

ZONAS A DEFENDER



Manual de autodefesa feminista
no contexto da consulta sobre saúde
sexual e reprodutiva. (Adaptado para o contexto do Brasil)

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:

Tiffanie Vande Ghinste

LAYOUT:

Nancy Lepage - Grafifut'

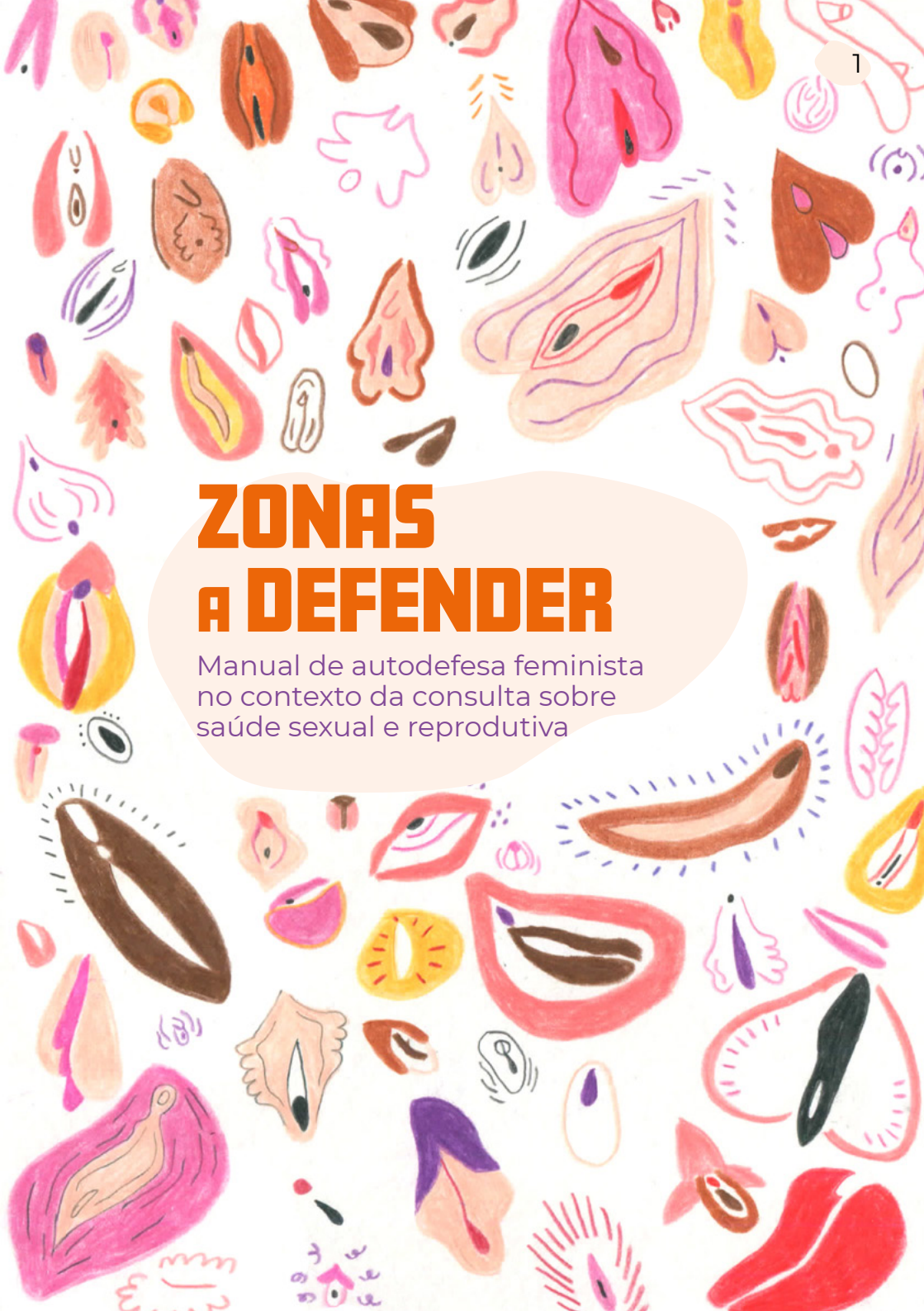
DATA DE PUBLICAÇÃO DA VERSÃO EM FRANCÊS: 2020

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

Por que este manual? 4

Mas como fazer isso? 5

A quem se dirige este manual? 6

O que cada Mulher-Xana 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 faz 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

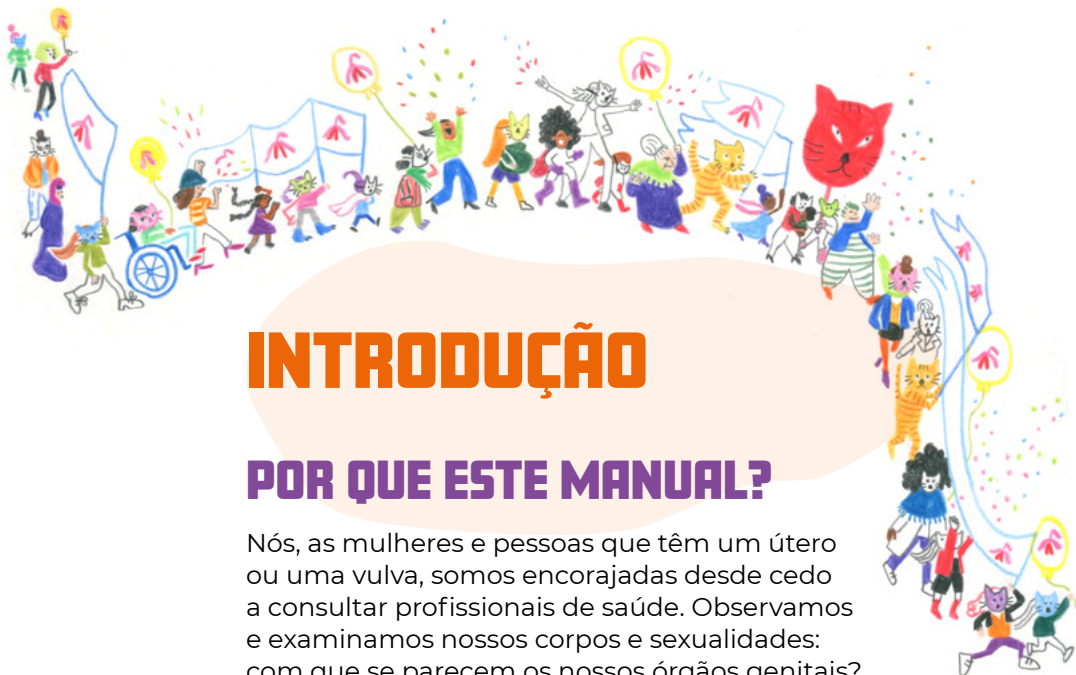


Consultas na fase da adolescência	19
Consultas de rotina, contracepção e prevenção de ISTs	21
Durante as consultas pré-concepção e pré-natal.....	28
Durante o apoio ao aborto	33
Durante o parto.....	35
Consultas em torno e a partir dos cinquenta anos.....	40

AS FERRAMENTAS PARA REAGIR, OS MEIOS PARA SE DEFENDER 46

Mulher-Xana preparada - Mulher-Xana 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 DESTA MANUAL 67



INTRODUÇÃO

POR QUE ESTE MANUAL?

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

O acompanhamento médico pode durar toda nossa vida. Dizem 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 rebelado contra o poder médico! Levantamos nossas vozes e nos expressamos com hashtags nas redes sociais: #naoaviolenciaobstetrica, #pelavidadasmulheres #nempresanemmorta #DireitosDaMulherQueAborta. Estamos cansadas de comentários inadequados de profissionais de saúde. Somos alvo de ridicularização por sermos jovens, velhas, magras, gordas, cobertas, muito expostas, lésbicas, trans*, muito sexualmente ativas ou não o suficiente, etc. Não queremos mais que profissionais de saúde nos toquem, penetrem ou cortem nossos seios sem que nos expliquem porque esses procedimentos médicos são necessários. Queremos que nossas perguntas sejam ouvidas e respondidas.



MAS COMO FAZER ISSO?

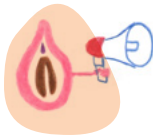
Nem sempre é fácil lidar com o mundo médico.

