trajetória marcada por limitações e desafios para toda a família.

Ao concluir sua história de parto a interlocutora, nos apresenta todos os profissionais que acompanham seu filho, hoje uma criança com deficiência permanente (PcD), no caso do seu filho o diagnóstico de paralisia cerebral, decorreu da falta de oxigenação no cérebro durante o parto, que comprometeu seu desenvolvimento motor e da fala, impactando diretamente sua autonomia e qualidade de vida. Essa condição não apenas evidencia as consequências da violência obstétrica e da negligência institucional, mas também revela como essas violências atravessam gerações e perpetuam desigualdades, sobretudo entre as famílias camponesas.

Em muitos dos casos em que a negligência e a desumanização se sobrepõem ao cuidado que deveria ser garantido às mães e seus filhos, os efeitos são graves e permanentes. Como aponta Bruna Rocha (2021), uma das complicações mais recorrentes é a paralisia cerebral, que compromete o desenvolvimento neurológico da criança, podendo causar limitações motoras, dificuldades de fala, convulsões diárias e outros problemas de saúde. Essas condições impactam não apenas a criança, mas toda a família, especialmente as mães, que passam a assumir, de forma permanente, o compromisso e a sobrecarga com a sobrevivência e o cuidado diário desses filhos e filhas.

Os relatos que emergem da comunidade me fazem questionar quantas mães e quantas crianças foram submetidas ao mesmo descaso e às mesmas negligências que marcaram a trajetória dela e de seu filho. O caso de Simone não é isolado pelo contrário, ele se insere em um cenário estrutural de violação do direito à saúde, em especial para as populações camponesas.

Na comunidade, há dois outros casos conhecidos de pessoas que vivem com paralisia cerebral e cujas histórias ilustram, de forma dolorosa, as consequências concretas das desigualdades no acesso a cuidados de saúde qualificados. Essas pessoas,

hoje, adultas e com idades próximas à minha, não receberam na infância o acompanhamento necessário por parte do sistema de saúde. Como resultado, sofrem com crises convulsivas recorrentes e limitações severas, não falam, não andam e não realizam qualquer atividade de forma autônoma, sendo integralmente dependentes do cuidado de outras pessoas.

Embora não tenha sido realizada uma entrevista diretamente as mães dessas duas pessoas, é impossível silenciar diante desses casos. Eles materializam o impacto de um sistema de saúde que, historicamente, negligência corpos que constrói o território camponês.

Essas não são apenas falhas pontuais no atendimento, mas a perpetuação de um modelo de saúde que desconsidera as especificidades das populações camponesas e que, frequentemente, nega os saberes tradicionais dessas mulheres sobre o corpo, o parto e os cuidados. Essa negação não ocorre de forma aleatória, mas se insere em um processo histórico maior, marcado pela colonialidade do saber e do poder, que inferioriza os modos de vida rurais e camponeses e naturaliza a precariedade das políticas públicas nesses territórios.

Com tudo, ao trazer o relato de Simone e evidenciar outros casos da comunidade de pessoas que vivem com paralisia cerebral, o que está sendo exposto aqui é o resultado direto de um contexto estrutural de violência obstétrica, de apagamento dos saberes dessas mulheres e de negação de direitos. Um cenário que precisa ser enfrentado com políticas públicas comprometidas com o reconhecimento dos saberes das mulheres camponesas e com a superação histórica das injustiças que recaem sobre seus corpos e territórios.

Daremos agora início à narrativa do parto de Dona Mildes, a interlocutora se autodeclarara como uma mulher negra, de 76 anos, possui o ensino básico. Dona Mildes é mãe de seis filhos, sendo que cinco deles nasceram em casa, sob os cuidados de uma parteira tradicional; seu filho caçula, no entanto, nasceu por meio de parto cirúrgico realizado em Brasília, fato que expõe as mudanças nas trajetórias reprodutivas das mulheres camponesas a partir das desigualdades territoriais no acesso ao cuidado.

> Agora vou lhe dizer que depois do parto da mocinha só num morri porque deus não quis que eu morresse, porque cada

gravidez é diferente uma da outra, mãe sempre dizia que a vida de uma mulher na hora do parto é da mesma finura de uma pele de ovo quando ele é cozinhado. Ai de mocinha eu fui pra conceição pra casa de mãe ai nesse Edite não foi, ela mandou pra nego (seu esposo) me nos morava numa fazenda lá pro lado do Félix, ai ela disse nego que era pra me trazer bem para aqui pro o riacho, que era pra ela fazer meu parto, ai ele não me trouxe, fez foi me levar para a conceição na casa de mãe, quando chegou lá, quem fez o meu parto foi uma mulher que já tinha sido boa parteira mais nesse tempo ela tava quase cega, e eu passando mal, ai ganhei a menina com muito trabalho, ai eu fiquei sem terminar o parto, e o povo fazendo remédio e nada ai a senhora disse assim eu lembro como se fosse hoje, tinha um torno por cima da cama, ai ela mandou o povo me levantar, quando me levantaram, já tinham cortado o umbigo da menina e estavam segurando a ponta que tinha ficado pra fora, ai quando me levantaram que eu levei a mão pra pegar lá no torno eu desmaiei e a ponta que tinha ficado pra fora voltou para dentro de mim, subiu e escondeu lá dentro, mas na hora ninguém viu e acharam que eu tinha terminado o parto, ai eu fui só sofrer, a placenta apodreceu dentro de mim. eu não comia, ai foi que eu emagreci nesse tempo, eu não aguentava nem andar e não tinha parto, quando vinha era aquele trisco de coisa preto, preto, preto que só carvão, quando eu tinha vontade de fazer xixi eu gritava de dor, mas as mulher faziam tanto remédio caseiro pra mim, mãe ia atras dela uma raizeira pra fazer tudo, ai ela pediu mãe pra me tirar pro hospital o mais rápido possível, ainda naquela noite, que ela não entendia mais não, os remédios caseiros já não dava mais jeito, ali agora era coisa de médico, ai o povo ai dormiram, tinha hora que eu ficava desacordada ai mãe achava que eu tava me acabando, ai eu não dava o peito a menina por que eu não tinha leite. ai dormiram, quando foi de madrugada me botaram numa rede uma tropa de homem e me levaram para o contrato na estrada de terra por dentro, pra ir pro contrato pra pegar o carro lá para ir para o Bom Jesus, ai quando nós chegamos na casa de Carim, foi junto com Lulu ele tava carregando um material para Mundico fazer uma casa lá na fazenda dele. Aí ele disse vocês com essa mulher na rede deixa eu ir esvaziar o carro ai eu vou levar ela lá para o contrato, aí me colocaram pra esperar ele na casa de maria de carim, ai ela fez um chá de erva pra mim aí eu querendo fazer xixi gritando de dor e não fazia, aí foi mãe, foi meu padrinho duca e nego pro Bom Jesus, ai lulu me pegou e os homens voltaram né, aí quando chegou no contrato pegou outro carro pequeno e mandou ir para o Bom Jesus, mandou nos ir, ele ligou para um médico de lá pra ele me atender, ai ele quando chegamos lá esse médico tomou de conta deu, ai minha irmã nem me

