

# ZONAS A DEFENDER



Manual de autodefesa feminista  
no contexto da consulta sobre saúde  
sexual e reprodutiva (adaptado para o contexto de Portugal).

Miriam Ben Jattou, Florence Guiot,  
Paola Hidalgo, Katinka Int'Zandt, Manoë Jacquet,  
Cecília Vieira Da Costa, Irene Zeilinger

**EDITORAS:**

Miriam Ben Jattou (Femmes de droit-Droits des femmes),  
Florence Guiot (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée),  
Paola Hidalgo (Bruxelles Laïque),  
Katinka Int'Zandt (GACEHPA),  
Manoë Jacquet (Femmes et Santé),  
Cecília Vieira Da Costa (WomenHelpWomen),  
Irene Zeilinger (Garance)

**REVISORAS:**

Frédou Braun, Lola Clavreul, Marie-Françoise Fogel, Lara Lalman,  
Loena Le Goff, Catherine Markstein, Shahin Mohammad

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E REVISÃO DAS VERSÕES EM PORTUGUÊS:**

WomenHelpWomen

**EDITORA RESPONSÁVEL:**

Manoë Jacquet,  
Femmes et Santé asbl,  
8 Rue de Suisse,  
1060 Saint-Gilles

**ILUSTRAÇÕES:**

Tiffany Vande Ghinste

**LAYOUT:**

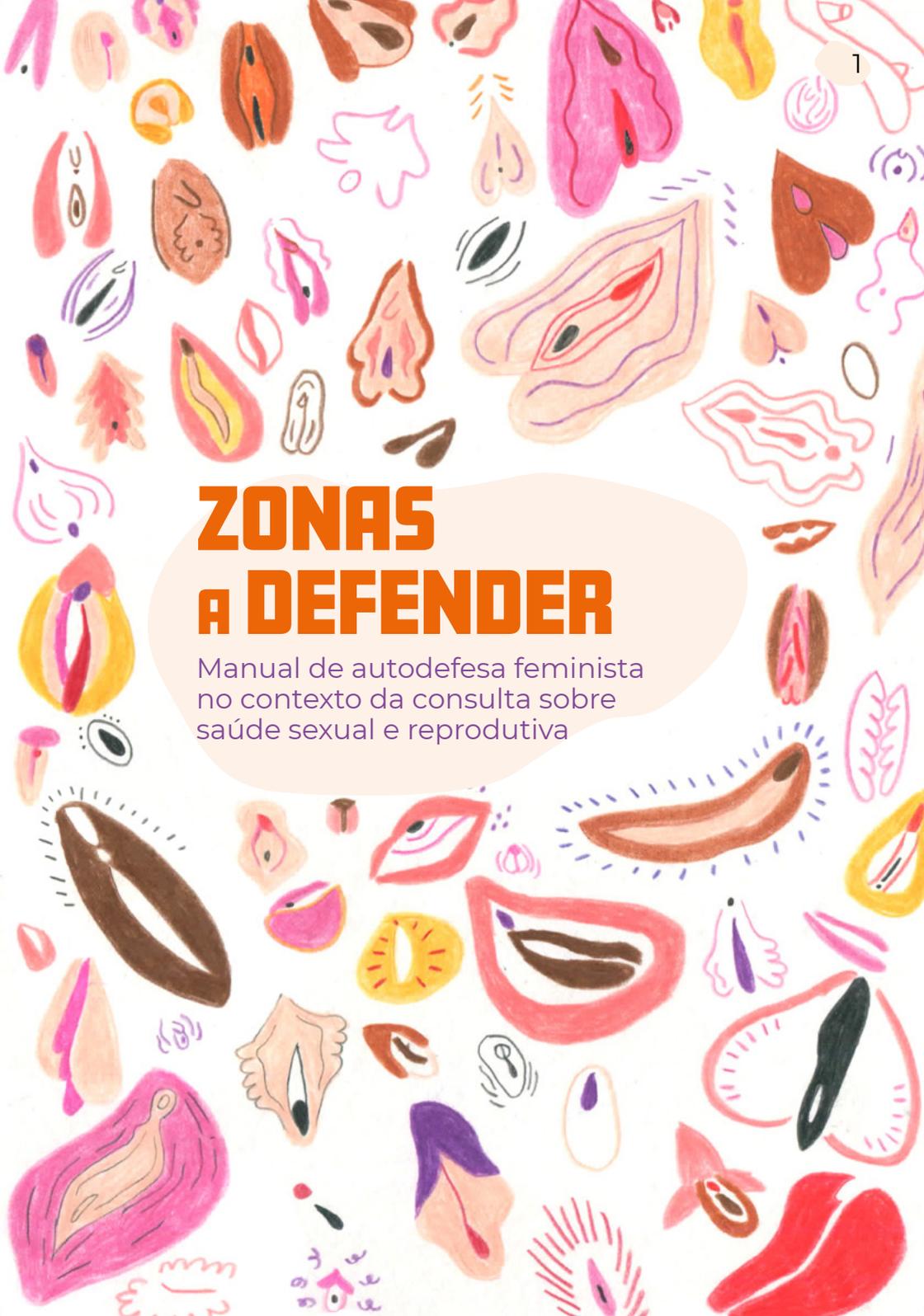
Nancy Lepage - Grafifut'

**DATA DE PUBLICAÇÃO DA VERSÃO EM FRANCÊS:** 2020

**DATA DE PUBLICAÇÃO DAS VERSÕES EM PORTUGUÊS:** 2021

---

**COM O APOIO DE**



# ZONAS A DEFENDER

Manual de autodefesa feminista  
no contexto da consulta sobre  
saúde sexual e reprodutiva

# ÍNDICE:

## INTRODUÇÃO 4

Porquê este manual? ..... 4

Mas como fazer isso? ..... 5

A quem se dirige este manual? ..... 6

O que cada Super-Vulva poderá encontrar neste manual..... 6

## AS VIOLÊNCIAS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA AO LONGO DA NOSSA VIDA 8

O que são as violências ginecológica e obstétrica? ..... 8

O que nos torna vulneráveis? ..... 12

Falta-nos confiança no nosso corpo e nas nossas experiências ..... 12

Não nos sentimos legítimas perante profissionais de saúde ..... 13

Pensamos que a medicina é neutra..... 14

Falta-nos informação sobre os nossos direitos ..... 15

Consultas para pessoas intersexo..... 16



Consultas na fase da adolescência .....	19
Consultas de rotina, contraceção e prevenção de ISTs .....	21
Durante as consultas de pré-conceção e pré-natal .....	28
Durante a consulta de IVG .....	33
Durante o parto .....	35
Consultas por volta e a partir dos cinquenta anos .....	40

## **AS FERRAMENTAS PARA REAGIR, OS MEIOS PARA NOS DEFENDERMOS 46**

Super-Vulva preparada - Super-Vulva armada .....	48
Coragem, sai fora! .....	50
A arte da confrontação .....	52
Fazer um escândalo .....	55
E depois? .....	57
Fazer uma denúncia .....	59
Autossaúde e autossuporte, uma forma de autodefesa .....	61

## **UMA PALAVRA SOBRE AS CRIADORAS DESTE MANUAL 67**



# INTRODUÇÃO

## PORQUÊ ESTE MANUAL?

Nós, as mulheres e pessoas que têm um útero ou uma vulva, somos encorajadas desde tenra idade a consultar profissionais de saúde. Observamos e examinamos os nossos corpos e sexualidades: a que se parecem os nossos órgãos genitais? Quando chega a nossa primeira menstruação? Quanto tempo dura? Quanto pesamos? Usamos contraceção? Qual é a nossa orientação sexual? Com quem temos sexo? Um homem, uma mulher, ambos? Que práticas sexuais temos? Fazemos regularmente exames para detetar infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)? Como lidamos com uma doença? Temos crianças? Como damos à luz? Abortamos? Quantas vezes? Somos ativas na deteção do cancro da mama? Quando deixamos de menstruar?, etc.

O acompanhamento médico pode durar toda a nossa vida. É-nos dito que é normal, para o nosso bem e pela nossa saúde. Mas essa vigilância é verdadeiramente necessária? E se for, não seremos capazes de a fazer nós mesmas?

No entanto, nos últimos anos muitas mulheres, homens transgênero e pessoas intersexo estão em desacordo e têm-se insurgido contra o poder médico! Levantamos as nossas vozes e expressamo-nos com hashtags nas redes sociais: #ViolenciaObstetrica, #PartoHumanizado, #PartoSeguro, #PartoNormal, #CorpoDaMulher, #NaoAViolenciaObstetrica, #PelaVidaDasMulheres #NemPresaNemMorta #DireitosDaMulherQueAborta, etc. Cansamo-nos de comentários desadequados de profissionais de saúde. Somos alvo de ridicularização por sermos jovens, velhas, magras, gordas, muito vestidas, muito expostas, lésbicas, trans\*, muito sexualmente ativas ou não o suficiente, etc. Não queremos mais que profissionais de saúde nos toquem, penetrem ou cortem as nossas mamas sem que nos expliquem o porquê desses procedimentos médicos. Queremos que as nossas perguntas sejam ouvidas e respondidas.



## MAS COMO FAZER ISSO?

Nem sempre é fácil lidar com o mundo médico.

Por vezes sentimos que algo não está bem. Expressimos um problema, uma dor, um questionamento e não somos ouvidas: "isso não é nada!", "está a exagerar!" "isso não é grave!". Ou notamos que há um problema no atendimento, algo que não é justo, mas de novo: "é assim!", "sempre fizemos assim", "é o protocolo do hospital", "são estas as recomendações". Nem sempre sabemos como reagir, nem sempre ousamos discordar porque o médico certamente sabe melhor que nós!

**Como nos defendermos sem correr o risco de sofrer uma agressão mais forte em troca?**



## A QUEM SE DIRIGE ESTE MANUAL?

Este manual de autodefesa é para todas as mulheres e todas as pessoas que têm uma vulva, e/ou um útero e/ou ovários, que consultem ou precisem de se dirigir a um/a médico/a ginecologista ou profissional de saúde mais generalizado.

Ao longo deste manual, referimo-nos às utilizadoras de serviços de saúde sexual e reprodutiva como as Super-Vulvas. É uma fusão entre a palavra Vulva que designa o sexo feminino, do qual temos orgulho, e a super-heroína Super-Mulher que aparece nas bandas desenhadas da Dc Comics. A Super-Mulher é inspirada nas Amazonas e sabe bem defender-se! Tal como ela, nós Super-Vulvas, defendemo-nos! Não aceitamos mais maus tratos aos nossos corpos.

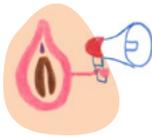
## O QUE CADA SUPER-VULVA PODERÁ ENCONTRAR NESTE MANUAL:

O manual está dividido em duas partes principais:

**Uma primeira parte explica o que são as violências ginecológica e obstétrica ao longo da vida, enquadradas em diferentes tipos de consultas médicas.**



**Uma segunda parte apresenta as diferentes estratégias de autodefesa que existem e que podemos utilizar.** O nosso coletivo não inventou nada. Inspirámo-nos nas nossas experiências e nas experiências de outras Super-Vulvas. Muitas vezes já temos meios para evitar consultas médicas violentas e fazer valer o respeito durante uma consulta.



**A vulva-chat** inclui testemunhos de várias fases das nossas vidas, desde a primeira à última consulta de ginecologia.



**A vulva-alerta** oferece algumas explicações sobre, por exemplo, o que é que nos testemunhos recolhidos pode ser considerado um problema a nível legal ou em termos da deontologia médica.



**A vulva de guarda** dá-nos alguns recursos para ir mais longe, como websites, vídeos ou redes sociais que nos colocam em contacto com outras Super-Vulvas, para deixar um testemunho, para aprender sobre estratégias de autodefesa ou procurar outros meios de ação.