Muitas vezes sentimos que algo não está bem. Expressimos um problema, uma dor, um questionamento e não somos ouvidas: "isso não é nada!", "você está exagerando!" "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", "essas são as recomendações". Nem sempre sabemos como reagir, nem sempre ousamos discordar porque o médico certamente sabe melhor que nós!

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



A segunda parte apresenta as diferentes estratégias de autodefesa que existem e que podemos utilizar. O nosso coletivo não inventou nada. Nós nos inspiramos nas nossas experiências e nas experiências de outras Mulheres-Xana. Muitas vezes já temos meios de evitar consultas médicas violentas e de fazer valer o respeito durante uma consulta.



A xana-sala inclui testemunhos de várias fases de nossas vidas, desde a primeira à última consulta ginecológica.



A xana-alerta oferece algumas explicações sobre, por exemplo, o que nos testemunhos recolhidos pode ser considerado um problema jurídico ou de obrigação médica.



A xana de guarda nos dá alguns recursos para ir mais longe, como websites, vídeos ou redes sociais para colocar você em contato com outras Mulheres-Xana, 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 abortamento desenvolvido pela organização Women Help Women. Está disponível em versão digital em:

https://womenhelp.org/pt/media/inline/2020/11/25/viole_ncia_obste_trica_e_aborto_nov_19.pdf

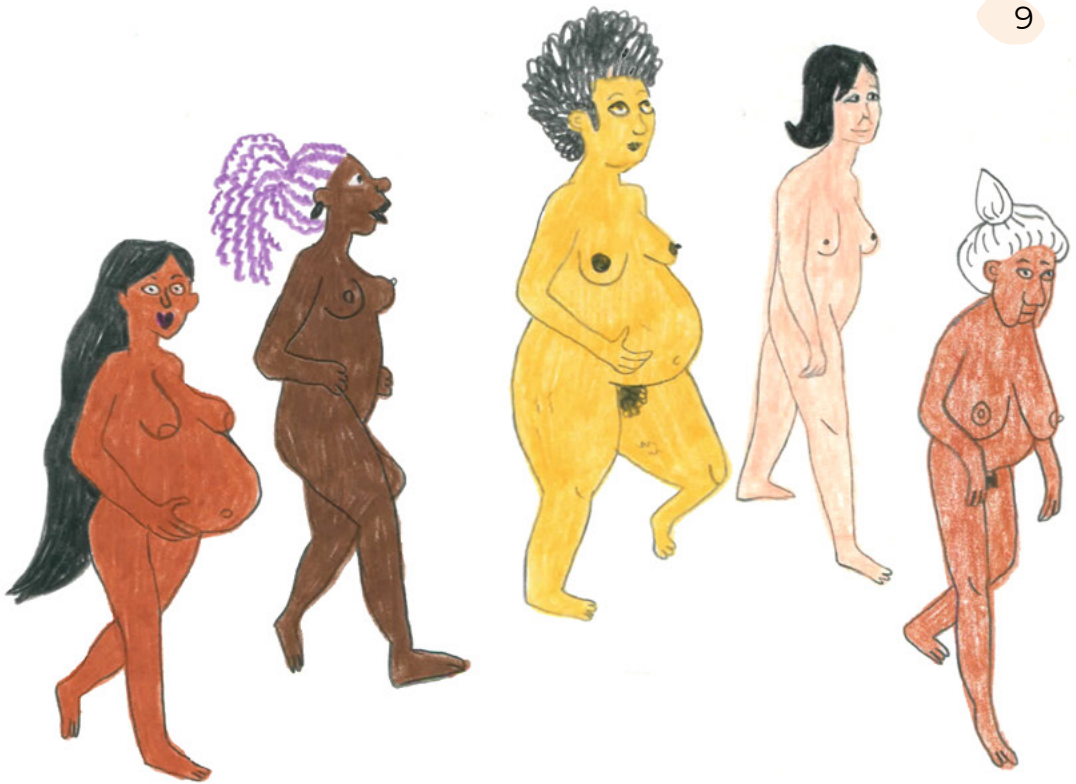


AS VIOLÊNCIAS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA AO LONGO DA NOSSA VIDA

O QUE SÃO AS VIOLÊNCIAS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA?

Consideram-se violência ginecológica e obstétrica (VGO)¹ 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.

¹ Segundo a OMS: 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 equipe médica:

- toma decisões no nosso lugar;
- invade nossos corpos sem nossa permissão;
- 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 com boa saúde;
- Etc.

São comportamentos como julgamentos, reprimendas, zombarias, insultos, ameaças, humilhações, manipulação de informação, mentiras, atraso ou negação de tratamento. A indiferença frente a pedidos, denúncias e reclamações também são comuns.

A VGO pode acontecer em qualquer fase de nossas vidas quando procuramos apoio relacionado à nossa saúde sexual e reprodutiva: consultas no contexto de um pedido de contraceptivo, de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), acompanhamento de uma gravidez, de um aborto ou de um parto, de diagnóstico ou tratamento de doenças.



Mais especificamente, a **violência obstétrica** inclui todo 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 bebê);
- a episiotomia de rotina (fazer um corte no períneo para facilitar a expulsão do bebê);
- as visitas uterinas (introduzir a mão ou instrumentos no útero para retirar restos de tecidos);
- as roturas sem anestesia;

- o ponto do marido (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 de método de aborto;
- a imposição de tomar ou não um analgésico;
- a obrigação de ver a ecografia numa consulta anterior à 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 de nossos direitos humanos**. Ela se mistura com outros estereótipos e formas de discriminação: estereótipos racistas, capacitistas, gordofobia, lesbofobia, psicofobia e outras formas de discriminação (contra mulheres que vivem com HIV, migrantes, pessoas não documentadas, pertencentes a povos indígenas, de etnia cigana...).

Esta violência demonstra **a ignorância e/ou desprezo pelos direitos de pacientes** por parte de certos 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.



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

<https://www.youtube.com/watch?v=jx-ts-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 a menopausa.

O QUE NOS FAZ VULNERÁVEIS:

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



FALTA-NOS CONFIANÇA EM NOSSO CORPO E EM NOSSAS EXPERIÊNCIAS

Desde pequenas que o mundo em que vivemos nos diz a quem nossos corpos e genitália devem se parecer: quanto nosso corpo deve pesar, como devemos comer, o aspecto que nossa pele deve ter, a quantidade de pelos tolerada, o tamanho e as formas que devemos ter, qual cor de pele ou de cabelo é bonita, etc. É muito difícil se conformar a todas essas normas.

Isso geralmente nos dá o sentimento de que nossos corpos e nossos órgãos sexuais são imperfeitos.

A medicina também alimenta nossas crenças sobre nossos corpos. Ela impõe 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 nossa idade, etc.



Confrontadas com todas essas normas, aprendemos a ter cuidado com nossos corpos e a duvidar de nossas experiências e intuições. Somos habituadas à ideia de que nossos corpos, nossos órgãos genitais e sexualidades 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. O/As médico/as fazem estudos longitudinais, 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 nos cuidar melhor. Seu lugar no sistema médico lhes permite questionar nossa palavra ou rebaixar nossas vivências e experiências. Certo/as profissionais de saúde se beneficiam de seu posicionamento e adotam **uma atitude paternalista**: "faça isso, faça aquilo!", "Se eu fosse você...", "no seu lugar", etc.

Contudo, médico/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. Médico/as podem também ser oprimido/as por 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 usando métodos baseados no medo para obter nosso consentimento a um tratamento.



PENSAMOS QUE A MEDICINA É NEUTRA



Historicamente, os corpos das mulheres eram vistos por médico/as como corpos que não têm um pênis, ao qual faltam hormônios, força, mais frágeis e acolhedores. **A medicina "patologiza" o corpo das mulheres:** isso quer dizer que algo que é considerado "normal", na mulher pode ser visto como uma doença porque as manifestações são comparadas com o corpo masculino. A patologização traz consigo a sobremedicalização, ou seja, faz com que sejam tratados sintomas quando, em princípio, esses tratamentos não seriam necessários.

A medicina é reflexo da sociedade em que vivemos. Está cheia de estereótipos de gênero, mas também de preconceitos racistas, gordofobias, lesbofobias, transfobias, etc.

A medicina questiona completamente a relação das mulheres com a dor². Portanto:

- a endometriose³ é frequentemente subdiagnosticada ou diagnosticada após vários anos;
- a dor vivenciada por mulheres negras durante o parto é minimizada por racismo;
- supõe-se que isso vai fazer mal e que a paciente deve tomar uma anestesia mesmo não querendo;
- a paciente está muito mal e então deve tomar um analgésico mesmo que não queira;
- ou ainda, induz-se na paciente a ideia de que essa 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.