aplicaram anestesia nem nada, pra fazer a curetagem neu, limpa tudo, oh menina aí foi hora de sofrimento, eu gritava de dor, ai quando acabou me botaram lá num quarto e fecharam a porta desse quarto, ai mãe disse que conversou lá mais o médico e ele conversando lá mais ela, ai disse que ela disse assim " *doutor e como é que ela tá? Ela tá fora de perigo?*" Aí disse que ele disse que não dava garantia, por que a infecção que ia sair de mim ele não sabia se iria resistir, aí disse que mãe começou chorar, mas ele disse pra esperar e ver o que ia dar. E eu lá dentro desse quarto com a porta fechada, quando o sangue foi esfriando aí foi que veio o sofrimento, eu gritei lá dentro desse quarto, eu fiquei variada, lá dentro desse quarto sozinha, uma febre tão grande mas tão grande que eu pulava na cama, e gritando, gritando; ai uma mulher bateu na porta e abriu ai ela disse " *oh mulher eu vi a hora que entraram com você foi por isso que eu abri a porta aqui, porque eu escutei seus gritos e abri a porta aqui imaginando o que que tinha acontecido*" ai eu disse chama minha mãe, eu variada dizendo isso, ela é essa que tá conversando bem aí fora é ela, chama ela, e ela caçava mãe e nada, mãe já tinha saído, todo mundo, eles só vinham na hora da visita no outro dia. Mas gente você me acredita, que uma febre tão grande daquela, um frio, que zuava assim no meu ouvido, assim aquele negócio na minha cabeça, aí quando mãe chegou mais nego e meu padrinho no outro dia, na hora de visita, e eu ainda passando mal, e nenhuma enfermeira foi me olhar enquanto eu passava mal, a mulher que me ajudou ia lá chamar elas e elas não vinham me ver de jeito nenhum, ai mãe falou para as enfermeiras que ia ficar mais eu, não ia mais aceitar que eu ficasse sozinha daquele jeito, ai ela disse assim *" eu vou ficar aqui com minha filha por que senão vocês vão deixar ela morrer aqui sozinha, sem pedir um médico pra vim aqui olhar ela"* aí mãe ficou mais eu, mas as enfermeiras não queriam aceitar não, e ela disse eu vou ficar, certo de que, que eu passei foi dias lá, passei foi tempo doente. Aí eu tive mais dois partos normal esses foi tranquilo e rápido que não deu nem tempo de Edite chegar quem pegou a menina foi minha sogra, já o outro parto do Romualdo, tava otta e minha sogra lá mais eu quando a parteira Edite chegou eu tava nas dor mais forte e sem ganhar porque o menino tava atravessado a cabeça dele tava virada, tava aqui no meu quarto ai ela chegou, e com a maior sabedoria só fez agasalhar o menino e ele nasceu rapidinho, ela era igual uma doutora, tinha muita sabedoria, ela sempre cuidava muito bem de mim também. Ai teve o meu último parto, do edson, foi do jeito que foi eu quase morro, eu fui pra Brasília, eu passei nove meses em Brasília, quando me levaram para o hospital eu tava passando mal, assim eu não tinha dor, mas eu tava toda roxa, meu corpo todo manchado,

> com aquelas manchas roxas, sem dor, eu tinha feito o pré-natal, mas não sabia que o parto ia ser cessaria, ai quando me internaram lá, o médico vinha, e olhava o menino e pediu pra levar urgente lá para fazer o cesáreo porque eu não tinha condição de ganhar normal, não ai quando chegou lá ele disse, eu lembro de mais era um monte de médico ao redor deu pra fazer o parto, ai ele disse eu não era pra ter parido normal, ai eles me sentaram pra aplicar a anestesia ai a primeira não pegou ai tornaram aplicar a outra ai foi logo tiraram o menino ligeiro, o menino não chorou nem nada, e eu só vomitando, amarrada, eles colocaram assim aquela cintona neu e eu só vomitando, ai no outro dia outro médico que vinha consultar os pacientes me falou que eu tava ligada, ele viu lá no meu prontuário, lá na hora do parto eu tava apagada e não vi nada, aí ele leu lá no meu prontuário e disse que o médico tinha feito a ligação em mim e eu não ia mais parir . Nesse tempo a mulher só ligava nesse tempo com trinta anos ou se o marido desse a ordem eu não tinha nenhum dos dois mais fui ligada.

Gostaria de trazer aqui a história de minha mãe; mulher, preta e camponesa, ela é símbolo de força, resistência e dedicação a família, ela enfrentou em sua vida passou por muitas dificuldades, mas sempre manteve sua esperança de que, dias melhores chegariam. Enfim sua força e carinho moldam os caminhos que trilho nesse existir.

Na última história de parto desse tópico vemos o sofrimento da interlocutora ao ter complicações após um de seus partos, ela afirma que o parto, auxiliado por uma parteira tradicional, estava ocorrendo bem, até que em uma manobra malsucedida a placenta acabou voltando para dentro dela, e com isso uma infecção se intensificou em seu organismo, deixando-a em um estado grave de saúde, obrigando sua família a organizar um verdadeiro mutirão para levar a interlocutora da comunidade onde sua mãe morava e onde ela teve seu parto até um povoado por onde passa a BR 135, que leva a cidade de Bom Jesus, local onde tinha hospital naquela época, em seu relato ela expõe todo o percurso e ocorrências até o Hospital.

Sobre o procedimento de curetagem que ela foi submetida sem o uso de anestesia, considero que seria importante trazer autores para embasar o debate de que essa é uma prática das mais invasivas adotada pelo sistema de saúde, mas como não foram encontradas referências para o diálogo aqui exposto, acredito que somente a voz da interlocutora é capaz de ecoar verdadeiramente todo o sofrimento imposto a ela ao compartilhar conosco seu depoimento e afirmar que essa é uma prática desumana, cruel

e insensível para com as mulheres, tendo elas que ficarem assim como a interlocutora na posição ginecológica enquanto um homem na posição de médico, raspa o interior do seu útero com equipamentos cirúrgicos e sem o uso de anestesia. Concordamos que que essas alegações se sustentam por completo na configuração da violência obstétrica e atentado aos direitos humanos.

Ao compartilhar a história de quando pariu o seu último filho a interlocutora revela que passou por uma cesariana mas também por uma laqueadura sem sua permissão, ela se quer foi notificada pelo profissional que a atendia, ela só soube que foi submetida a uma esterilização, no dia seguinte quando outro profissional que realizava as avaliações dos pacientes informou que ela não poderia ter mais filhos pois havia passado por uma laqueadura, isso revela uma vez a face desumana dos atendimentos prestados a essas vítimas a interlocutora passou por uma esterilização forçada pode-se assim dizer.