### Exemplo:



**Violência Obstétrica e Aborto** é um guia de autodefesa para pessoas em situação de aborto desenvolvido pela organização Women Help Women. Está disponível em versão digital em: [https://womenhelp.org/pt/media/inline/2020/11/25/violencia\\_obstetrica\\_e\\_aborto\\_nov\\_19.pdf](https://womenhelp.org/pt/media/inline/2020/11/25/violencia_obstetrica_e_aborto_nov_19.pdf)

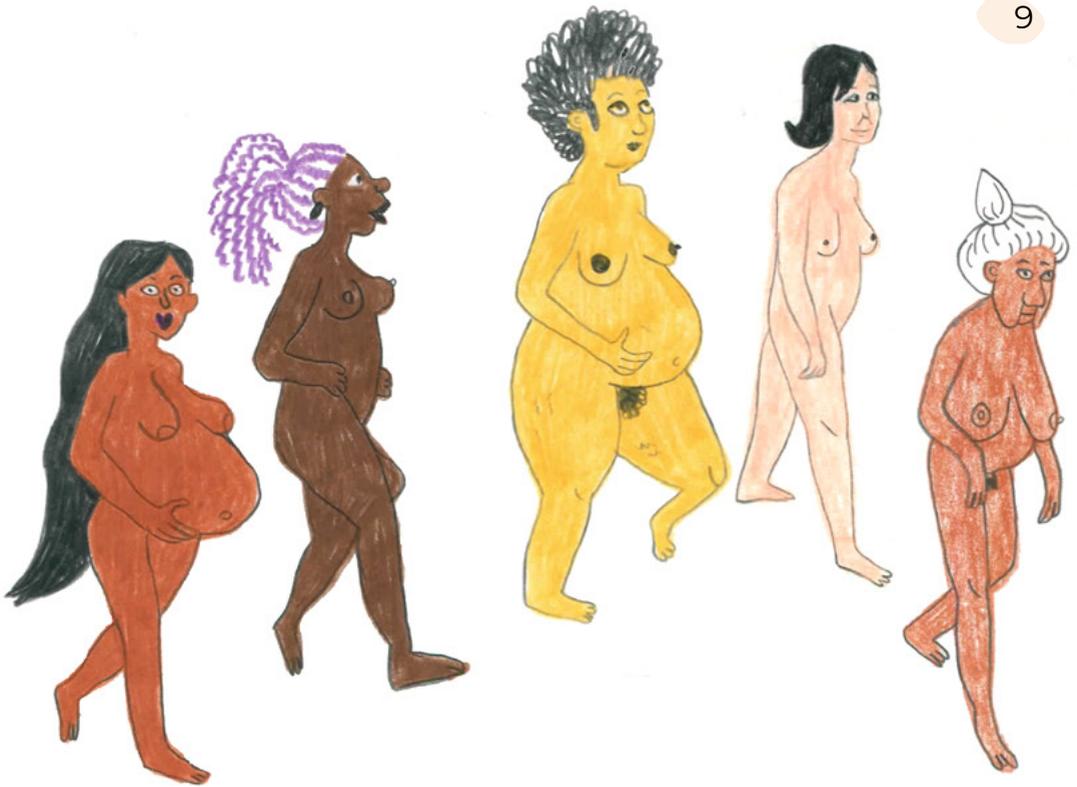


## AS VIOLÊNCIAS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA AO LONGO DA NOSSA VIDA

### O QUE SÃO AS VIOLÊNCIAS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA?

Consideram-se violências ginecológicas e obstétricas (VGO)<sup>1</sup> todos os pequenos e grandes maus tratos a que estamos sujeitas nas nossas interações, consultas e procedimentos médicos ginecológicos ou dentro de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

<sup>1</sup> Segundo a OMS: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y)



Isso inclui, entre outras, situações em que a equipa médica:

- toma decisões no nosso lugar;
- invade os nossos corpos sem o nosso consentimento;
- nos faz acreditar que sabe melhor do que nós o que é melhor para nós;
- nos maltrata;
- não nos vê senão como máquinas de fazer crianças;
- nos leva a aceitar intervenções desnecessárias e frequentemente desconfortáveis;
- nos considera como potencialmente doentes... ainda que estejamos de boa saúde;
- etc.

São comportamentos como julgamentos, reprimendas, gozo, insultos, ameaças, humilhações, manipulação de informação, mentiras, atrasar ou negar tratamento. A indiferença face a pedidos, denúncias e reclamações também são comuns.

As VGOs podem acontecer em qualquer fase das nossas vidas quando procuramos apoio relacionado à nossa saúde sexual e reprodutiva: consultas no contexto de um pedido de contraceptivo, de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), de acompanhamento de uma gravidez, de um aborto ou de um parto, de diagnóstico ou tratamento de doenças.



Mais especificamente, a **violência obstétrica** inclui todo o maltrato ou agressão psicológica, física ou sexual ao longo do acompanhamento de uma gravidez seja ela desejada ou não, do parto, do pós parto ou do aborto. Estas práticas incluem:

- os entraves ao movimento livre durante o trabalho de parto e a expulsão;
- a proibição de comer ou de beber;
- a indução de parto não consentida;
- a manobra de Kristeller (pressionar sobre o ventre para acelerar a expulsão do bebé);
- a episiotomia de rotina (fazer um corte no períneo para facilitar a expulsão do bebé);
- as visitas uterinas (introduzir a mão ou instrumentos no útero para retirar restos de tecidos);
- as suturas sem anestesia;

- o ponto do marido (o fato de suturar um rasgo ou episiotomia um pouco mais apertado que o normal, de forma a ter a vagina mais apertada para as relações sexuais);
- as cesarianas sem justificção médica;
- as esterilizações forçadas;
- a recusa de escolha do método de aborto;
- a imposição de tomar ou não um analgésico;
- a obrigação de ver a ecografia numa consulta de pré-interrupção voluntária da gravidez (IVG);
- a má orientação da paciente em relação ao tempo de gravidez;
- a imposição de um meio contraceptivo depois de um aborto;
- etc.

A violência ginecológica e obstétrica é **uma forma de violação dos nossos direitos humanos**. Ela mistura-se com outros estereótipos e formas de discriminação: racismo, capacitismo, gordofobia, lesbofobia, psicofobia e outras formas de discriminação (mulheres portadoras de VIH, migrantes, pessoas não documentadas, de etnia cigana...).

Esta violência demonstra **a ignorância e/ou desprezo dos direitos dos/as pacientes** por parte de certos/as profissionais ou estruturas de saúde, especialmente:

- o direito a cuidados baseados nas melhores práticas, apoiadas por evidências científicas;
- o direito à informação;
- o direito à recusa;
- o direito ao consentimento informado.



Vulva de guarda

**Uma antevisão do “Livre noir de la gynécologie” de Mélanie Dechalotte nesta entrevista (disponível com legenda em português):**

<https://www.youtube.com/watch?v=jxts-R0wJLg>

Este livro reúne testemunhos e propõe uma releitura mais ética e humanista das práticas que acompanham as mulheres ao longo da vida, desde a puberdade até à menopausa.

## O QUE NOS TORNA VULNERÁVEIS:

Porque é que é tão difícil ser ouvida e respeitada nas consultas de saúde sexual e reprodutiva? Porque é que o pessoal médico ou as estruturas médicas se permitem tratar de forma violenta as mulheres e as pessoas que têm uma vagina ou um útero?



## FALTA-NOS CONFIANÇA NO NOSSO CORPO E NAS NOSSAS EXPERIÊNCIAS

Desde pequenas que o mundo em que vivemos nos diz a que se devem parecer os nossos corpos e os nossos órgãos genitais: quanto o nosso corpo deve pesar, como devemos comer, o aspeto que a nossa pele deve ter, quanta pilosidade é tolerada, o tamanho e as formas que devemos ter, que cor de pele ou de cabelo é bonita, etc. É muito difícil conformar-se a todas essas normas.

**Isso geralmente dá-nos o sentimento de que os nossos corpos e os nossos órgãos genitais são imperfeitos.**

A medicina também influencia as nossas crenças sobre os nossos corpos. Ela impõe as suas próprias regras e recomendações: quando devemos começar a menstruar, quanto tempo as menstruações devem durar, que humor devemos ter durante o ciclo menstrual ou a menopausa, que contraceptivos devemos usar, em que posição devemos dar à luz, o número de abortos que podemos fazer, o número de crianças que podemos/devemos ter, e isso de acordo com a nossa idade, etc.



**Confrontadas com todas essas normas, aprendemos a ter cuidado com os nossos corpos e a duvidar das nossas experiências e intuições. Habitamo-nos à ideia de que os nossos corpos, os nossos órgãos genitais e orientação sexual devem ser vigiados, controlados, modificados e/ou apoiados.**

## NÃO NOS SENTIMOS LEGÍTIMAS PERANTE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os/as profissionais são especialistas do corpo humano, das doenças e da saúde. Os/as médicos/as fazem estudos longitudinais, os seus conhecimentos e competências são muito respeitados. Por vezes pensamos que sabem, certamente melhor que nós, o que nos acontece e o que devemos fazer para cuidar melhor de nós. O seu lugar no sistema médico permite-lhes questionar a nossa palavra ou rebaixar as nossas vivências e experiências. Certos/as profissionais de saúde beneficiam do seu estatuto e adotam **uma atitude paternalista**: "faça isto, faça aquilo!", "Se eu fosse você...", "no seu lugar", etc.

Contudo, os/as médicos/as não são deuses/as mas sim humanos. Podem cometer erros de julgamento e/ou de tratamento, não prestar atenção a uma queixa ou um pedido específico, minimizar certos sintomas ou, pelo contrário, reagir precipitadamente a uma anomalia observada. Os médicos também podem ser oprimidos pelos seus próprios medos: medo de doenças, medo de uma gravidez não desejada, medo de cometer um erro médico, medo de não fazer nada, etc. Eles/as podem acabar por usar métodos baseados no medo para obter o nosso consentimento a um tratamento.



## PENSAMOS QUE A MEDICINA É NEUTRA



Historicamente, os corpos das mulheres eram vistos pelos médicos como corpos que não têm um pênis, ao qual faltam hormonas, força, que é mais frágil e acolhedor. **A medicina "patologiza" o corpo das mulheres:** isto quer dizer que algo que é considerado "normal", na mulher pode ser visto como uma doença porque as manifestações são comparadas com o masculino. A patologização traz a sobremedicalização, ou seja, faz com que sejam tratados sintomas quando não é necessário à priori.

A medicina é o reflexo da sociedade em que vivemos. Está cheia de estereótipos de género, mas também de preconceitos racistas, gordofobia, lesbofobia, transfobia, etc.

A medicina questiona a relação das mulheres com a dor<sup>2</sup>. Em consequência:

- a endometriose<sup>3</sup> é frequentemente subdiagnosticada ou diagnosticada após vários anos;
- a dor vivenciada por mulheres negras durante o parto vai ser minimizada sob o pretexto da síndrome do mediterrâneo<sup>4</sup>;
- supondo que certo procedimento médico vai ser muito doloroso, entende-se que a paciente deve tomar um analgésico, mesmo que ela não queira;
- ou ainda, podemos induzir na paciente a ideia de que esta ou aquela opção é dolorosa, mesmo que não seja necessariamente sentida dessa forma. É o efeito nocebo.

Em todo o caso, não leva em consideração a vivência das pessoas.

<sup>2</sup> Reportagem da revista Azmina, chamada "Nas maternidades, a dor também tem cor" fala sobre os estereótipos de que mulheres negras são mais fortes e que as fazem sofrer sem anestesia no parto <https://azmina.com.br/reportagens/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>

<sup>3</sup> A endometriose é uma doença em que os tecidos que normalmente revestem o útero (o endométrio) se desenvolvem do lado de fora do útero (dentro dos intestinos por exemplo).

<sup>4</sup> Comportamento de exagero dos sintomas por parte do/a paciente, devido às suas origens e cultura.

## FALTA-NOS INFORMAÇÃO SOBRE OS NOSSOS DIREITOS

Hoje, no domínio médico, é a Lei n.º 15/2014, de 21 de Março<sup>5</sup> relativa aos direitos do/a paciente que é aplicada por todo o território português. Ela impõe aos/as cuidadores/as que nos informem sobre a nossa saúde, as nossas doenças, os tratamentos possíveis, as consequências (positivas e negativas) dos tratamentos e da ausência de tratamento. Isso permite-nos escolher a opção que mais nos convém. Os/as cuidadores/as têm também a obrigação de partilhar connosco uma cópia da nossa ficha clínica se lhes for solicitada.



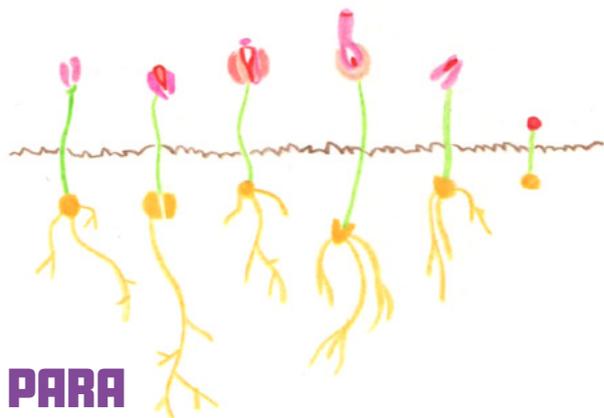
No entanto, existem diferenças em práticas específicas em cada hospital, centro extra-hospitalar ou mesmo dentro de um departamento, dependendo da pessoa que recebe e monitoriza a ficha clínica. É o que por vezes chamamos de "protocolos" que podem ter precedência sobre a lei. Por outro lado, os/as profissionais de saúde nem sempre tomam o tempo necessário para nos informar sobre os nossos

direitos, os procedimentos nem as alternativas que existem... ainda que todas essas informações sejam essenciais para a obtenção de um consentimento informado da nossa parte.

**"Ninguém deve ignorar a lei!"... No entanto, alguns tribunais também afirmam que "ninguém está limitado ao impossível".** Isto quer dizer que é sensato que conheçamos os nossos direitos e deveres. E ao mesmo tempo, não é fácil conhecer os nossos direitos num país onde inúmeras leis são votadas todos os dias...