² 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/>

³ A endometriose é uma doença em que o endométrio (tecido que reveste o interior do útero) se desenvolve fora da cavidade uterina, ou seja, em outros órgãos da pelve, como trompas, ovários, intestino e bexiga. Fonte: <https://www.gineco.com.br/saude-feminina/doencas-femininas/endometriose/>

FALTA-NOS INFORMAÇÃO SOBRE NOSSOS DIREITOS

Hoje, no domínio médico no Brasil, não há uma legislação nacional única sobre os direitos de pacientes, mas há uma série de garantias espalhadas em diferentes instrumentos normativos. Primeiro, temos a Constituição Federal, que garante o direito à saúde a todas as pessoas, com igualdade, dignidade e sem discriminação, devendo ser respeitadas a vida privada, a honra, a intimidade e a imagem. Temos também a Lei no 8.080, de 1990, que protege o direito à saúde e regula o seu acesso no Sistema Único de Saúde (SUS).

E, ainda, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina e o Código Civil. Finalmente, a Portaria no 1.820, de 2009, 5 que dispõe sobre os direitos e deveres dos/as usuários/as da saúde e que impõe aos/às cuidadores/as que nos informem sobre nossa saúde, nossas doenças, tratamentos possíveis, consequências (positivas e negativas) dos tratamentos e da ausência de tratamento. Isso nos permite escolher a opção que mais nos convém.



Existem diferenças em práticas específicas em cada hospital, centro de saúde ou mesmo dentro de um departamento, dependendo da pessoa que recebe e monitora o prontuário. E infelizmente, profissionais de saúde nem sempre tomam o tempo de nos informar sobre nossos direitos, os procedimentos e as alternativas que existem, ainda que todas essas informações sejam essenciais para obterem um consentimento informado de nós.

É sensato que conheçamos nossos direitos e deveres, mas ao mesmo tempo, não é fácil conhecer nossos direitos em um país onde inúmeras leis são votadas todos os dias e nossos direitos como pacientes são desagregados em várias legislações, além dos procedimentos mudarem em função da região onde se vive.



CONSULTAS PARA PESSOAS INTERSEXO



"Eu soube mais tarde, ao ler meu prontuário médico, que o cirurgião me operou sem notificar formalmente minha família da operação, razão pela qual nenhum de meus pais esteve presente no dia da operação, sabendo da notícia após o fato, coisa que, pensando eu, já não se via hoje em dia!". (Extrato do artigo "Nous sommes des merveilles" de Camille Lamarre)⁴

Vários extratos do tumblr payetonintersexuation (original em francês):

"Quando você vai à ginecologista pela primeira vez e ela te diz "Ah bem, isso não são genitais de menina, hein!"

"Quando todos os médicos te dizem que o cirurgião fez um trabalho muito bom, mas anotam no teu prontuário 'redução significativa'".

"Quando há posições sexuais que não tolera porque te fazem lembrar de posições de exames que foram feitos sem o seu consentimento."

"Quando você percebe, depois de decidir parar de tomar os hormônios prescritos, que se sente melhor com seu corpo, que tem muito menos dor nos seios, nos ovários, que lubrifica melhor durante o sexo... e que você tem cada vez menos menstruação. O drama!"

⁴ Disponível em francês:

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

A xana-alerta



Uma das primeiras coisas que se fazem após nosso nascimento é olhar para nossa genitália para determinar se somos menino ou menina.

A nossa sociedade não considera senão dois sexos e dois gêneros: existem pênis de um lado, e vulvas do outro, e há homens e mulheres. Nossos corpos, nossos órgãos genitais ou nossas taxas de hormônios devem corresponder às normas da sociedade e da medicina. Caso contrário, a medicina se propõe a adaptar nossos corpos através de operações cirúrgicas ou de tratamentos hormonais.

As operações cirúrgicas para definir o sexo 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. 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, Anistia Internacional e a Human Rights Watch.

Nós não temos que submeter nossos corpos a uma medicina sexista e binária, quando não sentimos nenhum inconveniente à nossa saúde. Da mesma forma que não temos que nos submeter à pressão de escolher um gênero ou uma forma de nos exprimirmos⁵.

⁵ 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>



A xana de guarda

O facebook da Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI) promove eventos de discussão sobre o tema e divulga textos informativos sobre diversos aspectos da vida das pessoas intersexo, inclusive violências obstétricas: <https://www.facebook.com/abraintersex/>

A live organizada pelo Conselho Nacional Popular LGBTI+ junto com a ABRAI

em 26 de outubro de 2020, promoveu uma discussão sobre diversos temas, inclusive a maternidade intersexo, e pode ser checada aqui: <https://youtu.be/AGBUOMJJO6E>





A xana-
sala



CONSULTAS NA FASE DA ADOLESCÊNCIA

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

"Eu aprendi depois que é perfeitamente possível que sejam prescritos contraceptivos sem fazer uma auscultação, sem que o ginecologista examine o interior da sua vagina com os dedos." (La Carologie⁶)

"Em 1993, eu tinha 14 anos, fui ao ginecologista pela primeira vez, acompanhada da minha mãe. Ele me fez em seguida um toque vaginal, profundo o suficiente para me fazer 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 vagabunda'»⁷

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

6 Referência (em francês com legendas em português): <https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8l2Cy4>

7 Referência (em francês com legendas em português): <https://www.youtube.com/watch?v=akWaaftmqNmk>



A xana de guarda

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

A consulta deve ser centrada em nossa demanda e nossos sintomas. Portanto, as três intervenções habituais de um exame ginecológico (Papanicolau, exame da mama e toque vaginal) não são obrigatórias nem estritamente necessárias.

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

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



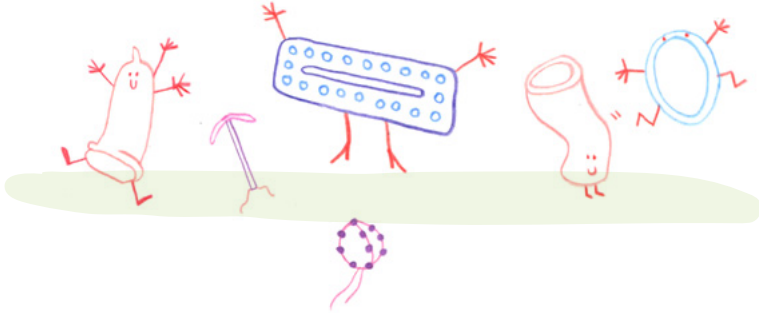
A xana de guarda

Martin Winckler apresenta vídeos no Youtube sobre ⁸ No que diz respeito à questão “quando ‘devemos’ nos submeter a um exame ginecológico”, bom, não ‘devemos’ nunca: precisamos sempre estar de acordo.

⁸ “o exame ginecológico sistemático” Disponível em francês com legendas em português no Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=A6pwnEhKfQA>

CONSULTA DE ROTINA, CONTRACEPÇÃO E PREVENÇÕES DE ISTs⁹



A xana- sala

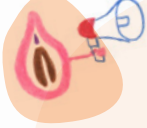


"Aos meus 18 anos, eu retornei ao meu ginecologista. Ele me disse que eu deveria mudar a contracepção (eu usava o anel vaginal). Diretamente ele me disse: "Você pode tomar a pílula". Exceto que eu havia decidido que não queria mais tomar contraceptivos hormonais, eu queria colocar um DIU de cobre. Eu aprendi que você poderia colocar um DIU quando não tivesse filhos, que era possível fazê-lo em adolescentes, etc. Quando digo a ele que não quero hormônios, ele olha para mim e diz: "Mas por quê? Eu disse a ele: "Tenho infecções fúngicas e realmente parece que está diminuindo minha libido." Aí, ele me disse: "Ah, mas não é o anticoncepcional que precisa ser mudado, é o seu namorado." Naquele momento, disse a mim mesma: "É brincadeira, ele está rindo." Mas, na verdade, não, ele realmente não queria que eu mudasse a contracepção."
(La Carologie¹⁰)

9 Infecções sexualmente transmissíveis.

10 Disponível em francês com legendas em português no Youtube:
<https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8l2Cy4>

A xana-sala



"Sou eu que tenho que ensinar aos médicos que, na Bélgica, é sempre possível obter um diafragma. Mas que são eles que devem medir o tamanho que eu preciso".