Por fim quando a interlocutora relembra dos cuidados da parteira tradicional que sempre prestava assistência aos seus partos quando ela estava na comunidade Riacho dos Cavalos e afirma " *quando a parteira Edite chegou eu tava nas dor mais forte e sem ganhar porque o menino tava atravessado a cabeça dele tava virada, tava aqui no meu quarto ai ela chegou, e com a maior sabedoria só fez agasalhar o menino e ele nasceu rapidinho, ela era igual uma doutora, tinha muita sabedoria, ela sempre cuidava muito bem de mim também"* sua fala deixa evidente em seu relato que a parteira nunca cobrou pelos partos que ela assistia na comunidade, a parteira sempre respondia aos chamados das mulheres em trabalho de parto e se colocava a disposição para exercer o cuidado com humanidade e respeito para com as mulheres e os recém nascidos.

Nisso um pensamento ocorreu ao olhar para o último pensamento que a interlocutora apresentou, ela trouxe um ponto chave, a parteira tradicional que prestava assistências as mulheres camponesas nunca cobrou por essa assistência.

Hoje um movimento pelo parto humanizado vem tomando forma, mas uma das características que pode garantir esse cuidado humanizado, é o acompanhamento de uma doula, profissional certificada, que acompanha desde o processo gestacional até o parto e pós-parto reconhecemos a importância dessas profissionais nesse processo, mas uma mulher camponesa poderia pagar os valores aquisitivos para ter seu parto acompanhando por uma dessas profissionais? Essa é uma questão a se pensar, as parteiras tradicionais

disponibilizavam os mesmos cuidados as mulheres camponesas com base no respeito, humanidade, carinho e compreensão, mas não disponham da formação e certificação que garantiriam a permanência de seus cuidados tradicionais, com isso seus conhecimentos foram desconsiderados.

Concluímos ao longo dos relatos discutidos aqui, a presença da potência dessas mulheres ao compartilharem conosco suas histórias, que apresentam sofrimento extremo nas suas histórias de parto, o que reforça que a violência obstétrica, quando naturalizada, age como um dispositivo de controle e silenciamento dos corpos femininos, sobretudo os corpos das mulheres camponesas. Ao compartilharem suas histórias as interlocutoras dão voz a uma dor que o sistema de saúde insiste em silenciar, cujas marcas permanecem ao longo do tempo.

3.3 Memória do Trauma: Marcas na Alma – Danos Psicológicos e Emocionais

A subcategoria “Marcas na Alma -Danos Psicológicos e Emocionais”. Deixa em evidência que as marcas no corpo são aquelas visíveis, materializadas em cicatrizes e sequelas sofridas pelas interlocutoras, as marcas na alma representam feridas invisíveis, porém profundamente sentidas e vivenciadas por elas. Esta subcategoria acolhe os relatos que traduzem, o trauma emocional produzidos pela experiência da violência obstétrica.

Sofrimento, humilhação, tristeza, medo, surgem com força nas falas das interlocutoras. Algumas expressam dificuldade em relembrar e narrar os horrores sofridos em suas experiências de parto, há também aquelas que desenvolvem medo de futuras gestações. As histórias do parto que compõem esse tópico, estão apresentadas como nos tópicos anteriores, mas com menos densidade.

A história de parto a seguir é contada por Elivânia Alencar, ela se autodeclara uma mulher Branca. Possui ensino fundamental completo. É mãe de três filhos, teve o seu primeiro filho aos 16 anos. Todos os partos foram normais. Daremos início a sua história a seguir

> No meu segundo parto eu sentir dor pra ganhar a neném e fui para o Hospital às 00h, e minha filha nasceu às 03h da manhã, e não nasceu a placenta, eu fiquei numa posição de ter a nenê com uma

> tesoura prendendo a ponta da placenta, até 06h da manhã, e eu senti muito frio, passei mal, só tinha duas enfermeiras não tinha médico, e tinha que ligar pra alguém vir tirar essa placenta, lá no hospital, o telefone era num quarto trancado, tiveram que ir atrás de alguém pra ir destrancar para poderem ligar para uma mulher, ai umas 06h chegou outra enfermeira me tirou da posição que eu estava e me colocou pra agachar, e a placenta nasceu, aí depois eu fiquei normal. (nesse momento ela se emocionou e pediu um tempo). Retornamos com ela fazendo a seguinte afirmação: Quando eu fiquei na posição esperando o parto da placenta, eu não vi minha filha, não pude amamentar ela, só depois do parto da placenta eu pude ver ela.

Podemos perceber que nesse relato um texto mais curto de fato, o que não diminui as evidências que comprovam a violência sofrida. Imaginemos, a interlocutora teve sua filha às 03h da manhã, ela permaneceu em posição litotômica, até às 06h da manhã, despida, com frio e com uma tesoura amarrada na ponta do cordão umbilical impedindo que ele voltasse para dentro dela, essa informação ela mencionou tempos depois da conversa que tivemos na pesquisa de campo.

Ela não pôde ter contato com a filha recém-nascida após o nascimento, não houve contato pele a pele logo após o nascimento o que já é comum naturalizado nas vivências das mulheres, ela não pôde amamentar sua filha. Ao se emocionar e pedir um tempo durante a entrevista, ao reviver tudo o que sofreu naquele parto revelam de forma incisiva as marcas na alma deixadas por aquela experiência traumática, quando na verdade tudo poderia ter sido evitado, se as enfermeiras que prestavam assistência ao parto tivessem lhe dado a devida atenção, oferecido cuidado, carinho e respeito a dignidade humana da interlocutora, mas não, diante da imposição e desumanização ela permaneceu ali, exposta, sofrendo, com frio e sozinha vivendo o descaso escancarado que infelizmente ainda é parte do cotidiano dessas mulheres.

A relato a seguir é contado por Elieide Barros. Ela é mãe de dois filhos. Os dois de parto normal. Ela se autodeclara uma mulher Parda. Possui ensino médio completo. Teve sua primeira filha aos 17 anos e o segundo com 22. A interlocutora iniciou sua fala dizendo:

> Tive dois filhos, os dois normais, nos dois eu tive o corte (episiotomia) eu acho que era necessário ter anestesia não?! Tú acha que eles aplicam anestesia, eles aproveitam na hora da dor e

> cortam a gente os médicos diz que nossa dor já é uma anestesia, mas não tem anestesia não, aí quem dera se tivesse, só que eu mesma morri de dor, sofri demais por isso que eu não quero ter mais filhos, tomo remédio de evitar tem 15 anos, nem sempre a gente do campo é bem atendida quando vai parir, nos conhece é muita mulher que sofre judiação demais quando vai parir, já teve mulher que foi cortada na cesariana ainda sentindo dor eu acredito que era a anestesia que tava errada porque só daqui do riacho foi duas mulher no mesmo tempo que foi cortada na cesariana sem anestesia, imagina o desespero dessas mulher gritando de dor e os médicos rasgando a carne delas elas sentindo tudo... deus me livre o sofrimento meu deus do céu num gosto nem de imaginar uma coisa dessa. Tem outras que sofrem muito com os dos toques, principalmente quando são tiradas para outra cidade, porque todo hospital que para eles fazem o toque e assim elas sofrem muito.