<sup>5</sup> Disponível em:

[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2292&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2292&tabela=leis&so_miolo=)



## CONSULTAS PARA PESSOAS INTERSEXO



«Eu soube mais tarde, ao ler a minha ficha clínica, que o cirurgião me operou sem notificar formalmente a minha família da operação, razão pela qual nenhum dos meus pais esteve presente no dia da operação sabendo da notícia após o facto, coisa que, pensava eu, já não se via hoje em dia!!» (Extrato do artigo "Nous Sommes des merveilles" de Camille Lamarre)<sup>b</sup>

Vários extratos do tumblr payetonintersexuation  
(original em francês):

«Quando vais à ginecologista pela primeira vez e ela te diz "Ah bem, isso não é um sexo de menina, hein!".»

«Quando todos os médicos te dizem que o cirurgião fez um trabalho muito bom mas anotam na tua ficha clínica "redução significativa".»

«Quando há posições sexuais que não toleras porque te fazem lembrar de posições de exames que te foram feitos sem o teu consentimento.»

«Quando percebes depois de decidir parar de tomar as hormonas prescritas que te sentes melhor com o teu corpo, que tens muito menos dor nos seios, nos ovários, que lubrificas melhor durante o sexo... e que tens tem cada vez menos menstruação. O drama!»

<sup>6</sup> Disponível em francês:

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2008-1-page-23.htm>

## Vulva alerta



Uma das primeiras coisas que fazem após o nosso nascimento é olhar para os nossos genitais para determinar se somos um menino ou uma menina. **A nossa sociedade não considera senão dois sexos e dois gêneros:** existem os pênis num lado, e as vulvas no outro, e há os homens e as mulheres. Os nossos corpos, órgãos genitais ou as nossas taxas hormonais devem corresponder às normas da sociedade e da medicina. Caso contrário, a medicina propõe-se a adaptar os nossos corpos através de operações cirúrgicas ou de tratamentos hormonais.

As operações cirúrgicas são geralmente desnecessárias do ponto de vista da saúde. Pelo contrário, elas trazem mais inconveniência para a saúde física (dor, desconforto, perda de sensibilidade, disfunção de certos órgãos próximos) e mental (trauma) das pessoas em causa. Esses atos são realizados quando somos crianças: nesse sentido, eles não são consentidos ou são consentidos pelos pais, frequentemente mal informados. Se não são intervenções necessárias para a saúde, podemos falar de mutilações. Essas correspondem a violações dos nossos direitos humanos e são condenadas pela ONU, Amnistia Internacional e a Human Rights Watch.

**Nós não temos que submeter os nossos corpos a uma medicina sexista e binária, quando não sentimos nenhum inconveniente para a nossa saúde.** Da mesma forma que não temos que nos submeter à pressão de escolher um gênero ou uma forma de nos expressarmos<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Texto de Sara Wagner York, "Como o discurso médico desumaniza as pessoas Intersexo": <https://sarawagneryork.medium.com/como-o-discurso-médico-desumaniza-as-pessoas-intersexo-4ccbea29c72a>



**Vulva de guarda**

«**#MyIntersexStory**» é uma recolha de testemunhos de "OII Europe". É bastante acessível de ler. Foi publicada no contexto do dia para a visibilidade das pessoas intersexo (26 de outubro).

### **O tumblr "Paye ton intersexuation"**

(<https://payetonintersexuation.tumblr.com>)

recolhe inúmeros testemunhos geralmente curtos sobre vivências de pessoas intersexo no ambiente médico e, de forma mais alargada, social.





## Vulva chat



# CONSULTAS NA FASE DA ADOLESCÊNCIA

«Aos 29 anos, fui a um ginecologista. Disse-lhe que trabalho sobre feminismo e saúde sexual. Ele disse-me que aos 29 anos, não era necessário fazer a palpação dos seios (apenas é recomendado a partir dos 30 anos). Aí percebi que o meu ginecologista anterior me fazia palpações sistemáticas dos seios desde os 14 anos para nada! Às vezes pergunto-me se o meu ginecologista atual é tão atencioso comigo como com todos os seus outros pacientes, ou se é assim comigo por saber que estou informada e consciente.» (Manoë)

«Eu aprendi depois que é perfeitamente possível escolher uma contraceção sem fazer uma auscultação, sem que o ginecologista examine o interior da tua vagina com os dedos.» (La Carologie<sup>8</sup>)

«Em 1993 eu tinha 14 anos, fui ao ginecologista pela primeira vez, acompanhada da minha mãe. Ele fez-me de seguida um toque vaginal, profundo o suficiente para me fazer sentir muito muito mal. Eu gritei, o que lhe trouxe a suspeita de que eu teria um problema anal. Então tive direito a um toque anal logo de seguida e quando me fez o toque anal disse-me "hum, essa é uma boa semente de vadia".»<sup>9</sup>

«Na minha primeira visita, eu tinha uma micose devido a toma de antibióticos e fui lá por essa razão. O ginecologista no momento do exame exclamou "é repugnante!" Eu devia voltar a vê-lo duas semanas depois, pedi expressamente à secretária para ter outro médico e disse-lhe que o primeiro foi desrespeitoso. Nunca mais o vi.» (Karina)

<sup>8</sup> Disponível em Francês no Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8l2Cy4>

<sup>9</sup> Disponível em Francês no Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=akWafmqNmk>



### Vulva alerta

Normalmente, o primeiro exame ginecológico de rotina é recomendado a partir dos 25 anos, se formos sexualmente ativas. Nós podemos fazê-lo antes, se sentirmos necessidade ou se tivermos perguntas ou inquietações particulares.

A consulta deve ser centrada nas nossas demandas e sintomas. Portanto, as três intervenções habituais de um exame ginecológico (Papanicolau, exame da mama, toque vaginal) não são obrigatórios e nem estritamente necessários.

No entanto, a sociedade inteira parece encorajar jovens mulheres a fazerem um exame depois do seu primeiro ciclo menstrual, ou após a sua primeira relação sexual, e mulheres a visitarem o/a ginecologista pelo menos uma vez por ano para o resto das suas vidas.

**Nós podemos sempre estar acompanhadas de uma pessoa da nossa escolha que nos faça sentir seguras.**



### Vulva de guarda

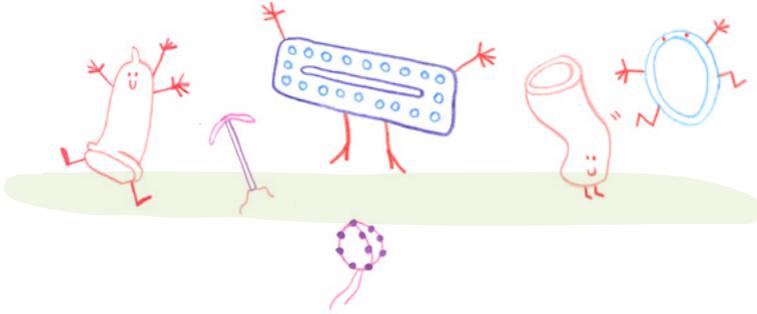
**O blog “Marie accouche-là”<sup>10</sup>**, em francês, proposto e redigido por Marie-Hélène Lahaye, uma feminista com pontos de vista libertários, emancipatórios e profundamente ancorados na ecologia política. O blog promove informações sobre violências ginecológicas e obstétricas: artigos, mas também podcasts e vídeos.

**Martin Winckler apresenta vídeos no Youtube sobre “o exame ginecológico sistemático”<sup>11</sup>**  
No que diz respeito à questão “quando ‘devemos’ submeter-nos a um exame ginecológico”, bom, não ‘devemos’ nunca: precisamos sempre estar de acordo.

<sup>10</sup> Ver o artigo “L’examen gynécologique des jeunes femmes, un droit de cuissage moderne”, disponibilizado em: <https://marieaccouchela.net/>

<sup>11</sup> Disponível em Francês no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=A6pwnEhKfQA>

## CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO, CONTRACEÇÃO E PREVENÇÃO DE ISTs<sup>12</sup>



«Aos meus 18 anos, eu retornei ao meu ginecologista. Ele disse-me que eu deveria mudar a contraceção (eu usava o anel vaginal). Disse-me diretamente: "Pode tomar a pílula". Exceto que eu tinha decidido que não queria tomar mais contraceptivos hormonais, eu queria colocar um DIU de cobre. Eu aprendi que poderia colocar um DIU quando não tivesse filhos, que era possível fazê-lo em adolescentes, etc. Quando lhe disse que não quero hormonas, ele olhou para mim e disse: "Mas porquê?". Eu disse-lhe: "Tenho infeções fúngicas e realmente parece que está a diminuir a minha libido." Então, ele disse: "Ah, mas não é o contraceptivo que precisa ser mudado, é o seu namorado." Naquele momento, disse a mim mesma: "É bom, ele está-se a rir." Mas, na verdade, não, ele realmente não queria que eu mudasse a contraceção.» (La Carologie<sup>13</sup>)

<sup>12</sup> Infecções sexualmente transmissíveis.

<sup>13</sup> Vídeo disponível em francês com legendas em português no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8I2Cy4>

## Vulva chat



«Sou eu quem tem de ensinar aos médicos que na Bélgica, é sempre possível obter um diafragma. Mas que são eles que devem medir o tamanho que eu preciso.»

«O meu médico disse-me que o planeamento familiar natural não é confiável.»

«Eu tive uma relação de risco, e vim fazer um teste de ISTs. OK, você teve uma relação sem preservativo? Sim. Você toma contraceptivos? Não? Você gostaria de informações sobre contraceção? Não. Você já esteve grávida? Sim. Quantas vezes? Uma vez. E o que aconteceu? Eu tive um filho. E você teve outras gravidezes? Não. É para pôr em dia a sua ficha clínica! (Salvo que eu preenchi isso tudo, bastava ler o formulário!).» (Claudia)

«Eu pedi um exame de ISTs. Ele foi-me negado porque sou lésbica e os médicos partem do princípio que não há necessidade: a relação é estável, as práticas são seguras. Eu não contestei, mesmo estando super informada e sensibilizada.» (Aurore)

«Eu precisei de ir a um ginecologista para verificar se não tinha um quisto nos ovários. Eu estava stressada. A ginecologista não fez anamnese (análise da trajetória de saúde do paciente). Avisei que eu sou virgem. A ginecologista reclama porque precisa de outro aparelho e que preciso de voltar outro dia. Na próxima vez, a ginecologista reclama porque é mais difícil de fazer o ultrassom por causa do meu peso. Cada vez que volto acho-a mais rude.» (Lucie)

«Mas porque te pareces com um homem? É um desperdício». (Testemunho de Dal, do artigo Obs: «Quand les gynécologues sont brutaux»<sup>14</sup>)

<sup>14</sup> Veja o artigo "Quand les gynécologues sont brutaux" Disponível em francês no site: [www.nouvelobs.com/](http://www.nouvelobs.com/)

«Recentemente, precisei de ir ao ginecologista. Pedi especificamente por uma mulher. Quando cheguei, a ginecologista não estava lá, e no seu lugar estava um homem. Não fiquei nada feliz.» (Patrícia)

«Fui a uma consulta com uma ginecologista por questões específicas sobre problemas hormonais. Não apenas ela não respondeu a nenhuma das minhas questões (que acabei por encontrar as respostas em diversos estudos), mas também encerrou a consulta dizendo: "Você tem ares de ser uma mulher inteligente... O seu peso é uma pena". Eu peso 125 quilos por causa dos distúrbios hormonais para os quais marquei a consulta.» (Miriam)

No decorrer das nossas vidas, podemos decidir consultar de maneira regular o/a ginecologista, fazer exames de rotina ou decidir ir a uma consulta quando uma necessidade ou problema aparecem. Nestes casos, confrontamo-nos muito frequentemente com normas médicas:



- **normas em torno dos nossos corpos:** com quem nos devemos parecer, quanto devemos pesar, como devemos funcionar, se o nosso corpo deve ser depilado, etc.
- **normas em torno da nossa identidade de gênero e da nossa sexualidade:** com quem os nossos corpos de mulher se devem parecer, que tipo de sexo devemos praticar, ou que tipo de sexualidade e orientação sexual são valorizadas ou reconhecidas, etc.
- **normas em torno das decisões a ser tomadas:** que tipo de contraceção devemos utilizar, que exames podemos fazer, etc.

Destacamos duas questões: a contraceção e o rastreio de ISTs.

## CONTRACEÇÃO:

Em termos de contraceção, os médicos normalmente propõem os seguintes métodos:

- O preservativo SE a mulher não tem parceiro fixo;
- A pílula contracetiva ou outro método de contraceção hormonal SE a mulher está numa relação heterossexual;
- Utilizar os dois métodos em conjunto porque nenhum dos métodos de contraceção é infalível (a dupla contraceção é frequentemente proposta a adolescentes ou a mulheres jovens);
- O DIU hormonal ou de cobre quando a mulher tem uma idade mais avançada (normalmente depois de dar a luz).

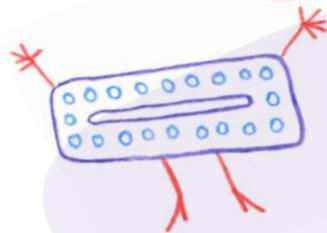
O critério médico é a eficácia, ou seja, a taxa de sucesso de um método contracetivo em prevenir uma gravidez. A contraceção hormonal não é conveniente para muitas pessoas. Somos muitas as que não querem - ou não queremos mais - utilizar um contracetivo hormonal a dado momento das nossas vidas.