"Meu médico me disse que o planejamento familiar natural não é confiável".

"Eu tive uma relação de risco, e vim fazer um teste de IST. OK, você teve uma relação sem camisinha? Sim. Você toma contraceptivos? Não? Você gostaria de informações sobre contracepção? 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 por em dia a sua ficha médica! (Salvo que eu preenchi isso tudo, bastava ler o formulário!)". (Claudia)

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

"Eu precisei me consultar com um ginecologista para verificar se não tinha um cisto nos ovários. Eu estava estressada. A ginecologista não fez anamnese (análise da trajetória de saúde da paciente). Avisei que eu sou virgem. A ginecologista reclama porque precisa de outro aparelho e que preciso voltar outra hora. Na próxima vez, a ginecologista reclama porque é mais difícil de fazer o ultrassom por causa do meu peso. Cada vez que volto a acho mais rude". (Lucie)

"Mas por que te pareces um homem? É um desperdício". (Testemunho de Dal, do artigo Obs: «Quand les gynécologues sont brutaux»)

"Recentemente, precisei ir ao ginecologista. Pedi especificamente por uma mulher. Quando cheguei, a ginecologista não estava lá, e em seu lugar tinha um homem. Não fiquei nada feliz". (Patricia)

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

No decorrer de nossas vidas, nós podemos decidir consultar de maneira regular o/a ginecologista, fazer exames de rotina ou decidir nos consultar quando uma demanda ou problema aparece. Nesses casos, nos confrontamos muito frequentemente com normas médicas:



- **as normas em torno de nossos corpos:** com quem devemos parecer, quanto devemos pesar, como deve funcionar, se deve ser depilado, etc.
- **as normas em torno de nossa identidade de gênero e nossa sexualidade:** com quem nossos corpos de mulher devem se assemelhar, que tipo de sexualidade devemos praticar, ou que tipo de sexualidade e orientação sexual são valorizadas ou reconhecidas, etc.
- **as normas em torno das decisões a serem tomadas:** que tipo de contracepção devemos utilizar, que exames podemos fazer, etc.

Destacamos duas questões: a contracepção e detecção de ISTs.

CONTRACEPTIVOS:

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

- O preservativo SE a mulher não tem parceiro/a fixo/a;
- A pílula contraceptiva 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 mulheres jovens);
- O DIU hormonal ou de cobre quando a mulher tem uma idade mais avançada (normalmente depois de já ter dado à luz).

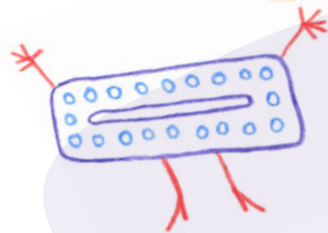
O critério médico é a eficácia, ou seja, a taxa de sucesso de um método contraceptivo em prevenir uma gravidez. A contraceção hormonal não é conveniente a muitas pessoas. Somos muitas que não queremos - ou não queremos mais - utilizar um contraceptivo hormonal em algum momento de nossas vidas.

A escolha de um contraceptivo depende de muitos fatores (cabe a nós escolher os fatores que nos 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 contraceptivos (a acne, as cólicas menstruais, etc.) ou a redução de certos efeitos colaterais da contraceção (falta de libido, ganho de peso, etc.);
- a facilidade de utilização;
- se nós queremos um método de longo prazo;
- se estamos confortáveis em nos lembrar dele todos os dias ou se preferimos um método que não precisamos pensar muito a respeito;
- a implicação do parceiro se em uma relação heterossexual;
- etc.

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

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



O site do Reproductive Health Access Project compartilhou um factsheet enumerando diversos meios de contracepção e os analisando de acordo com: eficácia, como usar, vantagens e desvantagens. Você pode baixar o conteúdo em português na página: <https://www.reproductiveaccess.org/resource/bc-fact-sheet/?emci=dac4b586-f30e-eb11-96f5-00155d03affc&emdi=32be20c8-e012-eb11-96f5-00155d03affc&ceid=109224>. Para a opção em português, clique nesse link, e abaixo de "Your birth Control Choices Fact Sheet" clique na palavra "portuguese".

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 têm relações sexuais com outros homens. As mulheres que têm relações sexuais com mulheres são frequentemente deixadas de lado, e as relações sexuais de pessoas trans* são um terreno desconhecido por muitos profissionais. **A demanda de um teste de triagem não deve ser objeto de negociação baseado em nossa orientação sexual ou identidade de gênero.**



No entanto, perguntas podem ser feitas para obter mais informações sobre os riscos que foram assumidos, porque talvez outros aspectos precisem ser levados em consideração. Por exemplo: uma mulher pede para fazer o teste de HIV/AIDS (vírus da imunodeficiência humana) porque acabou de fazer sexo sem proteção. De imediato, um tratamento pós-exposição é o que poderia ser oferecido a ela, muito mais do que um teste de rastreamento. Na verdade, é preciso esperar três meses para fazer o teste que detecta o HIV no sangue.

Não é obrigatório que faça qualquer exame, eles são recomendados apenas com base na história ou idade do paciente.



A xana de guarda

Os perfis no Instagram [@ginecologiafeminista](#) e [@ginecologistasincera](#) têm como proposta compartilhar informação sobre temas como saúde e sexo, neles é possível encontrar postagens sobre saúde sexual e reprodutiva, violências, ISTs e DSTs.

DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-CONCEPÇÃO E PRÉ-NATAL



A xana-sala

"Em salas de espera lotadas, mesclam-se pessoas em sofrimento em processo de reprodução assistida com mulheres grávidas e/ou com crianças (pode parecer banal, mas é muito cansativo, essa "coabitação!"), a espera é de no mínimo 2h30. Às vezes, ainda esperamos 30 minutos numa sala sem janela, sozinhas, sem uma explicação. A consulta é muito rápida. Quando eu saio de lá percebo que não pude fazer minhas perguntas, que não entendi tudo ou processo o que ouvi depois do fato. "Você deve entender que esse tipo de análise custa caro para a sociedade!", "Seu companheiro ainda não fez este teste? Mas teremos que marcar novamente!"... E bum! Mais 1 mês de espera! Depois de algumas vezes, descubro e faço listas para não esquecer de nada, insisto em receber explicações quando não entendo e faço anotações."



A xana-sala



"Conheci uma mulher que sofrera violências e tomava medicamentos ansiolíticos. Quando ela foi ao médico porque estava grávida, o médico disse 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 tomando." (Laurence)

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

"A minha altura (1,5m) foi considerada uma anomalia e ficou claro para mim que não conseguiria ter parto normal. Nenhum exame foi feito para confirmar isso, mas depois soube que a radiopelvimetria¹² era recomendada. Ela poderia ter evitado minha primeira cesárea". (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 naquele momento". (Pauline)

¹² 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 pelve da mulher é feita de forma ainda mais arbitrária.

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

"Ah você sabe, mulheres como você [negras] sempre dão à luz cedo ou por cesariana, você vai ver." (Kebe D., *Maman noire et invisible*, p.27)

"Não façam ducha vaginal... Vocês negras, eu sei que fazem." (idem, p. 27)

"Durante o ultrassom, a ginecologista viu algo estranho, mas disse para não se 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 minha primeira ultrassonografia ventral para meu primeiro bebê, o ginecologista pressionou com tanta força minha barriga que minha pele literalmente rasgou. Segurei a mesa de dor e disse a ela 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 que meu parto foi 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 meu bebê pesaria mais de 5 quilos se o prazo fosse ultrapassado. Eu teimosamente recusei. Meu bebê nasceu bem após o termo, pesando 3.680 quilos". (Hind)



A xana-alerta

Carregar a vida de outro ser humano é visto por algumas pessoas como incompatível com nosso desejo de ser livre. **Espera-se que nos submetamos às ordens, imposições e decisões de profissionais "para o bem-estar do futuro bebê"**. No entanto, não guardamos nossas habilidades de pensamento na geladeira durante os nove meses de gravidez! Qualquer ato médico deve ser realizado com respeito, gentileza e, na medida do possível, levando em consideração 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: ultrassonografias, exames vaginais, exames ginecológicos, hemogramas, exame de diabetes, pelvimetria, teste de estresse, monitoramento, amniocentese. **Nenhum desses testes é obrigatório durante a gravidez.** Um/a médico/a não pode pedir um teste se a paciente o recusar. Ela/ele pode, no entanto, recusar-se a continuar monitorando se considerar que não tem mais condições de fornecê-lo. Ela/ele deve, entretanto:

- transmitir os contatos de outra/os médica/os se a paciente assim solicitar e
- transmitir todo o prontuário médico à pessoa que sucederá para que os cuidados sejam prestados corretamente.