O relato da interlocutora, assim como o anterior é composto por um pequeno texto, mas carregado de relevações das violências sofridas por ela. Ela afirma que nos dois partos ela passou pelo corte no períneo a episiotomia, sem o uso da anestesia, essas violências e traumas vividos pela interlocutora, revela os reais motivos por trás da sua escolha de tomar anticoncepcional por 15 anos seguido, o medo de passar novamente pelos horrores impostos no momento do parto.

Com todos os dados apontados até aqui, podemos afirmar que as intervenções para acelerar o trabalho de parto, causa danos as mulheres e recém-nascidos, muitos deles inseparáveis podemos dizer, comprometem a saúde física e emocional das mulheres. Ocasionado em todos os obstáculos que lhes são impostos para o exercício pleno da maternidade dessas mulheres, elas são levadas ao extremo de suas capacidades, físicas e emocionais para conseguirem parir, sendo que elas no processo do parto não são protagonistas no momento de darem à luz.

Essas posições de poder e protagonismo passam a ser de terceiros, como por exemplo, “o ponto do marido” onde o profissional de saúde ao realizar a episiotomia no períneo das mulheres e na hora de costurar diminuem a abertura do canal vaginal da vítima, e usam descaradamente a justificativa que a realização desse procedimento é somente para dar mais prazer ao parceiro durante o ato sexual.

A autora Rohde (2016), apresenta um diálogo pertinente no que se refere o assunto discutido acima.

> O 'ponto do marido' não é necessariamente uma intervenção. Trata-se de fazer um ponto "extra" durante a sutura do períneo, após a episiotomia, com o intuito de deixar a vagina mais fechada ou mais apertada. Este ato não pode sequer ser chamado de 'procedimento', pois não é instituído como prática médica e é, na verdade, um ato 'à parte', como se fosse fruto da 'bondade' de algum profissional, que se dispõe a 'ajudar' a mulher e o casal, fazendo com que a vagina fique mais apertada, com a alegação de oferecer mais prazer ao parceiro sexual, daí o nome 'ponto do marido'. O 'ponto do marido' é uma manifestação da objetificação do corpo feminino, na qual a(o) profissional ajuda a restabelecer a condição virginal à mulher, para satisfazer o homem (Rodhe, 2016, p. 55).

Assim mais uma vez as ênfases das marcas na alma, se revelam naturalmente nos relatos trazidos até aqui. Para finalizar este tópico apresentaremos a seguir o relato de Erisleide Barros, mulher que se autodeclara como parda, é alfabetizada, ela é mãe de cinco filhos, tendo seu primeiro filho aos 16 anos de idade, todos os partos foram de parto normal. A interlocutora iniciou seu relato contando como foi o parto de sua filha mais nova, em seguida ela rememora os partos dos primeiros filhos.

> Antes de ganhar Glenda mesmo as enfermeiras subiram em minha barriga, dizendo que tavam tentando agasalhar a menina, que a gente passa dias com tudo dolorido. Elas apertam mesmo, dizendo elas que ali é tentando agasalhar o bebê dentro pra nascer rápido, aí eu já num sei né. Mas tem, tem umas que faz é botar o joelho pra empurrar com força, pergunta tia que ela te conta tudo de como com ela quando ela foi ganhar menino. E tem médico que não liga não pra atender se a mulher for "escandalosa". Quando eu a ganhei eu tava sozinha, sozinha não, tava mais outra mulher no quarto que também ia ganhar, porque lá eles não deixam a gente ter acompanhante, a gente fica lá sozinha sem um parente, eles só deixam entrar na hora da visita, aí essa mulher que tava lá parindo também chamou a enfermeira, mas quando ela chegou à menina já tinha nascido. Na cama mesmo ali normal. Me cortaram em todos os partos, só não dela porque eu tava sozinha na hora do parto, mas outros todos eu tive o corte, lá quando eles levam a gente pra sala de parto já corta logo pro menino sair mais rápido, deus me livre ô, **e em nenhum teve anestesia, nem para cortar nem pra costurar, foi na bruta mesmo,** depois a gente passa é dias sem conseguir andar direito, eu sofri demais, num gosto nem de lembrar, toda vez que eu engravidava me dava uma coisa ruim só de lembrar o sofrimento e humilhação que a gente passa pra parir aqui nesse Monte Alegre, eu tinha vontade de ligar mas sempre tive muito medo de morrer, mas o medo que eu tinha é pra parir era quase igual, aí eu sempre tomei remédio de evitar, e mesmo assim engravidava, eu acho que

> o remédio fez foi me dar esse problema nas pernas essas veias tudo estourada, e eu sofro demais com isso, mas rezo para não engravidar mais e sofrer assim. Depois dos partos e cheia de corte que eles fazia neu eu sempre usava remédio caseiro mesmo, sumo de mastruz, com folha algodão e só, era os remédios que a gente tinha de primeiro. Toda vez que eu engravidava eu não fazia barrigona não, de tudim quando eu chegava no hospital eles diziam *"essa aqui pode ir para casa por que não vai ganhar agora*", que não sei o que, "*ela não está no tempo de ganhar nem barriga ela tem*". Aí eu ficava sofrendo, tinha vez que eu ficava sofrendo de manhã até de noite, outras vez eu ficava até no outro dia, era assim. Porque eles não acreditavam que eu tava ganhando, porque a barriga era muito pequena aí nem ligavam, de tudim eu sofri demais pra ganhar, ficava lá mesmo no hospital porque pra voltar pra casa era ruim demais não tinha carro toda hora não como é hoje em dia, era tudo difícil. De Glenda mesmo eu fiquei o dia todo no hospital, andando, **aí quando eles viram mesmo que eu tava sentindo dor de verdade, aí me aplicaram uma injeçãozona, eu só ganhava com aquelas injeções lá eles aplicam na veia que é pra gente ter mais dor,** aí depois que eles aplicaram eu ia só vomitar até ganhar, tudim eu só ganhava vomitando, de nenhum eu já fui chegando lá pra ganhar logo, tudinho demorou muito. (grifos nossos)

Finalizando esse tópico com mais um relato surpreendentemente repleto de intervenções e práticas impostas a interlocutora que se configuram como violência obstétrica.

Mais uma vez, reaparece no relato, procedimentos como a episiotomia sem o uso de anestesia, o que relava o grande trauma vivido pela interlocutora, ela relembra também o abandono imposto a ela, quando sozinha teve sua última filha, relevando um ponto que cabe aqui ser destacado, ela afirma que só não sofreu interversões traumáticas nesse parto por que deu a luz sozinha, ela não teve uma equipe ali para auxiliá-la no parto ou seja está mais que confirmado que mesmo sendo deixada sozinha para dar à luz foi o melhor para ela naquele momento, pois ela não foi submetida a nenhuma intervenção traumática, desumana e dolorosa, vemos nesse trecho uma grande revelação.