A escolha de um contracetivo depende de muitos fatores (cabe a nós escolher os fatores que são mais importantes):

- o tipo de vida sexual que temos;
- a interação entre nossos corpos e o método de contraceção: por exemplo a redução de certos sintomas com contracetivos (a acne, as cólicas menstruais, etc.) ou a redução de certos efeitos colaterais da contraceção (falta de líbido, ganho de peso, etc.);
- a facilidade de utilização;
- se nós queremos um método de longo prazo;
- se estamos confortáveis em lembrar-nos dele todos os dias ou se preferimos um método que não precisamos de pensar muito sobre;
- em função da implicação do parceiro se estamos numa relação heterossexual;
- etc.

Em resumo, o melhor método de contraceção é o que escolhemos, porque uma gravidez indesejada é sempre passível de ocorrer nos nossos corpos.

Uma consulta médica deve sempre apresentar a diversidade de métodos existentes, responder às nossas dúvidas sem querer guiá-las e apoiar-nos a afinar os critérios que são importantes para nós. Pode acontecer que o/a profissional de saúde não informe sobre certos métodos porque ele/a não os conhece bem: por exemplo, não está confortável em inserir um DIU, não sabe como acompanhar uma mulher que queria um diafragma, não se sente capaz de explicar sobre a auto-observação dos ciclos, etc.



**A hashtag #PayeTaContraception** foi criada em 2019 pela jornalista feminista francesa Sabrina Debusquat na ocasião da publicação de seu manifesto feminista por uma contraceção plenamente satisfatória: Cansada de sofrer devido à minha contraceção (edições Les Liens quer Libèrent, 3 abril 2019). O seu objetivo é libertar as pessoas para falarem sobre o sofrimento contracetivo (carga contracetiva, efeitos indesejados sofridos “por falta de algo melhor”, etc.).

## PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST/DSTs)

No que diz respeito à prevenção de IST/DSTs, a norma diz respeito a pessoas que têm relações heterossexuais ou homens que tem relações sexuais com outros homens. As mulheres que tem relações sexuais com outras mulheres são frequentemente deixadas de lado, e as relações sexuais de pessoas trans\* são um terreno desconhecido por muitos/as profissionais. **A necessidade de um teste de triagem não deve ser objeto de negociação baseado na nossa orientação sexual ou identidade de género.**



No entanto, podem ser feitas perguntas para obter mais informações sobre os riscos que foram assumidos, porque talvez outros aspetos precisem ser levados em consideração. Por exemplo: uma mulher pede para fazer o teste de VIH/SIDA (vírus da imunodeficiência humana) porque acabou de fazer sexo sem proteção. No futuro imediato, é melhor ser-lhe oferecido o tratamento de profilaxia pós-exposição (PPE) do que um teste de rastreio. Na verdade, é preciso esperar três meses para fazer o teste de VIH no sangue.

Do ponto de vista jurídico, nenhum teste é necessário. Os exames são recomendados apenas com base na história ou idade do paciente.

### Para mais informações sobre rastreios:

<https://positivo.org.pt/centros-de-deteccao-do-vih-em-portugal/>



O site belga Gotogynéco (<https://gotogyneco.be>) tem como objetivo sensibilizar ginecologistas para as particularidades das mulheres que tem relações sexuais com mulheres. Os/as profissionais de saúde estão frequentemente pouco informados/as sobre os problemas específicos que as mulheres podem viver; e ao mesmo tempo, as próprias mulheres podem ter a impressão que a consulta ginecológica não vai além de prescrever contraceptivos (e que portanto, não lhes diz respeito). O site possui uma lista de ginecologistas “lesbian e bisexual-friendly”.

## DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-CONCEÇÃO E PRÉ-NATAL



«Em salas de espera lotadas, misturam-se pessoas em processo de reprodução assistida em sofrimento com mulheres grávidas e/ou com crianças (pode parecer banal, mas é muito cansativa, essa "coabitação!"), a espera é de no mínimo 2h30. Às vezes, ainda esperamos 30 minutos no armário sem janela, sozinhas, sem uma explicação. A consulta é muito rápida. Quando eu saio de lá percebo que não pude fazer as minhas perguntas, que não entendi tudo, ou processo o que ouvi depois do fato.

"Deve entender que esse tipo de análise custa caro à sociedade!", "O seu companheiro ainda não fez este teste? Teremos que marcar novamente!"... E bum! Mais 1 mês à espera! Depois de algumas vezes, descubro e faço listas para não me esquecer de nada, insisto em receber explicações quando não entendo e faço anotações.»



## Vulva chat



«Conheci uma mulher que sofreu violências e tomava medicamentos ansiolíticos. Quando ela foi ao médico porque estava grávida, o médico disse-lhe que a gravidez deveria ser interrompida. Ele disse que ela não podia ser mãe por causa de seus problemas de ansiedade e dos medicamentos que estava a tomar.» (Laurence)

«Fui obrigada a fazer um exame vaginal em cada consulta. Foi muito difícil continuar por causa do meu passado como vítima de violência sexual. Fiquei indignada quando a minha vizinha me disse que apenas fez um no final da gravidez. Então, o exame vaginal não é obrigatório? Mentiram-me durante 9 meses!» (Rosa)

«A minha altura (1,5m) foi considerada uma anomalia e ficou claro para mim que não conseguia ter parto normal. Não foi feito nenhum exame para confirmar isso, mas depois soube que a radiopelvimetria<sup>15</sup> era recomendada. Ela poderia ter evitado minha primeira cesariana.» (Ana)

«Aos cinco meses de gravidez, perguntei ao ginecologista se eu poderia escolher livremente a posição para empurrar e ele disse 'sim, desde que eu possa fazer o que eu quiser.' Eu deveria ter trocado de médico nessa altura.» (Pauline)

**15** Radiografias feitas no final da gravidez para identificar "a circunferência dos eixos da pélvis da mãe" (conforme definido pelo Dr. R. Frydman). Este é um procedimento que não é unânime do ponto de vista científico. Porém, neste depoimento, a avaliação do tamanho da pélvis da mulher é feita de forma ainda mais arbitrária.

«(Por não saber o idioma) não entendi que tinha que ser operada (por cesariana), que ia adormecer. Quando acordei, meu bebê não estava lá. Eu estava realmente com medo.» (Fatou)

«Ah você sabe, mulheres como você dão sempre à luz cedo ou por cesariana, vai ver.» (Kebe D., Maman noire et invisible, p.27)

«Não façam duche vaginal... Vocês negras, eu sei que fazem.» (idem, p.27)

«Durante o ultrassom, a ginecologista viu algo estranho, mas disse para não me preocupar, com certeza daria certo. Pedi uma segunda opinião e levamos os comentários mais longe. O feto estava malformado. Rapidamente fui atendida para um aborto. Felizmente, mudei de médico!» (Maud)



«Durante a minha primeira ecografia ventral para o meu primeiro bebé, a ginecologista pressionou a minha barriga com tanta força que a minha pele literalmente rasgou. Segurei a mesa com dor e disse-lhe que estava com dor. Ela disse 'e você quer dar à luz sem uma epidural? Obviamente, você não será capaz de fazer isso'. No entanto, alguns meses depois, dei à luz sem uma epidural depois do meu parto ser induzido e a médica disse que é mais doloroso do que um parto 'normal'.» (Malika)

«A ginecologista queria impor uma indução do parto porque estimou que o meu bebé pesaria mais de 5 quilos se o prazo fosse ultrapassado. Eu teimosamente recusei. O meu bebé nasceu bem após o termo, pesando 3.680 quilos.» (Hind)



Carregar a vida de outro ser humano é visto por algumas pessoas como incompatível com o nosso desejo de ser livres.

**Espera-se que nos submetamos às ordens, imposições e decisões dos profissionais “para o bem-estar do futuro bebé”.**

No entanto, não guardamos as nossas capacidades para pensar no frigorífico durante os nove meses de gravidez! Qualquer ato médico deve ser realizado com respeito, gentileza e, sempre que possível, levando em consideração as nossas preferências. As ações das pessoas que nos acompanham devem ser baseadas em evidências científicas. Os atos propostos devem ser explicados durante as consultas para que possamos tomar decisões informadas.

Os exames oferecidos durante a gravidez são: ecografias, exames vaginais, exames ginecológicos, hemogramas, exame de diabetes, pelvimetria, teste de stress, monitorização, amniocentese. **Nenhum destes testes é obrigatório durante a gravidez.** Um/a médico/a não pode pedir um teste se a paciente o recusar. Ele/a pode, no entanto, recusar-se a continuar a fazer o acompanhamento se considerar que não tem mais condições de o fazer. Ele/a deve, no entanto:

- referenciar o contacto de outros/as médicos/as se a paciente assim solicitar e
- transmitir toda a ficha clínica à pessoa que sucederá para que os cuidados sejam prestados corretamente.

**Durante a gravidez, podemos sempre mudar de ideias e, portanto, podemos mudar de profissional.**

Se percebermos que a visão do parto é diferente, se as perguntas não forem bem recebidas, é melhor mudar o quanto antes! O acompanhamento médico durante a gravidez pode ser realizado por diferentes profissionais de saúde: parteira, clínico geral, ginecologista. Um/a profissional pode-nos ser adequado/a no acompanhamento de rotina, mas não para o parto. O mesmo é válido para a escolha do local do parto. Em Portugal é possível ter o parto em hospitais públicos ou privados e no domicílio. Temos escolhas, por isso é importante fazer as perguntas: "Com quem é que eu quero dar à luz?", "Qual é o lugar que melhor responde às minhas expectativas e necessidades?".

Algumas mulheres não desejam ter assistência médica para o parto. Elas fazem a escolha de um parto não-assistido. Elas podem preparar-se por meio de acompanhamento médico da gravidez (não é obrigatório) e preparações específicas (controlo da dor, posição do parto, etc.). No dia do parto, nenhum profissional médico estará presente em casa (podendo estar, por exemplo, uma doula).



### Vulva de guarda

O "Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes" (IRASF, Instituto de Pesquisa e Ações para a Saúde da Mulher) é uma associação que foi formada em março de 2017 após a evolução do grupo do Facebook criado em 2015: **Stop Impunity for Obstetric Violence (S.I.V.O)**. Elas propuseram-se a estudar as origens e consequências desta violência na vida das mulheres como um todo e a produzir dados dentro da equipa do Observatoire des violences obstétricales et gynécologiques (Observatório de violência obstétrica e ginecológica). É possível enviar depoimentos através do site: <https://www.irasf.org/>.





## DURANTE O APOIO AO ABORTO

«Durante uma consulta de IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez), a psicóloga disse-me: "Você é doutoranda, não é? Você tem os meios para o manter.»

«Estou em procedimento de fecundação in vitro há 18 anos. Quando finalmente engravidei, pedi para receber o caderno da gestante. Eles não me queriam dar até aos 3 meses de gravidez. Com 18 semanas, o coração do bebé parou de bater. Eles planearam uma Interrupção Médica da Gravidez (IMG) e deram-me uma brochura para me informar sobre o procedimento: eles nem se deram ao trabalho de me explicar o que ia acontecer. Felizmente, tive um aborto espontâneo antes do procedimento.» (Anne)

«Ao planejar um aborto durante o segundo trimestre, os pais gostariam de interromper a gravidez o mais rápido possível, pois é muito doloroso. Mas, muitas vezes, os comités de ética irão identificar um período de tempo mais longo para a mãe e os pais 'lamentarem'.»



«O coração do meu filho parou de bater durante o segundo trimestre. Recusei a intervenção médica para remover o feto. Decidi esperar que as coisas acontecessem naturalmente, ficando atenta aos sinais de alerta para evitar qualquer risco. Pude dar à luz o meu bebé morto na minha casa. Isso permitiu-me vivenciar melhor este evento e encerrar essa aventura nas condições que eu precisava.»

(Marie-Hélène<sup>16</sup>)



O aborto é o ato de interromper uma gravidez.

- A nossa gravidez pode terminar naturalmente: a isso chama-se aborto espontâneo. Manifesta-se por perda de sangue. 80% dos abortos espontâneos ocorrem durante os primeiros três meses de gravidez<sup>17</sup>.
- É possível interromper voluntariamente a nossa gravidez. Em Portugal, a lei prevê as condições: esta interrupção é possível até 10 semanas de gravidez mediante solicitação da pessoa grávida, autorizada até às 12 semanas por motivos psicológicos ou depois das 12 semanas por motivos médicos ou em casos de violação.

### **Abortos espontâneos e abortos induzidos fazem parte da vida das mulheres. Muitas mulheres passam por estas experiências.**

Em qualquer parte do mundo, se virmos 4 mulheres na casa dos 50 anos, pelo menos uma fez uma IVG na vida. Muitas vezes, é um tabu falar sobre esses eventos:

- seja porque a gravidez desejada não foi capaz de seguir seu curso e isso pode ser um evento difícil de experienciar;
- seja porque interromper voluntariamente uma gravidez pode ser mal visto pela sociedade. Existe o medo de ser julgada.

**O Fórum Ingriane** (<https://paratodasnos.red>) **é uma comunidade autónoma, feminista e antirracista.** É um espaço de produção e troca de conhecimentos, informações e experiências sobre justiça reprodutiva; um lugar de acolhimento emocional e quebra de isolamento, integrando práticas de autocuidado e de autodefesa feministas.