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

Se percebermos que a visão do parto é diferente, se as perguntas não forem bem recebidas, é melhor você mudar o quanto antes! O acompanhamento médico durante a gravidez pode ser realizado por diferentes profissionais de saúde: parteira, clínico/a geral, ginecologista.

Um/a profissional pode ser adequado/a para nós para acompanhamento de rotina, mas não para o parto. O mesmo vale para a escolha do local do parto. No Brasil, o SUS oferece a possibilidade de parir no hospital, em maternidades ou centros de parto humanizado. Fora da rede pública é possível também realizar o parto em casa, com acompanhamento médico, de enfermagem ou doulas. Temos uma escolha, por isso é importante fazer as perguntas: “Com quem eu quero dar à luz?,” “Qual é o lugar que melhor atende às minhas expectativas e necessidades?”

Algumas mulheres não desejam mais assistência médica para o parto. Elas fazem a escolha de um parto não-assistido. Elas podem se preparar por meio de acompanhamento médico da gravidez (não é obrigatório) e preparações específicas (controle da dor, posição do parto, etc.). No dia do parto, nenhum profissional estará presente em casa. Nenhuma lei proíbe este processo.



A xana de guarda

A Cartilha “Violência obstétrica no abortamento” do Coletivo Margarida Alves e Grupo Curumim apresenta - entre outras informações - o histórico do desenvolvimento do conceito de violência obstétrica, delineando a importância dos movimentos de mulheres e feministas, especialmente da América Latina e do Caribe em trazer visibilidade social e política para o tema. A cartilha pode ser encontrada no link: <https://coletivomargaridaalves.org/cartilhas/>

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul possui um site sobre pesquisa, denúncias e relatos sobre violência obstétrica. Nele as mulheres podem ler e enviar depoimentos pelo site: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/>



DURANTE O APOIO AO ABORTO

A xana-sala



"Durante uma consulta de aborto (Interrupção Voluntária da Gravidez ¹³), a psicóloga me disse: "Você é doutoranda, não é? Você tem os meios para mantê-lo."

"Estou em procedimento de fecundação em vitro há 18 anos. Quando finalmente engravidei, pedi para receber o caderno da gestante. Eles não queriam me dar até os 3 meses de gravidez. Com 18 semanas, o coração do bebê finalmente parou de bater. Eles planejaram uma interrupção médica da gestação* e me deram 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 comitês 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 ocorressem naturalmente, enquanto permaneço atenta aos sinais de alerta para evitar qualquer risco. Pude dar à luz em minha casa ao meu bebê morto. Isso me permitiu vivenciar melhor este evento e encerrar essa aventura nas condições que eu precisava." (Marie-Hélène ¹⁴)

13 Na França e Bélgica a Interrupção Médica da Gestação (IMG) ocorrem em gestações já após as 12 semanas devido a má-formações fetais ou risco à saúde da mulher.

14 Testemunho do blog de Marie-Hélène Lahaye - Marie accouche là.



A xana-alerta

O aborto é o ato de interromper uma gravidez.

- Nossa gravidez pode terminar naturalmente; isso é chamado de aborto espontâneo. Ele se manifesta por perda de sangue. 80% dos abortos espontâneos ocorrem durante os primeiros três meses de gravidez ¹⁵.
- É possível interromper voluntariamente nossa gravidez. No Brasil, a lei prevê as condições. Esta interrupção pode se dar em casos de estupro, anencefalia e risco à vida da mulher gestante. A lei não define idade gestacional máxima para nenhuma das três hipóteses em que o aborto é legalizado. A norma técnica do Ministério da Saúde prevê que o aborto deve ser realizado até as 22 semanas de gestação ou até o peso fetal máximo de 500 gramas em casos de violência sexual. No entanto, norma técnica não é lei, e os médicos podem optar por se basear em evidências externas à norma, desde que elas sejam reconhecidas pela comunidade científica com base em estudos confiáveis.

Abortos espontâneos e abortos induzidos fazem parte da vida das

mulheres. Muitas mulheres os vivenciam. Em qualquer parte do mundo, se virmos 4 mulheres na casa dos 50 anos, pelo menos uma fez um aborto 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 experimentar;
- seja porque interromper voluntariamente uma gravidez pode ser mal visto pela sociedade. Existe o medo de ser julgada.

A xana de guarda



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

Na seção **“Fiz um aborto”** da página Women on Web (<https://www.womenonweb.org/pt/page/488/fiz-um-aborto>) é possível encontrar testemunho de mulheres de todo o mundo, inclusive do Brasil.

Clandestinas: Documentário com relatos, interpretados por atrizes, de mulheres que fizeram abortos clandestinos no Brasil (fora dos casos estipulados por lei).

<https://www.youtube.com/watch?v=AXuKe0W3ZOU>

¹⁵ 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

A xana-sala



"Fui proibida de me mexer para que o monitor pudesse medir tudo, era insuportável estar na cama! Eu precisava andar! A epidural? Ela me aliviou por 30 minutos, depois não funcionou, rasgou 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 (em outra maternidade), consegui comer e beber 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 me disse para respirar e segurar e então ela se foi pelo que pareceu uma eternidade. Quando o ginecologista finalmente chegou, ele me disse para empurrar, mas nada mais, eles tiveram que usar ventosas para tirar meu bebê. 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 colocassem em mim, disse que era a minha última oportunidade porque a anestesista ia embora..."

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

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

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

"Durante o parto, tomei as posições que eram mais confortáveis para mim. A ginecologista ficou surpresa ao me ver adotar, mesmo antes dela dizer, as posições que ela ia me aconselhar dada a posição do bebê. Devo dizer que fui sua primeira paciente que deu à luz sem uma epidural (exceto em uma emergência)." (Chloé)

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





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 para escolher a posição em que preferem estar para dar à luz (e encorajadas a escolher)”. A gravidez e 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 de nosso consentimento informado¹⁶. Por este motivo, deve nos ser entregue informação objetiva sobre o ato médico a que vamos nos submeter: seu objetivo, natureza, duração, grau de urgência, contraindicações, efeitos secundários, riscos relacionados à intervenção, cuidados de seguimento, alternativas e repercussões financeiras. Nós podemos retirar nosso consentimento em qualquer momento!

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

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

16 Para mais informações sobre os direitos da paciente no parto: <https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/sus-conheca-os-seus-direitos> e <https://minutosaudavel.com.br/parto-humanizado/>

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;
- de ser informadas sobre os diferentes tipos de anestesia disponíveis e escolher o que mais nos convier;
- de estar acompanhadas por um/a companheiro/a ou de uma pessoa significativa em todos os momentos.

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

Pode ser muito útil fazer perguntas durante a gravidez à parteira ou obstetra escolhida sobre os métodos que utiliza, os cuidados ao recém-nascido e os protocolos do local do parto. **Você também pode negociar com a equipe sobre coisas importantes para você. A lei não impõe nada a médico/as ou hospitais em relação a protocolos.** É uma escolha livre dos estabelecimentos.



O episódio 25 do podcast Mãezonas da P****, chamado “O parto é da mulher” fala sobre como “parir como quiser é um direito fundamental da mulher. E para que esse direito seja uma realidade para todas é preciso enxergar o parto por uma perspectiva feminista. Infelizmente, ainda estamos muito longe disso, e as poucas conquistas nessa direção têm sido ameaçadas nos últimos meses. Neste programa, comentamos esses acontecimentos, revemos nossas histórias de parto e defendemos como esse evento pode ser transformador para a mulher.”