Mas, ela relata que nos outros partos que ela teve, os profissionais sempre lhe aplicavam a "injerçãozona". Quando ela usa esse termo para se refere ao uso da ocitocina sintética que é aplicando nas mulheres junto com o soro para acelerar o trabalho de parto, sobre a ocitocina sintética Bruna Rocha (2021) afirma:

> A ocitocina sintética foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 50, e é usada até hoje para induzir partos. Ela é aplicada na veia, com soro, para estimular as contrações uterinas, em casos específicos essa mecanização do natural interrompe a ligação habitual entre a mãe e o feto, visto que nem sempre a ocitocina é indicada em um trabalho de parto que segue seu percurso normal. Todavia, para a lógica de hospitais superlotados, em que há várias mulheres na fila de espera, em trabalho de parto, não há tempo a perder (Rocha, 2021, p.57).

Com tudo finalizamos esse tópico com relatos que evidenciam as marcas na alma deixadas por atendimento e procedimentos invasivos que se configuram como violência , os danos emocionais atravessam as vivências dessas mulheres, como consequências dessas marcas, as interlocutoras têm medo de passar pelas mesmas violências e por isso optaram por não serem mães novamente, nesses relatos felizmente, essas intervenções não deixaram nenhum dano físico nas crianças recém nascidas mas de todo modo em sua chegada ao mundo seus caminhos foram marcados pela violência e desumanização dos cuidados oferecidos as mulheres camponesas.

Para tanto escutar esses relatos é um ato político de denúncia e de valorização das vozes que historicamente são silenciadas, aponta para a urgência de se construir diálogos que reconheçam e respeitem os saberes tradicionais e o direito das mulheres camponesas a parirem com dignidade. Para finalizar o capítulo gostaria de atender o pedido de algumas das interlocutoras que compartilharam suas histórias e que gostariam que fotos suas fossem compartilhadas aqui, como forma de dar seus rostos aos relatos, na imagem abaixo aparece, Helena Delmones, Mildes Borges, Simone do Lago e o seu filho, Erisleide Barros, Elieide Barros, Gessy Barros e Minelva Bispo.

Figura 4 - Sete das onze interlocutoras desta pesquisa



Fonte: acervo pessoal da autora 2025.

Capítulo 4 – Saber Camponês: Práticas Tradicionais de Cuidado no Parto

No quarto e último capítulo dessa pesquisa, apresentaremos as principais práticas tradicionais guardadas e realizadas pelas mulheres da comunidade nos cuidados, principalmente do pós-parto e aos recém-nascidos, mas que se estendem aos cuidados do corpo e espírito como um todo, com o uso de plantas medicinais para os cuidados com a saúde e rezas e benzimentos para a proteção espiritual.

Essas práticas emergiram dos relatos e das lembranças das mulheres. Transmitidas de geração em geração, elas refletem os cuidados que as mães tinham com suas filhas e que, por sua vez, foram repassados.

4.1 Territorialidades e memória na comunidade Riacho dos Cavalos.

Na apresentação das práticas tradicionais presentes na comunidade Riacho dos Cavalos, ficou evidente que o uso de plantas medicinais segue sendo um saber cultivado pelas mulheres, especialmente nos cuidados relacionados ao pós-parto. Foi possível perceber que as mulheres da comunidade mantêm viva a transmissão de conhecimentos sobre o preparo de chás, o uso de ervas e os cuidados com o corpo e o espírito no ciclo da maternidade.

Essa relação demonstra que os saberes tradicionais estão conectados ao meio ambiente, aos quintais, às matas e aos territórios onde essas mulheres constroem suas vidas.

Assim, quando esses saberes são negados ou invisibilizados, não é apenas uma prática de cuidado que se perde, mas também as próprias espécies de plantas, que, sem o

manejo e a transmissão dos conhecimentos sobre seu uso, passam a correr risco de desaparecer, comprometendo não só a cultura local, mas também a preservação ambiental da comunidade.

Recordo-me de uma prática muito comum entre as mulheres da comunidade, um saber que considero relevante registrar. Quando as meninas tinham sua primeira menstruação, as mulheres mais velhas indicavam que era preciso tomar grãos de pimenta-do-reino. A quantidade de grãos corresponderia aos dias que a menstruação duraria. É uma memória que guardo com carinho e que gostaria de compartilhar, pois demonstra a riqueza desses saberes transmitidos de geração em geração.

No que se refere ao uso de plantas medicinais para o preparo de chás, banhos de assento e garrafadas. Percebamos que esses conhecimentos e práticas seguem resistindo na comunidade. Durante as anotações no diário de campo, foi possível identificar práticas que exemplificam essa resistência e a transmissão desses saberes, no cuidado pós-parto das mulheres.

Podemos perceber esses cuidados nos relatos a seguir das interlocutoras, Mildes Borges, Erisleide Barros, Simone do Lago e Helena Delmones.

> Agora eu vou te contar uns negócios que mãe me ensinou sobre os partos e eu seguia toda vez que eu tinha um filho, em todos os meus partos, eu passava óleo de mamona e fazia o curativo no inbigo dos meninos e sarava rapidinho. E as mulheres fazia banho de asseio pra mim com casca de caju e de aroeira e folha de algodão pra beber pra limpar tudo por dentro a gente cumprindo o resguardo certinho e fazendo esses cuidados era rapidinho pra ficar boa e o resguardo acabava. Eu me lembro que a gente saia de manhã no sol com o bebezinho, mas no dia que interava sete dias de nascido ele ficava enroladinho e todo vestido de vermelho, a gente não saia com ele do quarto pra mode o male de sete dias, nos tempos antigos era desse jeito mãe me ensinava isso e a parteira Edite também (Mildes Borges).

Temos aqui, nesse relato a confirmação da importância dos saberes tradicionais, a grandiosidade dessas práticas guardadas e repassadas na comunidade reafirmando a importância da valorização e divulgação deles. E como esses costumes refletem a resistência frente a tentativa de apagamento e invalidação das práticas tradicionais, mas que seguem resistindo aos avanços da desvalorização imposta pela colonialidade do saber,

e seguem sendo repassadas pelas mulheres mesmo diante dessa imposição da desvalorização desses cuidados e práticas.

Sousa (2023) afirma que, embora os costumes tenham diminuído ainda existe uma parte que resiste e se faz presente nas manifestações culturais e tradicionais na comunidade Riacho dos Cavalos, o costume que se faz presente na comunidade é a prática que muitos camponesas trazem consigo há muitas gerações, as rezas para diversas eventualidades, como por exemplo fechar o corpo, arca-caída, quebranto, dor de cabeça, picada de cobra e para engasgo (Sousa,2023, p.10)

Continuando na apresentação das memórias sobre os cuidados tradicionais, Erisleide relembra o uso das plantas medicinais nos cuidados do pós-parto.