**Vulva de guarda**



O blog "**Fiz um aborto, estou bem, obrigada**" (<http://blog.jevaisbienmerci.net/>) foi criado por um coletivo de mulheres feministas de diferentes idades. Esta iniciativa torna visíveis os testemunhos de mulheres que fizeram um aborto e se sentem bem com a sua decisão.

**Aborto no dia a dia** (<https://www.binge.audio/livg-au-quotidien/>) é um relato de Anouk Perry, com realização de Quentin Bresson. Traz um panorama do quotidiano de quem pratica uma IVG em França, em 2019. Como é que a equipa de enfermagem escolheu trabalhar aqui? Como é que apoia mulheres que decidiram fazer um aborto? Como é que as pessoas ao redor destes cuidadores percebem a sua profissão?

<sup>17</sup> Informações disponíveis nas diretrizes do American College of Gynecologists and Obstetricians (maio de 2015): <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Early-Pregnancy-Loss>



## DURANTE O PARTO

### Vulva chat



«Fui proibida de me mexer para que o monitor pudesse medir tudo, era insuportável estar na cama! Eu precisava de andar! A epidural? Aliviou-me por 30 minutos, depois não funcionou, rasgou o meu ventre, mas a parteira não acreditou em mim.»

«No meu primeiro parto, fui proibida de comer ou beber durante as 32 horas que seguiram o rompimento da bolsa, eu estava exausta. Para o meu segundo o mesmo, mas foi mais rápido. No meu terceiro (noutra maternidade), consegui comer e eber sem problemas.»

«Tive que empurrar, foi mais forte do que eu mas não pude ouvir o meu corpo porque o ginecologista ainda não tinha chegado. A parteira disse-me para respirar e segurar e então ela foi-se embora pelo que me pareceu uma eternidade. Quando o ginecologista finalmente chegou, ele disse-me para empurrar, mas mais nada, eles tiveram que usar ventosas para tirar o meu bebé. Da próxima vez, vou empurrar quando tiver vontade!»

«Eu queria dar à luz sem uma epidural, era importante para mim tentar controlar a dor sozinha. Quando comecei a sentir muitas dores, a parteira insistiu muito para que ma dessem, disse que era a minha última oportunidade porque a anestesista se ia embora...»

«O meu marido viu o ginecologista pegar na tesoura para fazer a episiotomia e lembrou-o que eu não queria. Ele respondeu que era essencial. Depois, a enfermeira contou-nos que ele fazia sempre episiotomias. Por que é que não disse nada quando perguntei? Em vez disso, ele tranquilizou-nos e disse que raramente o fazia.»

«Fui examinada por um assistente que me disse que era normal, que eu não devia preocupar-me, que estava era muito sensível, mas não melhorou. Tive complicações, infeção na episiotomia, pontos que falharam. Um mês depois do parto, eu ainda não me conseguia sentar... Eu tinha dito, porém, que não era normal sentir tantas dores. Foi o meu terceiro filho.»

«Uma parteira veio-me examinar e disse-me que o meu colo do útero não estava dilatado o suficiente e que o tempo tinha acabado. Eles estavam a preparar a cesariana. Cerca de vinte minutos depois, sinto a cabeça do meu bebé perto da minha vulva. Ligo para a parteira que se recusa a examinar-me porque "Um colo do útero não abre 4 cm em 20 minutos!" Mas eu insisti tanto que ela acabou por vir. Em dois empurrões, meu bebé estava nos braços dela!»

«Durante o parto, adotei as posições que me eram mais confortáveis. A ginecologista ficou surpreendida ao ver-me adotar, mesmo antes dela dizer, as posições que me ia aconselhar dada a posição do bebé. Devo dizer que fui a primeira paciente dela que deu à luz sem uma epidural (exceto numa emergência).» (Chloe)

«Durante o meu parto, eu queria masturbar-me. Eu tinha ouvido falar sobre a importância da estimulação do clitóris na fisiologia do parto. Mas foi difícil deixar-me ir na frente da equipa médica. Pedi que me deixassem um pouco sozinha. Mas eles recusaram. Não pude vivenciar esse ato que, no entanto, tinha muito significado para mim.» (Manon)





**Vulva  
alerta**

De acordo com um guia publicado pela OMS, **“como parte de um parto normal, é preciso haver um motivo válido para intervir nesse processo natural”**. As mulheres “devem ser livres de escolher a posição em que preferem estar para dar à luz (e encorajadas a escolher)”. A gravidez e o parto não são doenças. **O conhecimento e as tecnologias médicas são positivos e melhoram a segurança, desde que sejam usados com sabedoria.** Qualquer ato médico necessita do nosso consentimento informado<sup>18</sup>. Por este motivo, deve-nos ser entregue informação objetiva sobre o ato médico a que nos vamos submeter: o seu objetivo, natureza, duração, grau de urgência, as contra-indicações, efeitos secundários, riscos relacionados à intervenção, cuidados de seguimento, alternativas e repercussões financeiras. Nós podemos retirar o nosso consentimento a qualquer momento!

Durante o trabalho de parto e o nascimento temos o direito de...

- viver o trabalho de parto e o nascimento do nosso bebé ao nosso ritmo e sem intervenções que não tenhamos solicitado;
- estar acompanhadas por uma pessoa da nossa confiança durante a duração total do trabalho de parto e do nascimento;
- recusar ser examinadas por estudantes;
- ser informadas dos motivos e efeitos, para nós e para o nosso bebé, de todas as intervenções (indução do parto, estimulação, fórceps, episiotomia, epidural, calmantes, monitorização contínua, soro, etc.) e de recusar as que não considerarmos pertinentes;
- comer e beber a qualquer momento;
- fazer força e dar à luz na posição que melhor nos convém;
- limitar o número de pessoas presentes durante o nascimento do nosso bebé (familiares e intervenientes).

**18** Para mais informações sobre os direitos da paciente no parto: [https://www.pgdiisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?tabe-la=leis&nid=3164&pagina=1&ficha=1](https://www.pgdiisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabe-la=leis&nid=3164&pagina=1&ficha=1)

Se nos for dito que precisamos de uma cesariana, temos o direito de...

- conhecer quais as condições médicas em que tal intervenção é necessária, o grau de urgência e as possíveis alternativas;
- ser informadas sobre os diferentes tipos de anestesia disponíveis e escolher o que mais nos convier;
- ter um/a acompanhante em todos os momentos.

Nenhum exame ou intervenção são obrigatórios durante o parto. O bebê não tem estatuto jurídico até ao nascimento. Os pais são os únicos com poder de decisão (e imposição) dos atos que convêm ao seu bebê.

Pode ser muito útil colocar questões durante a gravidez à parteira ou obstetra escolhido/a sobre os métodos que utiliza, sobre os cuidados ao recém-nascido, os protocolos do local do parto. **Também podes negociar com a equipa sobre as coisas importantes para ti. A lei não impõe nada a médicos ou hospitais em relação a protocolos.** É uma escolha livre dos estabelecimentos.



**Vulva de guarda**

**O episódio 8 do podcast Olhares<sup>19</sup>**, fala sobre “maternidade e feminismo tentando abordar a respeito das falácias que envolvem o assunto, o poder de escolha em ter ou não filhos, tipos de parto e violência obstétrica. Ainda, a importância de ser mãe e feminista, suas dificuldades e como o exemplo para os filhos pode ser fundamental para a construção moral e promoção de uma sociedade mais igualitária.

<sup>19</sup> Podcast disponível em:

<https://olharpodcast.com.br/ep-08-maternidade-e-feminismo-combinam/>

## CONSULTAS POR VOLTA DE E A PARTIR DOS 50 ANOS



«O médico disse-me: tome este comprimido, vai sentir-se mulher por mais tempo. Essa frase chocou-me verdadeiramente, eu não compreendi.» (testemunho em Markstein C. et Szyper M., Le temps de s'émanciper et de s'épanouir, éditions souffle d'or, Gap 2009 p.75)

«Aos 45 anos o meu médico dava-me hormonas, nunca reclamei de nada. Senti que não tinha escolha, mas aceitei sem fazer perguntas. Pensei que tinha de ser feito assim. Hoje tenho 54 anos e parei e estou com raiva. Acho que fui privada de uma vivência, que fui roubada de uma experiência e da minha capacidade de viver esse período sem terapia de substituição.» (testemunho em Markstein C. et Szyper M., Le temps de s'émanciper et de s'épanouir, éditions souffle d'or, Gap 2009 p.75)

«Tenho 40 anos, o meu ginecologista disse-me que está na altura de pensar em fazer uma mamografia. Não estou de acordo.» (Natacha)

«Estava no ginecologista. Ele encontrou um mioma no meu ovário e falou comigo sobre remoção do útero, embora eu não sinta dor e nunca tenha tido problemas de menstruação. Não entendo porque é que ele me falou sobre isso.»  
(Kalinka)

«O meu ginecologista, que conheço há 30 anos, disse-me quando eu entrei na menopausa "menina tome este tratamento hormonal e não faça perguntas" e passados 10 anos tenho cancro da mama. Estou certa que é por causa das hormonas. Não concordei porque tinha ouvido falar dos riscos desse tratamento. Não sei porque obedeci.»  
(Uma mulher encontrada no hospital)

«Após um prolapso (descida de órgãos) a minha ginecologista propôs-me uma intervenção cirúrgica e ao mesmo tempo disse-me que seriam retirados o útero e os ovários mas sempre que vou à consulta diz-me que está tudo bem em termos ginecológicos. Eu não compreendo.»  
(Uma mulher encontrada num grupo de conversa)



O período em torno dos 50 anos, é um período fisiológico na vida de uma mulher. **Não é uma doença que é preciso tratar, nem um período de risco a ter em conta.** Infelizmente as mudanças hormonais e o envelhecimento são frequentemente utilizados pelas companhias farmacêuticas, cosméticas e por um certo lobby médico como pretexto para reforçar o controlo sobre os nossos corpos e a sua sobremedicalização.

Na perspectiva de uma certa prática médica devemos ser supervisionadas clinicamente nesta idade mais do que nunca. **Muitas vezes, a medicina preventiva afirma estar a proteger-nos, ao explorar o nosso medo de morrer.** Ela propõe-nos, até mesmo impõe exames preventivos, quando alguns deles foram demonstrados como sendo abusivos, inúteis ou até mesmo prejudiciais. A medicina faz-nos acreditar que alguns dos nossos órgãos já não são necessários, que eles podem ser removidos mesmo que não haja queixas. Para as mulheres que envelhecem, a medicina do “risco 0” torna-se numa estratégia para trazê-las de volta ao mundo médico.

Por volta dos 50 anos, tal como para o resto da nossa vida, nós podemos decidir ir a consultas médicas de forma regular ou pelo contrário, ir a consultas apenas quando tenhamos algum problema.



Na reportagem chamada “**Menopausa, o próximo front do feminismo**” de Carolina Vicentin para a Revista Azmina, a autora descreve como as mulheres estão a abordar a menopausa de uma maneira diferente daquela que nos foi apresentada ao longo da nossa vida, quase como uma doença a ser evitada, e fala sobre como essa mudança de perspetiva tem tudo que ver com o feminismo:

<https://azmina.com.br/reportagens/menopausa-o-proximo-front-do-feminismo/>

## O TRATAMENTO DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Há muitas décadas que a medicina utiliza o termo “menopausa” para se referir ao período que as mulheres atravessam por volta dos 50 anos. Sugere que este é um período de disfunção, uma doença: as mulheres com cerca de 50 anos têm falta de hormonas. Assim, muitas de nós vão novamente a uma consulta e recebem a terapia de substituição como padrão.

Quando nos são oferecidos esses tratamentos, são-nos fornecidas poucas informações suplementares:

- Para que é usada? Como funciona?
- Quais as vantagens e desvantagens? Quando ouvimos sobre os benefícios das ondas de calor para a saúde do nosso coração? Ou, ao contrário, quando é mencionada a ligação entre a terapia de reposição hormonal e o aparecimento de cancro?
- É tudo focado nas hormonas, nos impactos que podem ter na nossa sexualidade, nos/as nossos/as parceiros/as. Mas quando é que as diferentes facetas das nossas vidas são tidas em consideração?

Hoje em dia, muitos estudos confirmam os efeitos secundários graves desse tipo de tratamento<sup>20</sup>. Portanto, **a discussão não deve continuar a ser reduzida a um debate a favor ou contra a reposição hormonal. Pelo contrário, trata-se de refletir sobre a construção social da menopausa.** Se esta doença não existe, precisamos realmente de acompanhamento e tratamentos médicos ao longo desta passagem fisiológica? Será que podemos recorrer às nossas próprias capacidades para lidar com alguns sinais físicos que aparecem nesta idade?

---

**20** Disponível em inglês em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31709-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31709-X/fulltext)

Artigo com resumo em português em: <https://www.wort.lu/pt/sociedade/menopausa-terapia-hormonal-aumenta-risco-de-cancro-da-mama-5d790174da2cc1784e34b582>

## O RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

Em Portugal, o Programa de Rastreio de Cancro da Mama é dirigido a mulheres assintomáticas (que não apresentam sintomas) com idade compreendida entre os 50 e os 69 anos e consta na realização de uma mamografia a cada dois anos. Se ainda não atingiu os 50 anos deve procurar ser seguida pelo seu Médico de Família ou Ginecologista.