Em seu "**Guia de defesa popular da justiça reprodutiva**", o Coletivo Margarida Alves apresenta alguns dos instrumentos jurídicos e os caminhos institucionais disponíveis para denunciar violações e reparar injustiças sofridas por mulheres e pessoas gestantes. A cartilha pode ser encontrada no link: <https://coletivomargaridaalves.org/cartilhas/>

CONSULTAS EM TORNO E A PARTIR DOS 50 ANOS



"O médico me disse: tome este comprimido, vai se sentir mulher por mais tempo. Essa frase me chocou 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 me dava hormônios, 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 me disse que está na hora 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 por que ele me falou sobre isso." (Kalinka)

"O meu ginecologista, que conheço há 30 anos, me disse quando eu entrei na menopausa "garota, tome esse tratamento hormonal e não faça perguntas" e passados 10 anos, tenho câncer de mama. Estou certa que é por causa dos hormônios. 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 me disse que seriam retirados o útero e os ovários, mas sempre que vou à consulta me diz 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 nem uma doença que é preciso tratar, nem um período de risco a ter em conta.** Infelizmente, as mudanças hormonais e o envelhecimento são frequentemente utilizadas por companhias farmacêuticas, cosméticas e por um certo lobby médico como pretexto para reforçar o controle sobre nossos corpos e 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 nos proteger, explorando nosso medo de morrer.** Ela nos propõe, até mesmo impõe, exames preventivos quando alguns deles foram demonstrados ser abusivos, inúteis ou até mesmo prejudiciais. A medicina nos faz acreditar que alguns dos nossos órgãos não são mais necessários, que eles podem ser removidos mesmo que não haja queixas. Para as mulheres que envelhecem, a medicina do “risco 0” se torna uma 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, consultar 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 abordando 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 perspectiva tem tudo a ver com o feminismo:

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

O TRATAMENTO DE REPOSIÇÃO HORMONAL

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

Quando nos são oferecidos esses tratamentos, recebemos poucas informações suplementares:

- Para que isso é usado? Como funciona?
- Quais as vantagens e desvantagens? Por exemplo, não se fala sobre os possíveis benefícios que as ondas de calor teriam para a saúde do nosso coração quando não tomamos os hormônios. Ou ao contrário, não se menciona a ligação entre a terapia de reposição hormonal e o aparecimento do câncer.
- Tudo é focalizado nos hormônios, os impactos que podem ter na nossa sexualidade, nos nossos parceiros. 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 tratamento¹⁷. Portanto, **a discussão não deve mais 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 não existe essa doença, precisamos realmente de acompanhamento e tratamento médico ao longo dessa passagem fisiológica? Poderemos nós recorrer às nossas próprias habilidades para lidar com alguns sinais físicos que aparecem nesta idade?

¹⁷ Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence, publicado em 28 Set 2019 em le Lancet. Disponível em inglês: [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)

O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

No Brasil, o diagnóstico desse tipo de câncer é realizado por meio de uma radiografia das mamas (mamografia) oferecida gratuitamente pelo SUS a todas as pessoas com mamas entre os 50 e 69 anos de idade. No entanto, há divergências entre instituições sobre quando o controle deve ser iniciado e qual frequência deve ter. O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por exemplo, recomendam a mamografia desde os 40 até os 74 anos.



A xana de guarda

Mais informações sobre a Prevenção do câncer de mama em: <https://www.cancerdemamabrasil.com.br/prevencao/>

Esse método é questionável. As faixas etárias escolhidas são arbitrárias. Frequentemente, o/ as médico/as podem nos propor 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 câncer de mama? **O histórico médico e a genética colocam de lado o impacto das nossas condições de vida na nossa saúde,** e também que as ondas magnéticas da mamografia são igualmente nefastas e certas mulheres podem ser especialmente sensíveis a elas e desenvolver câncer de mama.

Novamente, **a informação sobre essa prevenção é incompleta.** Pouco sabemos sobre os benefícios reais e os custos dessa prevenção 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 câncer;
- o número relevante de sobrediagnósticos (o fato de que, uma vez diagnosticado, o câncer precisa ser tratado, mas talvez ele tivesse desaparecido por conta própria);

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



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



AS FERRAMENTAS PARA REAGIR, OS MEIOS PARA SE DEFENDER

Em cada uma de nós encontramos uma Mulher-Xana. Cada super-heroína nos ajuda a garantir nossa segurança, integridade e direitos sexuais e reprodutivos. Seja enfrentando um/a ginecologista, um/a parteiro/a ou terceiros que acreditam que têm permissão para comentar, julgar, tocar... nós podemos mostrar nossas garras! Como qualquer vulva que se preze, a Mulher-Xana tem diversos superpoderes que estão à nossa disposição. Cabe a nós 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. Essa prática de prevenção das violências foi desenvolvida em diferentes lugares do planeta, de diferentes formas. O que estes métodos têm em comum é:

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

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

MULHER-XANA PREPARADA - MULHER-XANA ARMADA

Nós somos as especialistas em nossos corpos, mas quando nossa experiência encontra a de profissionais de saúde, às vezes surgem contradições.

Por isso **é importante estarmos informadas sobre o funcionamento de nossos corpos, de procedimentos e suas alternativas e de direitos**

que temos como pacientes e usuárias.

Isso nos permite avaliar as opiniões e ações de profissionais, perguntar claramente o que queremos e procurar outro/as profissionais quando o/as nosso/as não dão atenção ao que dizemos. Só porque o/as 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).

Nossos corpos, nossas escolhas, nossos direitos!



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

Preparar com antecedência as questões que nos surgem pode nos ajudar a criar um diálogo com profissionais de saúde e

nos permite ocupar nosso lugar dentro da relação de prestação de cuidados de saúde.

Discutir com amigos/as ou com um coletivo de mulheres, de usuárias ou pacientes nos permite preparar/imaginar a situação.

Da mesma forma, é importante nos rodear de pessoas de confiança que podem nos apoiar, especialmente nos momentos-chave de nossos contatos com o mundo médico. A primeira consulta de ginecologia, parto, interrupção voluntária da gravidez, resultados de análises a respeito de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção e/ou gestão de um câncer... tantas ocasiões em que é bom não estar sozinha! Uma boa pessoa de confiança é alguém com quem estamos à vontade para falar mesmo sobre coisas íntimas, que ouve nossas opiniões, sentimentos e necessidades sem julgamento e que respeita nossas decisões. Essa pessoa pode tomar o controle quando nós não somos capazes de fazer valer nossas escolhas e nossos direitos. Temos o direito de estar acompanhadas em nossos procedimentos médicos.

A preparação, a informação e o movimento para mais autonomia é também o princípio do movimento pela autossauúde. Esse tipo de prática possibilita assumir grande parte de nossa saúde sexual e reprodutiva, avaliar melhor os contatos com profissionais de saúde e definir os limites.

Uma grande parte das violências médicas são 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 denunciam as políticas de austeridade, as violências e os efeitos negativos que essas 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 joguem fora a placenta... Eu quero: poder mudar de posição sem ser incomodada, estar pele com pele com o meu bebê 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 estavam a me 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/da cuidador/a sobre a transmissão do HIV, perguntei por que motivo ele/a não usava luvas ao fílar 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 indetectável não corre risco de transmissão." (Chris)

"Testei positivamente num exame do vírus do papiloma humano, responsável por causar câncer do colo do útero. Minha ginecologista não me explicou em detalhes pois ela me conhece. Não ousei fazer perguntas. Marquei uma consulta com um oncologista que me perguntou se me tinham explicado, eu disse que não e de repente ele explicou melhor." (Patricia)

CORAGEM, SAI FORA!

Como Mulheres-Xana, não devemos nada a ninguém. Não somos sequer obrigadas a defender nossa honra nem é necessário educar profissionais ou enfrentá-lo/as.

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

É possível tentar sair discretamente: ignorar uma pergunta, mudar de assunto se estiver incomodando, não dar seguimento a uma piada inadequada... Também pode ser feito com as próprias pernas: 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 me disse: "isto está previsto acontecer às 28 semanas". Para mim, isso é tarde demais. Resolvi mudar de local de atendimento. O meu ginecologista não encaminhou o meu prontuário. Tive de fazer uma série de exames novamente, mas as minhas perguntas foram respondidas." (Manon)

"Nem todas nós temos postura ou habilidade para contradizer o/a médico/a, questioná-lo/a, ser honestas com ele/a, etc.. Existe o receio de ouvir gritos se não seguirmos o tratamento. Existe um problema de paternalismo." (Lucie)

"Consigo identificar os/as bons/as médicos/as pelo fato de lerem ou não meu prontuário. 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 Mulheres-Xana dirão que não gostam de tentar evadir porque se sentem como perdedoras. Para evitar que uma tentativa de evasão tenha um impacto negativo em 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 esta observação" ou "já vou saindo". Isso mostra que não é por fraqueza que saímos, mas por escolha.

Outras dirão que se todas as Mulheres-Xana fogem, nada nunca mudará. Dizer isso é esquecer os mecanismos de mercado que reinam no mundo médico! Cada consulta, cada ato médico, significa rendimento para o/as profissionais ou serviço em questão... Consequentemente, se cada vez mais mulheres evitam certos locais de atendimento ou profissionais e preferem outros mais respeitoso/as com suas necessidades, isso tem um impacto econômico direto. Decidir sair com as próprias pernas pode fazer refletir e produzir mudanças dentro do setor inteiro!