> No resguardo eu usava só remédio caseiro mesmo pra sarar os cortes que eles faziam na hora do parto, sumo de mastruz com folha, algodão pra tomar e casca de caju com casca de aroeira pra lavar os pontos, barbatimão pra fazer banho de asseio, esses era os remédios que a gente tinha de primeiro (Erisleide Barros).

O fascínio que tenho por esses costumes e práticas tradicionais ressalta a importância de sua preservação e transmissão. O interesse na valorização e divulgação desses saberes fortalece o discurso de que a cultura camponesa deve resistir. Parte crucial dessa resistência é a documentação, já iniciada em diversas pesquisas acadêmicas. É fundamental, portanto, criar mais mecanismos para garantir a devida valorização e validação desses saberes, tanto aqueles que ainda residem nas comunidades camponesas quanto os que já foram registrados em estudos como este.

Em mais um relato trazendo esses saberes, a interlocutora Simone do Lago, menciona como ela foi instruída pelas mulheres mais velhas, a reproduzir uma técnica capaz de fazê-la começar a ter mais leite, ela acredita que, ter tido um parto cirúrgico não estava produzindo leite materno, para amamentar o seu filho.

> como o parto foi cesárea eu não tinha leite, o leite só veio aparecer depois de oito dias quando eu passei óleo de pequi nos meus seios e foi rapidinho eu comecei a ter leite (Simone Lago).

Nesse relato observamos o quanto esses saberes são valiosos e sim eles surtem efeitos perceptíveis na melhora do quadro em que se encontram essas interlocutoras. Mais

uma vez gostaria de compartilhar um saber tradicional camponês: Na comunidade é indicado consumir chá de cabelo de milho para quem tem problemas no trato urinário, por exemplo se um recém-nascido ou até mesmo um adulto por algum motivo não consegue urinar, as mães ou avós preparam imediatamente um chá contendo os cabelos que são encontrados nas espigas de milho, e logo o chá faz efeito permitindo que a pessoa consiga urinar normalmente.

França *et al.* (2008) afirmam que a fitoterapia permite que o ser humano se reconecte com o ambiente, acessando o poder da natureza, para ajudar o organismo a normalizar funções fisiológicas prejudicadas, restaurar a imunidade enfraquecida, promover a desintoxicação (França, *et al.* 2008, p.201).

Agora, mapeando os saberes voltados para alimentação nos cuidados do pós-parto, podemos perceber que no período de recuperação do parto o resguardo, principalmente de partos cirúrgicos por cesarianas, as mulheres guardiãs dos saberes camponeses da comunidade recomendam evitar o consumo de certos alimentos, como arroz e feijão, pois a presença em suas cascas de pequenos pelinhos poderia causar coceira na região da incisão. Também não é recomendado o consumo de carne de porco, frutas ácidas entre outros alimentos.

Assim, a dieta da mãe é composta por alimentos como o pirão de galinha caipira (mistura da farinha de mandioca com o caldo da galinha caipira), galinha caipira, carne bovina e muito cuscuz misturado com rapadura, pois elas afirmam que esses alimentos juntos estão associados a produção de leite pela mãe.

Desse modo deve ser evitando alimentos considerados "remosos" ou "carregados", que poderiam provocar infecções ou retardar a cicatrização. Essas restrições são indicadas, não porque as mulheres veem as mães como doentes. Pelo contrário esses cuidados são recomendados para que elas se recuperem bem e que não enfrentem problemas futuros relacionados ao pós-parto.

Além disso, os cuidados tradicionais se estendem aos recém-nascidos, incluindo o benzimento para proteção contra o mau-olhado. Essas práticas demonstram a continuidade dos saberes ancestrais na comunidade, resistindo às tentativas de apagamento e reafirmando a importância do conhecimento tradicional no cuidado da saúde materno-infantil.

Com tudo, podemos observar que alguns saberes permanecem sendo repassados pelas gerações ao longo dos anos na comunidade. Essas práticas podem ser observadas nos cuidados que envolvem as rezas, o uso das plantas e sementes medicinais como chá de sementes de imburana com casca de laranja seca para problemas estomacais, batata - de –purga para o tratamento de crianças com vermes.

Na comunidade o uso de óleos naturais pelas mulheres é comum para inúmeros tratamentos, seja para gripes, feridas na pele entre muitos outros cuidados. O óleo de copaíba é usado para o tratamento de sinusite, óleo de buriti para cicatrização de ferimentos e picadas de animais peçonhentos como escorpião ou cobras.

O preparo de chá é recorrente nas vivencias das mulheres o chá de hortelã para febre e dores de cabeça, boldo para infecções intestinais, velame para dores de cabeça ou tontura, as plantas medicinais são utilizadas para quase todos os males do corpo na comunidade. As mulheres preparam melados com raízes e mel para o tratamento de gripes e resfriados, remédios naturais para o tratamento de asma entre outros cuidados com a saúde do corpo.

Concluímos que muitos saberes tradicionais permanecem guardados pelas mulheres camponesas. O mapeamento desses conhecimentos não apenas os documenta, mas também se torna uma ferramenta crucial para sua valorização e para assegurar a continuidade dessas práticas e cuidados ao longo do tempo.

Ao finalizar este tópico gostaria de relembrar da ressente conquista, o reconhecimento das parteiras tradicionais como Patrimônio Cultural do Brasil, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico (IPHAN). Nesse sentindo esta pesquisa está a serviço desse movimento de reconhecimento das parteiras tradicionais como patrimônio dado isto gostaria de saudar os conhecimentos da parteira Dona Edite, figura de extrema importância, apresentadas nos relatos aqui contados. Gostaria de contar um pouco mais sobre sua ilustre história de vida, mas essa é uma prosa que eu quero ouvir contada pessoalmente pelas minhas interlocutoras, quero saber por elas um pouco mais desta que sem dúvidas é figura presente nas orações das mais velhas quando pedem um bom parto para as suas.

4.2 Saber camponês: a importância da valorização.

Nesse tópico pretendemos, elaborar diálogos que reflitam a importância da preservação, valorização, divulgação e documentação dos saberes camponeses, repassados pelas gerações de nossos ancestrais que seguem preservados na comunidade Riacho dos Cavalos.

Refletindo sobre as colonialidades do saber, que impõe essa ideia de que as populações minoritárias, que não estão inseridas nos padrões sociais tidos como "superiores", não possuem comprovações cientificas para afirmar que tais práticas adotadas por essas comunidades promovam resultados benéficos para aqueles que guardam e acessam esses saberes e crenças.

Nesse sentido o pensamento de Antônio Bispo sobre os saberes orgânicos tece um diálogo interessante para pensarmos sobre tais.

> Esse é o saber orgânico, aquele que diz respeito a ser. O outro, o saber sintético, é aquele que envolve ter. Por isso, para nós não se sustenta de que a academia produz ciência e nós produzimos saber popular. Essa nomeação é por demais colonialista, feita para nos esvaziar. Que popular é esse? Popular de quem? Produzimos saber quilombola, saber indígena, saber do povo de terreiro. Esses saberes têm nomes. Popular é uma palavra vazia (Santos, 2019, p.27)

O pensamento de Antônio Bispo, nos mostra como os saberes camponeses não são isolados ou vazios. Eles carregam em si toda a potência da resistência de nossos ancestrais. Podemos afirmar que são unicamente válidos diante das afirmações feitas pelas interlocutoras desta pesquisa e das análises apresentadas dos saberes guardados por elas.