Vulva de guarda

Mais informações sobre o Programa de Rastreio de Cancro da Mama em Portugal em: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>

E sobre a deteção do Cancro da Mama, em: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-deteccao/>

Este dispositivo é questionável. As faixas etárias escolhidas são arbitrárias. Frequentemente, os médicos podem propor-nos fazer uma mamografia mais cedo sob o pretexto de termos antecedentes familiares ou hereditários. Mas quem não tem pelo menos uma mulher na sua família que foi diagnosticada, tratada ou morreu de cancro de mama? **A ficha clínica e a genética colocam de lado o impacto das nossas condições de vida na nossa saúde**, e também que os raios da mamografia são igualmente nefastos e certas mulheres podem ser especialmente sensíveis aos mesmos, e desenvolver cancro da mama.

Novamente, **a informação que concerne este rastreio é incompleta**. Dizem-nos pouco sobre os benefícios reais e dos custos do rastreio na saúde das mulheres:

- o número relevante de falsos positivos: ou seja, uma mulher é diagnosticada como positiva mas depois de realizar exames complementares, percebe-se que não tem cancro;
- o número relevante de sobrediagnósticos (o facto de que um cancro detetado precisa ser tratado, mas talvez ele tivesse desaparecido por conta própria).

Há uma certa perspetiva da medicina que torna invisível o facto de que é possível trabalhar coletivamente nos nossos recursos internos e externos para cuidar melhor de nós mesmas: pensar e agir sobre as nossas condições de vida, as nossa condições familiares, a sobrecarga de trabalho doméstico, a carga mental, o nosso isolamento...



Saber mais sobre a prevenção do cancro da mama não é um assunto só para pessoas adultas! A cartilha brasileira **“Os Astros dizem: vamos se cuidar!”** da organização Engajamundo, é um guia básico para jovens sobre cancro da mama, apresentando o tema de uma forma divertida e convidando a reflexões sobre este tema entre populações indígenas e pessoas trans\*. A cartilha pode ser encontrada em: <https://bit.ly/osastrosdizem>



## AS FERRAMENTAS PARA REAGIR, OS MEIOS PARA NOS DEFENDERMOS

Em cada uma de nós encontramos uma Super-Vulva. Cada super heroína vai-nos ajudar a garantir a nossa segurança, a nossa integridade e os nossos direitos reprodutivos e sexuais. Seja enfrentando um/a ginecologista, um/a parteira ou terceiros que acreditam que têm permissão para comentar, julgar, tocar... nós podemos mostrar as nossas garras! Como qualquer Vulva que se preze, a Super-Vulva tem diversos superpoderes que coloca à nossa disposição. Cabe-nos escolher o que mais nos convém, em função da situação e humor do dia. Quanto mais usarmos os nossos superpoderes, mais fortes e especialistas nos sentiremos.

Os seguintes superpoderes vêm da autodefesa feminista. Esta prática de prevenção da violência foi desenvolvida em diferentes sítios do planeta, de diferentes formas. O que estes métodos têm em comum é:

- refletir em conjunto sobre as violências que afetam, **de maneira específica ou desproporcional, as mulheres e raparigas**, e questionam as estruturas da sociedade que facilitam e legitimam essas violências;
- **desconstruir os estereótipos** das mulheres como fracas e frágeis e dos homens como invulneráveis e desafiar os mitos sobre a violência que impedem mulheres e raparigas de defender e proteger os seus limites;
- permitir que cada Super-Vulva possa **escolher técnicas de uma caixa ferramentas** mentais, emocionais, verbais e físicas de prevenção e de proteção;
- **desculpabilizar as vítimas** das violências a que estão ou poderão vir a estar sujeitas e colocar exclusivamente a responsabilidade pela violência no perpetrador;
- quebrar o isolamento e reforçar a solidariedade entre mulheres e raparigas, apesar das diferenças que nos separam.

A autodefesa feminista não cai do céu, é fruto das experiências de mulheres em todo o mundo. Mesmo sem termos feito alguma vez um treino em autodefesa, todas nós já estamos a utilizar estratégias e técnicas que nos foram transmitidas. Fazer uma formação pode expandir o nosso repertório e aumentar a nossa autoconfiança, permitindo-nos a ousadia de deixar a Super-Vulva sair quando precisamos dela. E esse trabalho em grupo permite-nos compreender que, embora os nossos esforços não parem a violência, nós não somos responsáveis por ela. Os/as responsáveis são as pessoas que cometem a violência, por indiferença, ignorância ou más intenções.

## SUPER-VULVA PREPARADA - SUPER-VULVA ARMADA

Nós somos as especialistas dos nossos corpos, diga-se! Mas quando a nossa experiência encontra a dos/as profissionais de saúde, às vezes surgem contradições. É por esse motivo que **é importante estarmos informadas sobre o funcionamento dos nossos corpos, dos procedimentos**

**e das suas alternativas, e dos direitos**

que temos enquanto pacientes e utentes.

Isso vai-nos permitir avaliar as opiniões e ações dos profissionais, perguntar claramente o que queremos e procurar outros profissionais quando os nossos não dão atenção ao que dizemos.

Só porque os profissionais têm formação universitária, isso não significa que saibam o que é melhor para nós: por exemplo, fazer um exame ginecológico à inglesa (deitada de lado) em vez de deitar de costas (pernas abertas e pés nos estribos). São os nossos corpos, as nossas escolhas, os nossos direitos!

Os serviços de saúde são frequentemente submetidos a altas velocidades. As consultas podem ser breves e deixar pouco espaço para colocar questões que possamos ter sobre a nossa saúde, os procedimentos e os tratamentos.

**Preparar com antecedência as questões que nos surgem pode-nos ajudar a criar um diálogo** com os/as profissionais de saúde e permite-nos ocupar o nosso lugar dentro da relação de prestação de cuidados de saúde. **Debater com amigos/as ou com um coletivo de mulheres, de utentes ou pacientes** permite-nos preparar para a situação.



Da mesma forma, é importante rodearmo-nos de pessoas de confiança que nos podem apoiar, especialmente nos momentos chave dos nossos contactos com o mundo médico. A primeira consulta de ginecologia, parto, IVG, resultados de análises respeitantes a doenças sexualmente transmissíveis, despistagem e/ou gestão de um cancro... tantas ocasiões em que é bom não estar sozinha! Uma pessoa de confiança é alguém com quem estamos à vontade para falar mesmo sobre coisas íntimas, que ouve as nossas opiniões, sentimentos e necessidades sem julgamento e que respeita as nossas decisões. Essa pessoa pode tomar o controlo quando nós não estamos capazes de fazer valer as nossas escolhas e os nossos direitos. Temos o direito de estar acompanhadas nos nossos procedimentos médicos.

### **A preparação, a informação e movimento para mais autonomia**

é também o princípio do movimento pela autossáude. Este tipo de práticas possibilitam assumir grande parte da nossa saúde sexual e reprodutiva, avaliar melhor os contactos com os/as profissionais de saúde e definir os limites.

*Uma grande parte das violências médicas são o resultado de condições de trabalho precárias. A obrigação pela rentabilidade afeta a qualidade dos cuidados médicos. O sexismo, racismo e outras formas de discriminação juntam-se a este problema.*

**Nós apoiamos as ações coletivas que denunciem as políticas de austeridade, as violências e os efeitos negativos que elas podem ter sobre nós.**

*«Antes do meu parto, eu e o meu parceiro fizemos uma lista do que queríamos e não queríamos, por exemplo "eu não quero: episiotomia, que me lavem ou limpem o peito, que deitem fora a placenta... Eu quero: poder mudar de posição sem ser incomodada, estar pele com pele com o meu bebé desde o nascimento...". Escrever foi uma oportunidade para expressar claramente os desejos ou recusas ao meu companheiro, então o resultado serviu de base para a discussão, bem antes do parto, com os diversos profissionais que me estavam a acompanhar. Quando finalmente as complicações me levaram para o hospital depois de 40h de contrações, fiquei feliz por ter este documento que resumia o que eu não tinha energia para dizer.» (Eglantine)*

«Uma vez, para testar o conhecimento do/a cuidador/a sobre a transmissão do HIV, perguntei por que motivo ele/a não calçava as luvas ao tirar sangue. A pessoa respondeu-me que não era necessário. Ela estava, portanto, ciente de que uma pessoa que faz o seu tratamento e que tem uma carga viral indetetável não corre risco de transmissão.» (Chris)

«Testei positivamente num exame do vírus do papiloma humano, responsável por causar cancro do colo do útero. A minha ginecologista não me explicou grande coisa pois ela conhece-me. Não ousei colocar questões. Marquei uma consulta com um oncologista que me perguntou se me tinham explicado, eu disse que não e de repente ele explicou melhor.» (Patrícia)

## CORAGEM, SAI FORA!

Como Super-Vulvas, não devemos nada a ninguém.

Não somos sequer obrigadas a defender a nossa honra nem é necessário educar profissionais ou enfrentá-los.

**Não ficar onde dói, onde há problemas, é uma estratégia absolutamente legítima para cuidar de nós mesmas e dos nossos direitos.** Temos também o direito de escolher as nossas lutas e as nossas prioridades. Não é necessariamente na mesa de exames de um/a ginecologista de pernas para cima que a Super-Vulva tem que conduzir uma discussão sobre sexismo médico.

É possível tentar evadir-se discretamente: ignorar uma pergunta, mudar de assunto se estiver a incomodar, não dar seguimento uma piada inadequada... Também pode ser feito com os pés: mudar de profissional e/ou local de atendimento.



«Quando estava grávida de 20 semanas, perguntei ao meu ginecologista se era possível visitar a maternidade. Ele disse-me: "isto está previsto acontecer às 28 semanas". Para mim isso é tarde demais. Resolvi mudar de local de atendimento. O meu ginecologista não encaminhou a minha ficha clínica. Tive de fazer uma série de exames novamente, mas as minhas perguntas foram respondidas.» (Manon)

«Nem toda a gente tem postura ou habilidade para contradizer o/a médico/a, questioná-lo/a, ser honesta com ele/a, etc. Existe o receio de ouvir gritos se não seguirmos o tratamento. Existe um problema de paternalismo.» (Lucy)

«Consigo identificar os/as bons/as médicos/as pelo facto de lerem ou não a minha ficha clínica. Se prestam ou não atenção ao bem-estar geral do paciente, se se informam quando se deparam com uma doença que não conhecem. É assim que decido se continuo ou não com esse médico/a. Um/a médico/a que não é tranquilizador, que não se informa, que não presta atenção à pessoa, eu não fico com ele.» (Aurore)

Certas Super-Vulvas dirão que não gostam de se tentar evadir porque se sentem como perdedoras. Para evitar que uma tentativa de evasão tenha um impacto negativo na nossa confiança, podemos sair de uma maneira forte. **Sair de maneira forte consiste simplesmente em explicar em voz alta aquilo que estamos a fazer:** “não vou responder a esta observação” ou “já vou indo”. Isso mostra que não é por fraqueza que saímos, mas por escolha.

Outras dirão que se todas as Super-Vulvas fugirem, nunca nada mudará. É esquecer os mecanismos de mercado que reinam no mundo médico! Cada consulta, cada ato médico, significa rendimento para os/as profissionais ou o serviço em questão... Consequentemente, se cada vez mais mulheres evitarem certos locais de atendimento ou profissionais e preferirem outros/as mais respeitosos/as com as suas necessidades, isso tem um impacto económico direto. Votar com os pés pode fazer refletir e pode produzir mudanças dentro do setor inteiro!

## A ARTE DA CONFRONTAÇÃO

Temos mais hipóteses de obter as informações e serviços que queremos sendo diretas.

**Quando colocamos as questões, não hesitemos em ser precisas.** São os nossos corpos, é a nossa saúde que está em jogo, e a eventual suscetibilidade dos/as profissionais é secundária. Por exemplo: “não entendi o que quer dizer por expressão abdominal, em que consiste exatamente?”, “quantas episiotomias realizou no último mês?”, ou “o que vai fazer exatamente para garantir que não me magoa durante o exame?”. Isso coloca os/as profissionais face às suas responsabilidades e mostra que somos nós quem comanda a relação de cuidado. Se eles ou elas não suportam esse tom direto, isso pode indicar falta de escuta e abertura, o que não inspira confiança.

Mas nós também temos o direito de dizer o que queremos e não queremos sem ser questionadas. Isso chama-se dar ordens. Em função da situação e do estado erigido da nossa Super-Vulva interior, nós podemos fazer pedidos diplomáticos: “eu prefiro claramente os métodos de contraceção não hormonais”. Também podemos mostrar as nossas garras: “deixe de tocar na minha vagina sem o meu consentimento!” **Para as situações mais complexas, incluindo aquelas que nos deixam desconfortáveis, a Super-Vulva oferece a técnica de três frases** (ver tabela abaixo). Esta técnica permite colocar os limites claros e indiscutíveis, respeitando a pessoa à nossa frente. Um superpoder precioso em qualquer circunstância.