A ARTE DA CONFRONTAÇÃO

Nós temos mais chances de obter as informações e serviços que queremos sendo diretas. **Ao fazer perguntas, não hesitemos em ser precisas.** São nossos corpos, nossa saúde que está em jogo, e a eventual suscetibilidade de profissionais é secundária. Por exemplo: “não entendi o que quer dizer por expressão abdominal, em que consiste exatamente? “quantas episiotomias você realizou no último mês?” ou “o que vai fazer exatamente para garantir que não vai me machucar durante o exame? Isso coloca o/as profissionais diante de 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 temos também o direito de dizer o que queremos e não queremos sem ser questionadas. Isso se chama dar ordens. Em função da situação e do estado erigido da nossa Mulher-Xana interior, nós podemos fazer pedidos diplomáticos: “eu prefiro claramente os métodos de contracepção não hormonais”. Também podemos mostrar as nossas garras: “pare de tocar na minha vagina sem o meu consentimento!” **Para as situações mais complexas, incluindo aquelas que nos deixam desconfortáveis, a Mulher-Xana oferece a técnica de três frases** (ver tabela abaixo). Essa técnica permite colocar os limites claros e indiscutíveis, respeitando a pessoa à nossa frente. Um super poder precioso em qualquer circunstância.



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

Pode parecer muito difícil, porque muitas vezes ficamos impressionada/os 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 de 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 meu histórico, 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 cansei. Exigi: "mas o que é que estão à espera? Não se vê nada nas ecografias. É, portanto, uma gravidez ectópica. Querem que minha barriga exploda?" Me recusei a sair do hospital sem receber meu tratamento. E deram-me uma injeção. Demorou mais uma semana para verificar se a gravidez havia terminado com sucesso." (Karimā)

"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!" (Nadie'ja)

FAZER UM ESCÂNDALO



Tornar público o que está acontecendo é um grande obstáculo para um/a profissional. **Alguém que cometeu um erro ou uma transgressão não gostaria que isso fosse conhecido 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 incomodando.

Isso tem várias vantagens:

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

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

Finalmente, nós podemos também utilizar esta estratégia para avisar outras mulheres sobre profissionais desrespeitoso/as e iniciar uma fuga coletiva. Se, ao sairmos do consultório, informarmos a toda a sala de espera que tal profissional se permite piadas racistas, não leva a nossa dor a sério ou impõe tratamentos contra nossa vontade, outras mulheres poderão escolher se querem tentar a sorte ali ou procurar algo melhor em outro 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 meu parceiro entrar na sala de consultas comigo, apesar da minha insistência. Além disso, a compilação do histórico médico, o esfregaço e as informações sobre os métodos anticoncepcionais foram concluídos em nove minutos. Escrevi uma carta aos membros do Conselho Administrativo do centro de planejamento para informar sobre o 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 uma Mulher-Xana intervir. Mesmo se no momento não tivermos reagido como gostaríamos ou se somente depois disso percebermos que a situação era inaceitável, podemos ainda assim agir pela garantia de nossos direitos. **O mais importante**

é lembrarmos que nós não somos NUNCA responsáveis pela violência que sofremos.

Nossas reações (ou nossa falta de reações) não justificam desrespeito ou agressão. O/As responsáveis são o/as profissionais, a organização e o sistema de saúde (financiamento, hierarquia, falta de formação e recursos, protocolos).

Quando vivenciamos uma situação de violência, podemos sentir que não é mais apropriado fazer algo, que "acabou ali" ou que "não ousei dizer nada no momento, e agora é tarde demais". **Porém, é importante fazer algo com essa experiência difícil para que ela não continue a nos machucar.** Não é obrigatório se sentir confiante imediatamente: é sempre possível falar sobre o ocorrido mesmo muito tempo depois, quando se sentir mais segura ou mais capaz de enfrentar uma memória dolorosa.

Lembramos que grupos ou coletivos de mulheres, associações de pacientes e grupos de apoio são lugares que nos permitem expressar nosso incômodo diante da violência vivida, de um ato cirúrgico mutilador e imposto (uma episiotomia, uma cesárea, uma mastectomia, uma ooforectomia), ou das insistentes propostas de reconstrução mamária, do sentimento de culpa por ter feito reposição hormonal, por ser muito gorda, por não ter feito o diagnóstico...



Além de sermos ouvidas e apoiadas, também podemos precisar nos libertar de uma experiência vivida, confrontando o responsável com a nossa verdade. Receber a confirmação de que algo inaceitável aconteceu pode aliviar nossa dor. E, a longo prazo, reclamações de todas as Mulheres-Xana podem agitar as coisas para que outras Mulheres-Xana 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 absorventes higiênicos cheios de sangue para comprovar que era grave. Cada vez, encontrei a mesma médica. Ela disse que eu estava inventando e exagerando, mas nunca tomou tempo para fazer um teste. Na terceira vez, ela me disse: 'Se você voltar, eu não vou cuidar de você.' Na noite daquele dia eu estava tendo contrações e secreção e sabia que estava muito tarde. Voltei para a sala de emergência onde meu bebê foi encontrado morto. Passei a noite no hospital e vi essa ginecologista de manhã durante as rondas médicas. Ela ficou bastante surpresa. Disse-lhe poucas e boas e todo o pessoal veio correndo. Ela respondeu que conhecia uma senhora que teve quatro abortos espontâneos e ainda assim conseguiu ter filhos. Eu respondi: "Não me importo com essa 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 contato com essa médica, mas na próxima vez que engravidei, no parto, encontrei ela porque ela estava de plantão. Eu a ignorei tanto quanto possível e eu poderia dizer que ela me reconheceu e estava desconfortável." (Loubna)

FAZER UMA DENÚNCIA



Toda mulher e pessoa gestante tem direito à atenção de qualidade ao buscar o serviço de saúde. Há padrões gerais de cuidado que devem ser seguidos, entre eles a comunicação interpessoal efetiva e respeitosa, realização de procedimentos médicos baseados nas melhores evidências, consentimento prévio e informado, e respeito à privacidade e confidencialidade¹⁸.

A Norma Técnica sobre Atenção Humanizada ao Abortamento, emitida pelo Ministério da Saúde brasileiro, convoca também profissionais a, independentemente de seus preceitos morais e religiosos, preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres¹⁹.

Se o atendimento recebido falhar em observar os padrões de qualidade no atendimento de saúde, seja por longas esperas, negativa de informação e de prioridade no atendimento e curetagem não autorizada, por exemplo, você pode tomar medidas jurídicas. Entre elas: fazer um registro da ocorrência na delegacia de polícia mais próxima de você; denunciar no conselho profissional, que poderá impor medidas disciplinares a quem cometeu a violência obstétrica, e buscar uma advogada feminista ou defensoria pública que possa dar início a um processo de reparação de danos morais sofridos.

¹⁸ Conferir <https://womenhelp.org/pt/page/1215/viole%CC%82ncia-obste%C%81trica>

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica (2011). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.



A xana-alerta

Temos que estar cientes de que “registrar uma reclamação/denúncia” não é fácil. Pode inclusive ser um caminho cheio de obstáculos. Mesmo com evidências suficientes, promotore/as e/ou juíze/as podem por exemplo não acreditar na queixa. A mediação com o hospital também é tendenciosa, uma vez que o/a mediador/a é pago/a pelo próprio hospital para gerenciar conflitos com pacientes. Muito/as pacientes acabam também por não receber seus prontuários. Esses acontecimentos não devem nos desencorajar, mas, pelo contrário, nos preparar melhor para os desafios do procedimento e antecipar os conflitos mais duros.

Junto à luta para obter nossa justiça, nós podemos também lutar juntas para mudar mentalidades. **Ser ativista em grupos solidários e ajudar o mundo a se mover é bom para sua saúde!**



A xana de guarda

Muitas vezes é útil estar acompanhada/o por um/a advogado/a especialista ou apoiada/o por uma organização especializada nessas questões para que nossos direitos sejam bem defendidos. No Brasil, a Linha Vera é um exemplo de canal de comunicação que pode ajudar com informações sobre direitos sexuais e reprodutivos. Para isso, basta mandar uma mensagem no aplicativo Whatsapp para o número (081) 98580-7506.