Zanirato e Ribeiro (2007) afirmam que proteger essas tradições implica em apoiar seus portadores e o contexto social e cultural nos quais estes se encontram, pois disso depende da transmissão desse saber. Por isso mesmo, a proteção deve levar em consideração as dinâmicas da criação, da renovação e da transmissão cultural. Muitas vezes, isso inclui que tais expressões culturais se relacionam com a proteção da tradição, e que à problemática dos direitos humanos pelo que se pode concluir os desafios não são poucos, nem são pequenos (Zanirato e Ribeiro, 2007, p.53).

A importância da guarda e transmissão desses saberes ressoam a resistência do povo camponês, especialmente as mulheres que resistem frente a opressão e negação de seus direitos, por isso é de suma importância que divulguemos a grandeza desses saberes,

dessa resistência imposta pelas colonialidades, conforme Antônio Bispo (2019) apresenta um caminho possível, como veremos a seguir:

> Nessa mesa, eu disse que as universidades são as chocadeiras dos ovos do colonialismo, e a função das pretas e pretos que estão lá dentro é fazer esses ovos gorarem. Já a função de quem está fora é trazer novos ovos fecundados e mudar quem nascerá dentro da academia. E que da academia saiam doutores em humanidades, em vida e não em sinteticidade (Santos, 2019, p.26).

Analisando o pensamento de Antônio Bispo, sinto que sou uma dessas representações, e essa pesquisa está executando essa contracolonialidade expressa pelo autor, pois está expressando dentro da academia esse debate sobre as mulheres camponesas, as violências por elas sofridas, os saberes que elas transmitem nas suas vivencias em comunidade, seus modos de vida o modo como elas se relacionam com o meio em que vivem tudo estar relacionado. agindo contra essa colonialidade que deslegitima seus saberes.

Desse modo podemos concluir que a validação dos saberes dos povos das comunidades camponesas, expressa de forma contundente sua potência em resistir frente a grande desvalorização, a negação de seus direitos. Mecanismos de defesa e proteção desses saberes precisam ser concretizados de forma que todos as camponesas e camponeses acessem esses mecanismos.

Considerações Finais

A jornada percorrida nesta pesquisa desperta sentimentos profundos, da indignação perante as violações sofridas pelas mulheres e seus filhos, à gratidão pela confiança delas, depositada ao compartilharem suas histórias. Este estudo permitiu compreender que, na Comunidade Riacho dos Cavalos, a violência obstétrica é frequentemente percebida pelas mulheres como um evento natural e inerente à maternidade. Tal naturalização evidencia a face perversa da colonialidade do saber e do poder, que impõe novos padrões de cuidado ao desvalorizar os saberes tradicionais e fragilizar os modos de existência camponesa.

A violência aqui discutida manifesta-se em múltiplos níveis. Ela transgride os corpos, mas também fere o território e o meio ambiente, comprometendo as práticas de

cuidado comunitário e a biodiversidade local. Dessa forma, a violência obstétrica contra a mulher camponesa é indissociável de uma violência estrutural que nega a ancestralidade e ameaça a continuidade de modos de vida sustentáveis.

Esta pesquisa buscou preencher uma lacuna nos estudos sobre saúde reprodutiva ao reconhecer a singularidade dessas experiências marcadas pelo isolamento geográfico e pela marginalização social. Ao conferir visibilidade a este grupo, propõe-se uma abordagem sensível, essencial para o desenvolvimento de políticas públicas de desenvolvimento rural que sejam, de fato, contextualizadas, inclusivas e pautadas nos direitos humanos.

Dedico este trabalho às mulheres da minha comunidade. Ocupar um espaço na academia é, para mim, um privilégio que se converte em responsabilidade, o intuito nunca foi a busca por títulos, mas a utilização deste "lugar de fala" para denunciar e buscar apoio no estudo para o enfrentamento dessa violência obstétrica especialmente nas comunidades camponesas. Este estudo é por minhas tias, mãe e amigas enfim que todas as mulheres tenham o direito de vivenciar um parto onde o protagonismo seja delas, onde o atendimento seja humanizado e onde o medo seja substituído pela segurança e pelo respeito. Carrego comigo o compromisso de transformar em palavra o que foi silenciado, lutando para que nenhum saber ancestral seja negado e nenhum corpo camponês seja violado.

Como caminhos para a o enfrentamento da violência obstétrica e fortalecimento da autonomia dessas mulheres, indicamos que esta pesquisa propõe, educação e conscientização desse modo o desenvolvimento de cartilhas educativas, em parceria com movimentos sociais do campo, para desnaturalizar a violência obstétrica e informar sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal.

Também indicamos que havendo uma articulação com o movimento sindical das trabalhadoras e trabalhadores rurais, podemos coletar dados precisos, com a integração de perguntas sobre a experiência do parto nos atendimentos de sindicatos rurais (como no ato do requerimento do salário-maternidade), visando criar uma base de dados específica sobre a saúde da mulher do campo.

Com políticas públicas integradas a criação de maternidades próximas às áreas rurais que integrem o modelo de parto humanizado, junto aos saberes tradicionais, permitindo, por exemplo, o uso de plantas medicinais nos cuidados pós-parto. Diante

disto é importante que os canais de denúncia, sejam integrados ao enfrentamento da violência com o incentivo ao uso da ouvidoria do SUS (Disque 136) e do sistema Fala.BR para o registro formal de abusos.

Os relatos dos interlocutores apresentados no terceiro capítulo evidenciam uma elevada ocorrência de práticas tipificadas como violência obstétrica. A análise desses dados permite inferir que, embora a violência no ciclo gravídico-puerperal seja um fenômeno disseminado, ela não incide de forma homogênea sobre o tecido social. Observou-se que mulheres negras e camponesas, situadas nas margens de uma sociedade estruturalmente excludente, enfrentam uma exposição acentuada a essas violações. Essa realidade confirma que as vulnerabilidades socioeconômicas e étnico-raciais operam como agravantes, aprofundando o abismo entre o direito legal ao parto humanizado e a assistência efetivamente prestada a esses grupos.

Por fim para pesquisas futuras sugere-se a investigação de como os profissionais de saúde podem ser capacitados para o atendimento intercultural, respeitando as variações regionais e as particularidades das comunidades camponesas em todo o Brasil.

Em suma, as evidências aqui apresentadas confirmam que o enfrentamento da violência obstétrica exige olhar para além da técnica biomédica, reconhecendo a dignidade, a liberdade e o saber ancestral das mulheres camponesas como pilares fundamentais de um nascer respeitoso.

Referências

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc**., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018 http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. ***Cadernos De Saúde Pública*****,** *7*(2), 135–149. 1991.