Primeira fase: descrever o problema	Segunda fase: descrever o sentimento	Terceira fase: descrever a solução
Você está a reduzir os meus problemas de saúde ao meu peso.	Não me sinto tida em conta.	Faça os exames como a qualquer outra mulher.
Você está-me a dizer para fazer um esfregaço.	Estou surpresa.	Explique-me porque motivo isso é necessário.
Você está-me a exigir que fale sobre as minhas práticas sexuais para doar sangue.	Isso choca-me.	Exijo que respeite a minha vida privada.
Você julga as minhas escolhas.	Isso revolta-me.	Guarde as suas opiniões para si.
Você está-me a apresentar apenas um medicamento como solução.	Isso faz-me sentir forçada a ter que aceitar.	Explique-me as outras opções.
Você diz-me que vou morrer se não fizer o que você quer.	Isso assusta-me.	Tome o tempo para me explicar os riscos de cada alternativa.
Você toca na minha vagina sem me perguntar ou prevenir.	Sinto-me violada.	Nunca mais volte a fazer isso!
Você não me leva a sério quando digo que estou mal.	Isso irrita-me.	Dê-me essa epidural imediatamente!
Você pergunta-me se tive algum problema com a contraceção.	Isso faz-me sentir estúpida.	Esteja ciente de que muitas vezes não há ligação entre um pedido de aborto e um problema com a contraceção.

Pode parecer muito difícil, porque muitas vezes ficamos impressionadas, ou não temos esse hábito, mas é eficaz e ajuda a recuperar a autoconfiança!

«No ano passado estive grávida. Como tive perdas, fui ao serviço de ginecologia do meu hospital. Fizeram-me exames a cada dois dias, durante duas semanas, de cada vez com um/a ou outro/a ginecologista a quem tinha de explicar todo o meu historial, além disso, os exames duravam o dia todo. Suspeitou-se de gravidez ectópica mas nenhum/a dos/as ginecologistas ousava tomar a decisão de interromper a gravidez. Um dia fartei-me. Exigi: "mas o que que é que estão à espera? Não se vê nada nas ecografias. É portanto uma gravidez ectópica. Querem que a minha barriga expluda?" Recusei-me a sair do hospital sem receber o meu tratamento. E deram-me uma injeção. Demorou mais uma semana para verificar se a gravidez havia terminado com sucesso.» (Karima)

«Tive um parto natural depois de ter recusado categoricamente a cesariana proposta (ou mesmo imposta de acordo com o protocolo da maternidade). Escorregou que nem manteiga! Tudo sem epidural e de quatro!» (Nadiejda)

## FAZER UM ESCÂNDALO



Tornar público o que está a acontecer é um grande obstáculo para um/a profissional. **Alguém que cometeu um erro ou uma transgressão não gostaria que isso se soubesse e essa é uma grande motivação para não repetir.** Não é necessário organizar uma conferência de imprensa para fazer um escândalo. Na maioria das vezes, é suficiente informar outras pessoas do que nos está a incomodar.

Isto tem várias vantagens:

- sair do isolamento e encontrar aliados/as;
- chamar outras pessoas à atenção sobre o problema;
- confrontar o/a profissional sobre o comportamento;
- fazer respeitar o nosso acordo ou recusa.

Isto amplia o círculo de responsabilidades para parar a situação. Por exemplo, outros/as profissionais presentes podem intervir mais facilmente a nosso favor se nós dissermos alto e bom som: “Você tocou na minha vagina sem o meu consentimento, é violência!”.

Finalmente, nós também podemos utilizar esta estratégia para avisar outras mulheres de profissionais desrespeitosos/as e iniciar uma fuga coletiva. Se ao sairmos do escritório informarmos toda a sala de espera de que tal profissional se permite piadas racistas, não leva a nossa dor a sério ou impõe tratamentos contra o nosso gosto, as outras mulheres poderão escolher se querem tentar a sorte aqui ou procurar algo melhor noutro lugar.

«Depois de um longo período de sexo exclusivamente com mulheres, conheci um homem. Fomos juntos a uma consulta de ginecologia para decidir um método contraceptivo. Exceto que o médico se recusou a deixar o meu parceiro entrar na sala de consultas comigo, apesar da minha insistência. Além disso, a compilação da ficha clínica, o esfregaço e as informações sobre os métodos anticoncepcionais foram concluídos em nove minutos. Escrevi uma carta aos membros do Conselho de Administração do centro de planeamento para os informar do mau atendimento que recebemos. Responderam-me que esse tratamento vai contra os valores do centro e que o médico recebeu um aviso.» (Irene)

## E DEPOIS?

A boa notícia é que nunca é tarde demais para a Super-Vulva intervir. Mesmo que no momento não tenhamos reagido como gostaríamos ou se só depois nos demos conta que a situação foi inaceitável, podemos agir pelos nossos direitos.

**O mais importante é que nos lembremos que não somos JAMAIS responsáveis por essa**

**violência.** As nossas reações (ou ausência de reações) não justificam uma falta de respeito ou uma agressão. Os/as responsáveis são os/as profissionais, a organização e o sistema de cuidados (financiamento, hierarquia, falta de formação e de meios, protocolos).

Quando vivemos uma situação de violência, podemos ter a sensação de que já não é oportuno fazer qualquer coisa, que “está acabado” ou que “não me atrevi a dizer nada, é tarde demais”. **No entanto, é importante fazer qualquer coisa com essa experiência difícil para que não continue a fazer-nos mal e para que possa fazer sentido.** Não é obrigatório confidenciar imediatamente: é sempre possível falar mesmo depois de ter passado muito tempo, quando nos sentimos com mais segurança ou mais capazes de enfrentar uma memória dolorosa.

Lembre-mo-nos que os coletivos ou círculos de mulheres, as associações de pacientes, os grupos de conversa são espaços que nos permitem expressar o nosso desconforto face à violência vivida, a um ato cirúrgico mutilador e imposto (uma episiotomia, uma cesariana, uma mastectomia, uma ovariectomia), às insistentes propostas de reconstrução mamária, à culpabilização de ter tomado hormonas de substituição, de ser muito gorda, de não ter feito o despiste...



Além de sermos ouvidas e apoiadas, também podemos precisar de nos libertar de uma experiência vivida, confrontando a pessoa responsável com a nossa verdade. Receber a confirmação de que algo inaceitável aconteceu pode aliviar a nossa dor. E a longo prazo, reclamações de todas as Super-Vulvas podem agitar as coisas para que as nossas Vulvas não tenham que passar por esse tipo de situação novamente.

«Eu estava no terceiro mês de gravidez, mas estava com corrimento e com dores. No início, os ginecologistas disseram que era normal. Fui três vezes ao pronto-socorro ginecológico na mesma semana, com pensos higiénicos cheios de sangue para comprovar que era grave. Encontrei sempre a mesma médica. Ela disse que eu estava a inventar e a exagerar, mas nunca se deu ao trabalho de fazer um teste. Na terceira vez, ela disse-me: 'Se você voltar eu não vou cuidar de si.' Naquela noite eu estava a ter contrações e secreção e sabia que era muito tarde. Voltei para a sala de emergência onde meu bebê foi encontrado morto. Pássei a noite no hospital e vi essa ginecologista de manhã durante as visitas. Ela ficou bastante surpresa. Disse-lhe poucas e boas e toda a gente veio a correr. Ela respondeu que conhecia uma senhora que teve quatro abortos espontâneos e ainda assim conseguiu ter filhos. Eu respondi: "Não quero saber dessa mulher! Fui eu quem estava envolvida e você não me levou a sério!" Ela não tinha mais nada a dizer e foi embora. Solicitei uma autópsia e descobriram que meu bebê tinha uma infecção tratável. Pedi para não ter mais contacto com aquela médica, mas na próxima vez que engravidei, no parto, encontrei-a porque ela estava de plantão. Eu ignorei-a tanto quanto possível e conseguia ver que ela me reconheceu e estava desconfortável.» (Loubna)

## FAZER UMA DENÚNCIA

**A Lei n.º 15/2014, de 21 de março<sup>21</sup>, relativa aos direitos do/a paciente impõe uma série de regras ao corpo médico na sua relação com os/as pacientes.**

Assim, os/as cuidadores têm a obrigação de obter o nosso consentimento livre e esclarecido. Isto implica, em particular, que nos expliquem o nosso estado de saúde, as suas consequências, os vários atos e tratamentos possíveis, bem como os seus riscos e benefícios.

Esta lei não prevê sanções, aplicando-se assim o regime jurídico geral: a responsabilidade civil ou penal.



Assim, existem diferentes meios de proteger os nossos direitos face aos cuidadores:

1. Se um cuidador não respeita a lei de 21 de Março, nós podemos interpor uma ação contra ele/a. Teremos que provar que houve uma falha (não cumprimento da lei, por exemplo), um dano e uma ligação entre falha e dano. Deve-se mostrar que, sem a culpa (o erro cometido pelo cuidador), o dano não teria ocorrido; que foi a falha que causou o dano.
2. Se tivermos ferimentos físicos, também podemos registar uma reclamação contra o/a cuidador/a junto dos órgãos de polícia criminal ou diretamente com o Ministério Público. O cuidador pode ser processado por golpes e lesões "voluntárias" ou "involuntárias". É o Ministério Público que conduz a investigação e levará o caso a julgamento, desde que as provas sejam suficientes.

<sup>21</sup> [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2292&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2292&tabela=leis&so_miolo=)

3. Queixas e reclamações sobre a prestação dos cuidados que recebemos podem ser feitas por qualquer pessoa no livro de reclamações, sendo que a resposta à reclamação é obrigatória. É também um direito dos/as pacientes receber indemnização por prejuízos sofridos.



Vulva alerta

**Temos que estar cientes de que “registrar uma denúncia” não é fácil. Pode inclusivamente ser um caminho cheio de obstáculos.** Mesmo com evidências suficientes, os procuradores podem por exemplo não acreditar na queixa. A mediação com o hospital também é tendenciosa, uma vez que o mediador é pago pelo próprio hospital para gerir os conflitos com os pacientes. Muitos pacientes acabam também por não receber as suas fichas clínicas. Estes acontecimentos não nos devem desencorajar, mas, pelo contrário, preparar-nos melhor para os desafios do procedimento e antecipar os conflitos mais duros.

Além da luta pela nossa justiça, também podemos lutar juntas para mudar mentalidades. **Ser ativista em grupos solidários e ajudar o mundo a mover-se é bom para a sua saúde!**



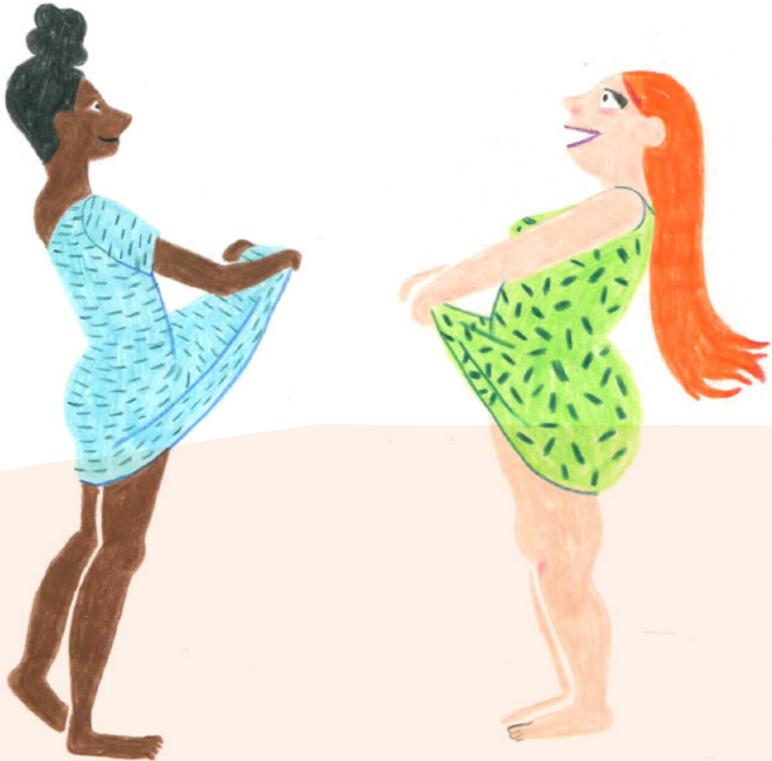
Vulva de guarda

Muitas vezes é útil estar acompanhada de um advogado especialista ou uma organização especializada nessas questões para que nossos direitos sejam bem defendidos; por exemplo, a organização sem fins lucrativos Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (<https://apmj.pt/apresentacao/a-p-m-j>).

## AUTOSSAÚDE E AUTOSSUPORTE, UMA FORMA DE AUTODEFESA

***“Se todas as mulheres do Planeta Terra acordarem amanhã e se sentirem bem e poderosas nos seus corpos, a economia mundial e com ela o sistema capitalista entrarão em colapso da noite para o dia.”***

*(Laurie Pennie, autora e feminista britânica)*



Face a uma sociedade que nos questiona em relação aos nossos corpos, a uma medicina autoritária e patriarcal, as Super-Vulvas organizam-se para retomar a posse dos seus corpos.