Se é um caso de ameaça ou efetiva criminalização por aborto, você pode somar esforços à iniciativa de mapeamento dos serviços de saúde que violam os direitos das mulheres à privacidade e ao sigilo médico, fazendo o registro de seu caso aqui: <https://especiais.catarinas.info/mapa-colaborativo-da-criminalizacao-das-mulheres-por-aborto/>. O sigilo de todas as informações compartilhadas é garantido (parágrafo da cartilha Margarida Alves p. 30).

A Cravinas é uma clínica jurídica de direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, é possível encontrá-las no instagram com o usuário @projetocravinas e elas também possuem um canal de informações no aplicativo Whatsapp com o número (61) 99208-6526.

AUTOSSAÚDE E AUTOSSUPORTE, UMA FORMA DE AUTODEFESA

“Se todas as mulheres da terra acordarem amanhã e se sentirem bem e poderosas em 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)



Diante de uma sociedade que nos questiona em relação aos nossos corpos, diante da medicina autoritária e patriarcal, as Mulheres-Xana se organizam para retomar a posse de seus corpos.

Espaços de autossauúde ou autossuporte são locais onde nos oferecemos apoio e escuta mútua, na ausência de profissionais. Nós testemunhamos, trocamos nossos conhecimentos e experiências, nos informamos, debatemos a diversidade de nossas experiências, identificamos remédios simples que podem nos dar alívio e apoiamos umas às outras antes de ir a uma consulta médica.

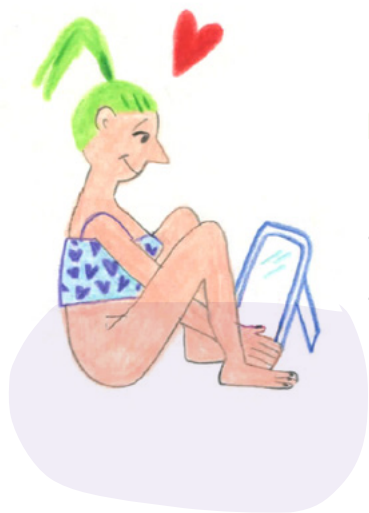
Graças ao discurso coletivo, recuperamos a confiança em nós mesmas e descobrimos ações simples que podemos fazer para cuidar de nós e de nosso corpo. Isso nos permite desligar do que a sociedade e a medicina pensam sobre nossos corpos e nossas sexualidades: podemos dar novos significados para o que acontece conosco.

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



A xana-alerta

Autossauúde ou autossuporte não significa rejeitar informações científicas e médicas: pelo contrário, identificamos aquelas que levam em conta a especificidade do corpo feminino e nossas experiências em uma sociedade machista. Seleccionamos aquelas que estão atentas aos estereótipos de gênero e evitamos o discurso moralizador.



AUTOEXAME GINECOLÓGICO

Esses encontros abordam 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, suas vulvas e, por dentro, sua vagina e colo do útero usando um espéculo de plástico, um espelho e uma lanterna. Dessa forma, as mulheres aprendem a observar e explorar esse lugar íntimo, tradicionalmente reservado ao julgamento e interpretação de médico/as. Graças a um melhor conhecimento de 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 essa auto-observação em um local íntimo do grupo ou se prefere se ausentar para ficar sozinha.
- Após a sessão, as mulheres trocam impressões e descobertas.



ABORTO AUTÔNOMO COM MEDICAMENTOS

Aborto autônomo com medicamentos é o ato de adquirir e usar medicação que desencadeia um aborto, sem passar pelo sistema formal de saúde. Permite às mulheres decidir 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 a contextos onde as leis de aborto são muito restritivas e/ou onde existem muitas barreiras (financeiras, logísticas) de acesso a serviços de aborto. O aborto medicamentoso é um método extremamente seguro e eficaz especialmente até às 12 semanas de gravidez.



Em todo o mundo, Mulheres-Xana estão se mobilizando em redes de apoio solidário para recuperar suas vidas reprodutivas e sua liberdade de dispor de 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. Esse conhecimento é transmitido de mulher para mulher e é uma opção de aborto seguro, que pode ser preferida por algumas mulheres^{20,21}

20 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>

21 Colocando pílulas abortivas nas mãos de mulheres: perceba todo o potencial do aborto médico, publicado em 2017. Disponível em inglês sobre contracepção, International Journal saúde reprodutiva:

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

"Meu aborto (autônomo) foi maravilhoso. Sou muito privilegiada, tive muito apoio, sem julgamentos. Eu fiz meus rituais de cuidados com a pele..."

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

Você deve saber que no Brasil, um aborto autônomo é um aborto fora da estrutura legal. Pode ser punido por lei porque o aborto só pode ser realizado por médicos, e em algumas situações. Além disso, o acesso aos medicamentos certos, mesmo em farmácias com ou sem receita, não é uma possibilidade. Embora a Internet tenha facilitado o acesso aos comprimidos, sempre existe o risco de comprar medicamentos falsificados online ou de serem apreendidos pela ANVISA e ter que explicar isso a essa mesma agência e/ou à polícia.

Em um aborto autônomo, estar bem informada é crucial.

Profissionais de saúde não conseguem distinguir um aborto com medicamentos de um aborto espontâneo. Se precisar de atendimento urgente ou se estiver em dúvida se um aborto espontâneo ou aborto provocado está indo bem, você tem direito a atendimento médico, seja qual for a situação.



**A xana de
guarda**

Women Help Women

(<https://womenhelp.org/>) fornece informações e conselhos sobre o aborto autônomo e informações para entender melhor esse movimento internacional.

A organização também produziu um guia de autodefesa para pessoas em situação de abortamento chamado “Violência Obstétrica e Aborto”. O guia está disponível em versão digital em: https://womenhelp.org/pt/media/inline/2020/11/25/viole_ncia_obste_trica_e_aborto_nov_19.pdf

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, esses depoimentos chamaram a atenção da mídia, que desde então tem falado cada vez mais sobre o tema. No entanto, poucas ferramentas de autodefesa feminista em francês foram desenvolvidas até agora.

Em 2017, o guia Violência obstétrica y aborto ²² 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 África. Ele trata especificamente de abortos. Foi publicado alguns meses depois na Bélgica pelo Le Monde de acordo com as mulheres, a Marcha Mundial das Mulheres, Gacehpa e Bruxelles Laïque, com o apoio da Women Help Women.

Dois anos depois, essa iniciativa se estende a outras situações em que as mulheres procuram serviços de saúde sexual e reprodutiva, e ganha sua tradução para o português com adaptação tanto para o Brasil quanto para Portugal. 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 profissionais de saúde.

Uma aliança entre organizações feministas e organizações investidas na liberdade das mulheres de dispor de seus corpos nos convida a usar nossos superpoderes sem complexos... porque a autodefesa também é coletiva!

²² Disponível em português em: https://womenhelp.org/en/media/inline/2020/11/25/violencia_obstetrica_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 em uma 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. Nesse contexto, trabalham ativamente para informar as mulheres sobre seus direitos, apoiá-las em seus procedimentos legais e fazer campanha por mais igualdade entre todos.



FEMMES ET SANTÉ

É uma associação feminista de promoção da saúde. Questionamos a medicalização dos ciclos de vida das mulheres e o impacto do gênero em sua saúde. Nesse contexto, nossa atenção centra-se nas relações de poder que podem existir entre cuidadores e pacientes. Femmes et Santé apoia a saúde própria 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 treinamento e reciclagem para os vários trabalhadores e ativistas pelo direito ao aborto na Bélgica e no exterior.



GARANCE

Desde a sua fundação em 2000, Garance foca na prevenção primária da violência de gênero. Trabalham para fortalecer o poder e a segurança das mulheres e populações vulneráveis, desenvolvendo a autodefesa feminista e atuando politicamente. Promove treinamento participativo e faz uma análise crítica das condições sociais e políticas que levam à violência. Paralelamente a estes diversos cursos de formação, disponibilizam também ferramentas (manuais de prevenção, material educativo) que as pessoas podem utilizar para dar fim as agressões. Os valores da Garance são 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 pesquisadoras baseadas em 4 continentes. Concentram 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* (Plateforme 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). Suas atividades são variadas: campanhas na mídia, publicações, informações, eventos públicos, reuniões com o público em geral, com cuidadores e interpelações políticas. Ela é formada por cidadãos usuários, pais, profissionais de saúde, associações, feministas, representantes da sociedade civil.