BARDIN, L. Análise de contéudo. Lisboa (PT): Edições 70 LDA; 2011.

BRASIL**.** Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 08 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço 1Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BÍBLIA. **Livro de Gêneses**, capítulo 3; versículos 16.

BISPO, dos Santos, Antônio. "As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético". In: OLIVA, Anderson Ribeiro; MARONA, Marjorie Corrêa; FILICE, Renísia Cristina Garcia (Org.). Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: normas técnicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CASTRO-GÓMEZ, S. Decolonizar la universidad: La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. In: Castro-Gómez, S.; Grosfoguel, R. (Eds.) El giro decolonial: refexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontifcia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. p. 79 91.

CUSTÓDIO, Elivaldo, Serrão et al. Benzeção: prática cultural/religiosa de benzendeiras e parteiras tradicionais na capital Macapá. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 1, 2019.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina, Firmino, Inara Flora Cipriano Caso "Alyne Pimentel": Violência de Gênero e Interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 28(1): e60361 DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n160361.

DEPONTI, Cidonea Machado; Freitas, Tanise Dias. O rural, o urbano, a região e o território: reflexões teóricas para a compreensão do desenvolvimento regional e territorial. In: Parafán, Mireya E. Valencia et al. Desenvolvimento Territorial, sistemas agroalimentares e agricultura familiar. – São Leopoldo, RS: Oikos, 2022.

DRUMOND, Nathalia Fernanda Gonçalves dos Santos. **A violência obstétrica e a objetificação do corpo da mulher**. Dissertação (Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo) FLACSO/FPA, Belo Horizonte, 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Comunicação Saúde Educação** 2016; 20(56):253-9. DOI: 10.1590/1807-57622015.0736.

DIÓGINOES, F, H, O. SILVA, V, R. O uso de agrotóxicos ou controle agroecológico de pragas e doenças da agricultura? Uma reflexão a partir do município de Alvorada do Gurguéia-PI. 2019.

FRANÇA, ISX, et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Rev Bras Enferm,** Brasília 2008, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 2018.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Artmed e Bookman, 2004.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista ciências sociais hoje**, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984.

LANDER, E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**: Clacso, 2005.

LIMA, Lucas Gama; SANTOS, Flávio dos. No semiárido de Alagoas, a resistência germina na terra: a luta territorial em defesa das sementes crioulas. **Revista NERA**, ano 21, n. 41, p. 192-217, jan.-mar. 2018.

LIMA, Kelly Diogo de, Pimentel, Camila e Lyra, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 3):4909-4918, 2021

MOREIRA, Jorgeanny de Fatima Rodrigues, Mulheres, Geografia e Saúde: plantas medicinais e benzeção como alternativas de cura no território Kalunga. **Boletim Goiano de Geografia**. 2024, v.44: e 77972.

MAPS, Distancia entre Monte Alegre PI e Teresina PI. de Monte Alegre do Piauí, PI, 64940-000 a Teresina, PI - Google Maps

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos … acesso em 07 mai. 2025.

OLIVEIRA, Tainá Santana de Deus; GALVÃO, Mary Lúcia Souto; RAMOS, Ticiana Oswald. Enfermagem Obstétrica: Assistência Ao Parto No Brasil Reflexos Da Colonialidade Do Poder E Do Saber. **Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade,** Bom Jesus da Lapa, v. 3, p. 01-27 - e021010, 2021.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder y classificacion social. In Castro-Gomes, 5.; Grasfoguel, R. (Eds.). el giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistêmica más alládel capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales. Contemporâneos y Pontifícia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. p. 93-126.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. In: Lander, E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 107-130.

QUIJANO, A. Colonialidad del Poder y Modernidad- Racionalidad. In: Bonillo,4. Los Conquistados. Bogotá: Tercer Mundo, Flacso, 1992. 437-449.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. Descumprimento da Lei do Acompanhante como agravo à saúde obstétrica. In:**Texto Contexto Enfermagem**, v.26, n.3,2017.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A outra dor do parto: género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto**. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Nova Lisboa, 2016.

REGIS, Jaqueline Fiuza da Silva; FEIJÓ, Glauco Vaz. Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes O renascimento do parto 1 e 2. **Discurso & Sociedad**, n. 1, p. 118-138, 2019.

Rede Parto do Princípio. Dossiê da violência obstétrica - "Parirás com dor". 2012.

ROCHA, Bruna. Fani Duarte. **"Mães Na Luta Contra Violência Obstétrica": A Dor Do Parto Transformada Em Movimento Social**.2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro De Ciências Sociais E Humanas, Universidade Federal De Santa Maria, Santa Maria, 2021.

SOUSA, Vanessa; LIZANA, Giovana. Violência obstétrica sofrida por mulheres camponesas: um olhar através da comunidade Riacho dos Cavalos, Monte Alegre, Piauí, Brasil. **Cadernos de Agroecologia**, v. 19, n. 1, 2024. Disponível https://cadernos.abaagroecologia.org.br/cadernos/article/download/9047/6698 acesso 05/02/2025.

SANTOS, A. B. Colonização, quilombos: modos e significações. Brasília:INCT/UnB, 2015.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. Bras. Psicol**., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51 - 67, 2019.

SANTANA, Ariane Teixeira de; COUTO, Telmara Menezes. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29(9):1-8, 2024.

SACRAMENTO, Elionice Conceição. **DA DIÁSPORA NEGRA AO TERRITÓRIO DAS ÁGUAS Ancestralidade e protagonismo de mulheres na comunidade pesqueira e quilombola Conceição de Salinas-BA**. 2019. Dissertação (Programa de Pós-graduação Profissional em Desenvolvimento Sustentável) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

SOUSA, Vanessa Borges Tavares de. Impactos das colonialidades do poder e da natureza no modo de vida e produção camponesa comunidade Riacho dos Cavalos, Monte Alegre, Piauí. In: 10º Encontro da Rede de Estudos Rurais - Universidade Federal de São Carlos - São Carlos - SP, 2023. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/10-encontro-da-rede-de-estudos rurais/trabalho/297396>. Acesso em: 13/08/2025 às 23:15

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. suppl 2, p. 1341-1353, 2014.

VALADARES, Flavio Biasutti; DOS SANTOS, Mariana Fernandes. A LINGUAGEM POLITICAMENTE CORRETA - ETNIAS EM JOGO. **Revista de Estudos Acadêmicos de Letras**, *[S. l.]*, v. 9, n. 01, p. 31–43, 2016. DOI: 10.30681/real.v9i01.857. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/reacl/article/view/857. Acesso em: 27 ago. 2025.

WASINGTON HA. Medical apartheid: The dark history of medical experimentation on black americans from co lonial times to the present. New York: Harlem Moon; 2007.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra, **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

ZANIRATO, Silvia Helena; RIBEIRO, Wagner Costa. Conhecimento tradicional e propriedade intelectual nas organizações multilaterais. **Ambiente & Sociedade**, v. 10, p. 39-55, 2007.