Espaços de autossauúde ou autossuporte são locais onde nos oferecemos apoio e escuta mútua, na ausência de profissionais. Testemunhamos; trocamos conhecimentos e experiências; informamo-nos; debatemos a diversidade das nossas experiências; identificamos remédios simples que nos podem dar alívio; apoiamo-nos umas às outras antes de ir a uma consulta médica.

**Graças ao discurso coletivo, recuperamos a confiança em nós mesmas e descobrimos ações simples que podemos fazer para cuidar de nós e do nosso corpo.** Isto permite-nos desligar do que a sociedade e a medicina pensam sobre os nossos corpos e a nossa sexualidade: podemos dar novos significados ao que acontece connosco.

*«Desde que participei do curso e partilhei as minhas experiências com outras mulheres da mesma idade, a minha visão sobre elas mudou. Olho para as mulheres da minha idade com muito mais ternura.»*  
(Hora de florescer e emancipar, op.cit. P91)



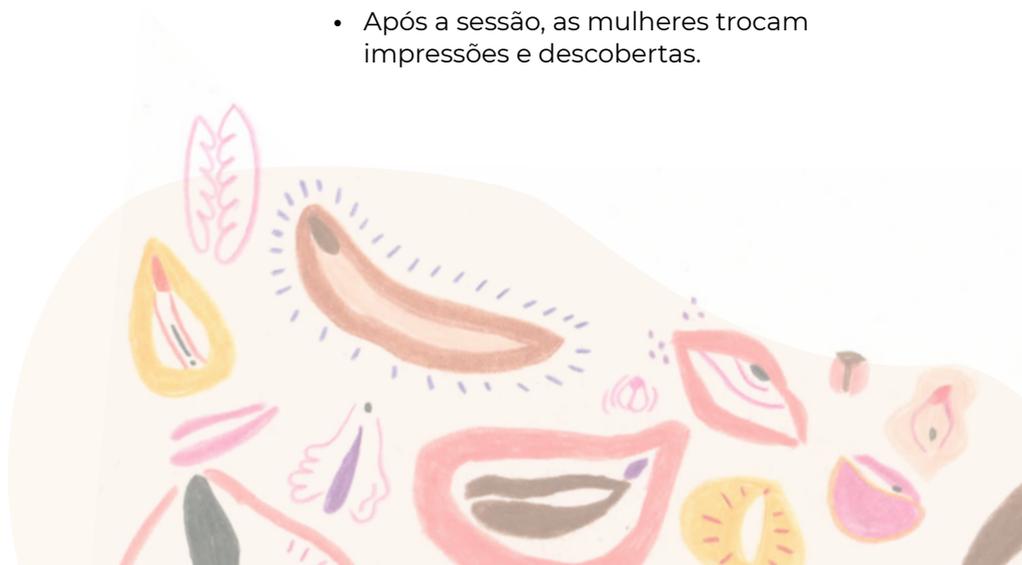
**Autossauúde ou autossuporte não significa rejeitar informações científicas e médicas:** pelo contrário, identificamos aquelas que têm em conta a especificidade do corpo feminino e as nossas experiências numa sociedade machista. Seleccionamos aquelas que estão atentas aos estereótipos de género e evitamos o discurso moralista.



## AUTOEXAME GINECOLÓGICO

Estes encontros abordarão especificamente a anatomia da vulva e da vagina.

- Para começar, as participantes estudam teoricamente alguns fundamentos da anatomia feminina.
- Em seguida, passam a praticar observando, por fora, as suas vulvas e, por dentro, a vagina e o colo do útero usando um espéculo de plástico, um espelho e uma lanterna. Desta forma, as mulheres aprendem a observar e explorar este lugar íntimo, tradicionalmente reservado ao julgamento e interpretação dos médicos. Graças a um melhor conhecimento do seu corpo, as mulheres ganham maior autoconfiança.
- O workshop é organizado em local agradável, atendendo às necessidades de privacidade de todas. A atmosfera é calorosa e atenciosa. Cada mulher decide se deseja praticar esta auto-observação num local íntimo do grupo ou se prefere ausentar-se para ficar sozinha.
- Após a sessão, as mulheres trocam impressões e descobertas.



## ABORTO AUTÔNOMO COM MEDICAMENTOS

O aborto medicamentoso auto induzido é o ato de adquirir e usar medicação que desencadeia um aborto, sem passar por uma estrutura médica. Permite às mulheres decidirem fazer um aborto quando, onde e como elas quiserem, sem ter que depender do acordo ou aprovação do Estado, estruturas médicas ou profissionais de saúde.

Esta é uma realidade cada vez mais difundida devido aos contextos onde as leis de aborto são muito restritivas e/ou onde existem muitas barreiras (financeiras, logísticas) ao acesso a serviços de aborto. O aborto medicamentoso é um método extremamente seguro e eficaz especialmente até às 12 semanas de gravidez.



Por todo o mundo, Super-Vulvas estão a mobilizar-se em redes de apoio solidário para recuperar as suas vidas reprodutivas e a liberdade de dispor dos seus corpos. É uma resposta subversiva a uma sociedade e Estado que não respeitam os direitos humanos das mulheres e persistem em estigmatizá-las por se atreverem a recusar a maternidade/gravidez. Este conhecimento é transmitido de mulher para mulher e é uma opção de aborto seguro, que pode ser preferida por algumas mulheres<sup>22,23</sup>

**22** Understanding Self-Administered Abortion as Health Inequality, Harm Reduction and Social Change”, publicado em novembro de 2018. Disponível em inglês no PubMed:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30231807>

**23** Colocando pílulas abortivas nas mãos de mulheres: perceba todo o potencial do aborto médico”, publicado em 2017. Disponível em inglês sobre contracepção em “An International Reproductive Health Journal”:

[https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(17\)30372-4/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30372-4/fulltext)

«O meu aborto (autoinduzido) foi maravilhoso. Fui muito privilegiada, tive muito apoio, sem julgamentos. Eu fiz os meus rituais de cuidados com a pele...»

«Tudo (no aborto autoinduzido) era tão fácil e tranquilo que às vezes eu não sabia se era real, sem dor, sem trauma e com muita informação.»

**É importante que saiba que na maioria dos países como Portugal, um aborto autoinduzido é um aborto fora da estrutura legal.** Pode ser punido por lei porque legalmente o aborto só pode ser realizado por médicos. Além disso, o acesso aos medicamentos certos, tanto em farmácias com ou sem receita, pode ser difícil, senão impossível. Embora a Internet tenha facilitado o acesso aos comprimidos, existe sempre o risco de comprar medicamentos falsificados online ou de serem apreendidos pela alfândega e ter de se explicar o porquê de os estar a importar.

**É crucial estar bem informada sobre o aborto autoinduzido.**

Os/as profissionais de saúde não conseguem distinguir um aborto medicamentoso de um aborto espontâneo. Se precisar de cuidados urgentes ou se estiver em dúvida se um aborto espontâneo ou aborto provocado está a correr bem, você tem direito a atendimento médico, seja qual for a situação.



### **Women Help Women**

(<https://womenhelp.org/>) fornece informações e aconselhamento sobre o aborto auto induzido e informações para entender melhor este movimento internacional.

### O repositório **Women's Auto-health**

(<https://www.femmesetsante.be/ressources/le-referentiel-auto-sante-des-femmes/>) foi co-escrito e editado com Femmes et Santé, a Fédération Pluraliste de Centres de Planning Familial e o Le Monde Selon Les Femmes na sua coleção intitulada Déclics du Genre. Este é um inventário de conteúdos, fichas técnicas, métodos participativos e criativos para abordar diversos temas relacionados com a saúde da mulher: imunidade, saúde do coração, sono, saúde das mamas, períneo, e uma abordagem intergeracional da saúde.

A ONG **Corps Writes** (<https://www.corps-ecrits.be/>)

e a Associação **Femmes Prod**

(<https://femmesprod.com/>) também são centros de recursos em torno de questões de autossáude e autoexame.

# UMA PALAVRA SOBRE AS CRIADORAS DESTE MANUAL



Antes da onda de mobilização em torno da violência contra a mulher, as mulheres já denunciavam a violência ginecológica e obstétrica sofrida por elas. Quando tornados públicos, os depoimentos chamaram a atenção dos mídia, que desde então têm falado cada vez mais sobre o tema. No entanto, foram desenvolvidas poucas ferramentas de autodefesa feminista em português (e menos ainda em português de Portugal) até agora.

Em 2017, o guia Violencia obstétrica y aborto<sup>24</sup> sugeriu que era possível e até desejável que as mulheres desenvolvessem ferramentas de autodefesa diante dessa forma de violência. Este manual foi traduzido para o francês e adaptado para países da Europa e de África. Trata especificamente de abortos. Foi publicado alguns meses depois na Bélgica pelo Le Monde, a Marcha Mundial das Mulheres, Gacehpa e Bruxelles Laïque, com o apoio da Women Help Women.

Dois anos depois, esta iniciativa estende-se a outras situações em que as mulheres procuram serviços de saúde sexual e reprodutiva. O foco está nos recursos e nos comportamentos de autodefesa das mulheres. Sugere ações concretas que elas podem desenvolver individualmente em caso de violência por parte dos profissionais de saúde.

Uma aliança entre organizações feministas e organizações focadas na luta pelo direito das mulheres disporem dos seus corpos convida-nos a usar nossos superpoderes sem complexos... porque a autodefesa também é coletiva!

---

<sup>24</sup>Disponível em português em: [https://womenhelp.org/en/media/inline/2020/11/25/violencia\\_obste\\_trica\\_e\\_aborto\\_nov\\_19.pdf](https://womenhelp.org/en/media/inline/2020/11/25/violencia_obste_trica_e_aborto_nov_19.pdf)



## BRUXELLES LAÏQUE

O centro regional de Bruxelas do Centro de Ação Laica, Bruxelles Laïque, é uma organização sem fins lucrativos que, desde 1979, é responsável pela promoção do laicismo na região de Bruxelas. São mulheres e homens engajados numa ação comum pelo desenvolvimento político, social e cultural da laicidade, na defesa dos valores, princípios e ideais democráticos. O secularismo distingue e separa o domínio público, local de exercício da cidadania, do domínio privado onde as liberdades individuais de pensamento, consciência e crença são implantadas.



## FEMMES DE DROIT - DROIT DES FEMMES

É uma organização sem fins lucrativos que visa apoiar e promover os direitos das mulheres. Neste contexto, trabalham ativamente para informar as mulheres sobre os seus direitos, apoiá-las em procedimentos legais e fazer campanha por mais igualdade entre todos.



## FEMMES ET SANTÉ

É uma associação feminista de promoção da saúde. Questiona a medicalização dos ciclos de vida das mulheres e o impacto do género na saúde delas. Neste contexto, a atenção centra-se nas relações de poder que podem existir entre cuidadores e pacientes. Femmes et Santé apoia a autossaução como meio de reapropriação do corpo e caminho para a emancipação da mulher de uma postura médica autoritária e violenta.



**GROUPE D'ACTION DES  
CENTRES EXTRA HOSPITALIERS  
PRATIQUANT L'AVORTEMENT**

### **GROUPE D'ACTION DES CENTRES EXTRA HOSPITALIERS POUR L'AVORTEMENT (GACEHPA)**

O GACEHPA reúne 22 centros extra hospitalares que realizam abortos na Bélgica francófona. O grupo coordena as ações e a solidariedade entre esses centros, organiza formação e reciclagem para os vários trabalhadores e ativistas pelo direito ao aborto na Bélgica e em outros países.



### **GARANCE**

Desde a sua fundação em 2000, Garance foca-se na prevenção primária da violência de género. Trabalham para fortalecer o poder e a segurança das mulheres e populações vulneráveis, desenvolvendo a autodefesa feminista e atuando politicamente. Promove formações participativas e faz uma análise crítica das condições sociais e políticas que levam à violência. Paralelamente a estes diversos cursos de formação, disponibilizam ferramentas (manuais de prevenção, material educativo) que as pessoas podem utilizar para dar fim às agressões. Os valores da Garance são a solidariedade, inclusão, participação e empoderamento.



## **WOMEN HELP WOMEN**

A Women Help Women é uma organização internacional sem fins lucrativos que luta pelo acesso ao aborto. Formada por ativistas feministas, conselheiras, profissionais de saúde e investigadoras baseadas em 4 continentes. Concentram os seus esforços no suporte ao aborto autoinduzido, especialmente em lugares onde o aborto é restrito por lei, pelo estigma e pela falta de acesso aos serviços de aborto.



## **Plateforme citoyenne pour une naissance respectée**

## **PLATEFORME CITOYENNE POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE**

Desde 2014, a Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (plataforma cidadã por um nascimento respeitado) é uma organização sem fins lucrativos que recorda o direito das mulheres de escolher as circunstâncias do seu parto de acordo com os interesses da mãe, do recém-nascido e da sua figura paterna. A Plateforme faz parte da Federação de Associações de Pacientes (LUSS). As suas atividades são variadas: campanhas nos média, publicações, informações, eventos públicos, reuniões com o público em geral, com cuidadores e interpelações políticas. É formada por cidadãos/ãs, usuários/as, pais, profissionais de saúde, associações, feministas, representantes da sociedade civil.



