



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

## **ÚTERO SÓ SERVE PARA DUAS COISAS?**

Percepções de mulheres que passaram pela histerectomia

CLARISSA LEMOS CAVALCANTI

**BRASÍLIA**

**2019**

CLARISSA LEMOS CAVALCANTI

## **ÚTERO SÓ SERVE PARA DUAS COISAS?**

Percepções de mulheres que passaram pela histerectomia

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia.

Orientadora: Prof. Dra. Soraya Resende Fleischer

Banca examinadora:

---

Prof. Dra. Soraya Resende Fleischer (DAN/UnB) - Orientadora

---

Prof. Dra. Giovana Acácia Tempesta (DAN/UnB)

**Brasília, 17 de junho de 2019**

## AGRADECIMENTOS

Do teu ventre mãe  
Corre um rio em mim  
Solto as águas  
Derramo nelas  
Danço em festa  
Oraieie

- Alessandra Leão

O caminho que trilhei para criar esse trabalho foi repleto de bençãos, alegrias, medos e surpresas. A guiança das Deusas e de minhas madrinhas foi fundamental para manter a firmeza em cada passo dado e, por isso, eu agradeço imensamente pela força e coragem que me possibilitaram colocar para o mundo um pouco da minha verdade. O tema desse trabalho surgiu e eu acolhi com insegurança, sem saber para onde ele me levaria, mas foram vários os portais que se abriram quando me permiti vivenciá-lo, acolhê-lo e me deixar ser afetada por ele. Isso já é motivo suficiente para ter o coração repleto de gratidão.

Porém, as alegrias e medos foram compartilhadas com pessoas especiais as quais estiveram ao meu lado durante toda essa trajetória. À minha família, meu eterno amor e carinho. Vocês são a base que me sustenta para eu poder alçar vôo. À vovó e à Maria, por serem meus anjos da guarda nessa existência e cuidarem de mim diariamente; à Ceci e ao Pedro por me lembrarem do privilégio que é conviver com a energia das crianças. À Aninha, que é metade de mim nessa existência, por todas as conversas que me fizeram ir além, por compartilhar comigo os processos dessa vida e por me lembrar do meu valor. Ao papai, que sempre me apoiou na jornada da vida acadêmica e fez questão de garantir que nada me faltasse. À ela, que me deu vida e me acolheu em seu corpo, meu eterno agradecimento. Obrigada, mãe, por acolher minhas dores, me dar colo e ser minha amiga acima de tudo. À Bia, Fernanda, Emily e Karol por serem amigas irmãs e vibrarem comigo a cada momento nessa espiral da vida. Sem essa rede de apoio eu não seria nada.

Esse trabalho não poderia ter se materializado se não fosse o amor, companheirismo e carinho do meu amado, Felipe Pessoa. Meu leitor mais atento, parceiro de noites eternas regadas a vinhos, risadas e conversas. Ele que esteve comigo desde o meu primeiro dia de graduação, que sentiu e vivenciou toda a minha transformação tão de pertinho. Eu não tenho palavras para descrever como foi importante seu apoio e incentivo a cada passo dessa caminhada. Foi uma honra compartilhar esse crescimento com você e espero ainda compartilhar infinitas outras conquistas e alegrias nessa vida.

Durante todos os meses de gestação dessa pesquisa, pude contar com o apoio e escuta atenta de Adriana Fittipaldi. Com sua ajuda, pude tecer significados lindos para a minha história, desfazer os nós que foram dados de mau jeito e mergulhar para dentro de mim mesma. Sem você e nossas partilhas, esse trabalho não teria sido gerado com a entrega e a verdade que foi. A Clarissa dos nossos primeiros encontros estaria muito feliz com a Clarissa que sou hoje. Obrigada pelo carinho e ajuda para parir esse trabalho.

Além do apoio afetivo que tive da minha família e amigas, pude contar com a experiência e incentivo de profissionais incríveis que passaram pelo meu caminho durante o curso de graduação. Minha gratidão ao professor Henyo Barreto, que me mostrou a beleza da antropologia e foi o professor mais didático, interessado e disponível que eu poderia ter tido quando precisei. Sem seu apoio e compreensão no começo do meu curso eu não poderia estar onde estou hoje. À professora Giovana Tempesta, antropóloga dedicada e sensível que apresentou para mim e para diversas outras alunas a importância da pesquisa feminista sobre parto e reprodução dentro da Antropologia. Eu admiro muito o seu trabalho e agradeço por todas as oportunidades que tive de aprender com ele. Agradeço especialmente pela participação na banca, pela leitura atenta e crítica desta monografia. É uma honra poder ser lida por você.

À Soraya, que foi professora, orientadora e amiga nessa jornada. Eu agradeço muito pelo acolhimento e pela confiança. Lembro da primeira matéria que cursei com você e, naquele momento, eu não tinha noção de como aquela professora de óculos rosa e dos vários anéis teria um impacto tão profundo no meu modo de ver e fazer Antropologia. Eu agradeço por ter me ensinado tanto, de tantas formas. Sua sensibilidade em conduzir a orientação foi essencial para que eu pudesse desfrutar desse trabalho de forma autêntica e plena. Quando estava ansiosa e insegura com o tema e com o projeto de pesquisa, você me disse uma frase simples que mudou completamente minha forma de encarar esse desafio: se permita. Obrigada por ter me ajudado a me permitir. Você estará para sempre no meu coração e nas minhas lembranças com muito amor e gratidão.

Foram essenciais, também, as minhas 15 interlocutoras que me receberam de forma tão amável e compartilharam comigo suas histórias, suas dores e impressões sobre a vida. Obrigada pela confiança e por compartilharem suas intimidades comigo. Espero que essa monografia possa honrar a história de cada uma de vocês: Andreia, Bianca, Carolina, Daniela, Elisa, Fernanda, Gaia, Helena, Isadora, Júlia, Luiza, Maria, Nicole, Paula e Rita.

Por fim, ter tido a possibilidade de fazer minha formação em uma instituição de ensino superior pública e gratuita, referência por sua produção acadêmica, é um privilégio e

uma honra sem tamanho. Espero que, enquanto sociedade, possamos valorizar a educação pública do país, nossas professoras, técnicas e terceirizadas e, dessa forma, garantir que as próximas gerações desfrutem da Universidade de Brasília, assim como das demais Universidades Federais, da mesma maneira como eu tive a oportunidade nesses últimos três anos e meio. Vida longa à UnB!

Eu agradeço muito e sempre!

Eu ainda era muito jovem e acabara de ter um bebê. Eu pari um amontoado de células que costumamos chamar “outro ser humano”, e ao fazê-lo, apenas reproduzi o gesto de todas as mulheres da minha linhagem, minha mãe, minha avó, minha bisavó, minha tataravó, minha tataratataravó. A natureza. (Pausa) Mas nada é natural na natureza!”

Carola Saavedra, *Com Armas Sonolentas*, p. 175.

## RESUMO

Por meio de entrevistas semi-estruturadas com 15 mulheres de camadas médias urbanas de Brasília (DF) busquei compreender como se deram os processos da histerectomia, desde o diagnóstico ao pós-cirúrgico, e de que forma essas mulheres percebem a cirurgia, questionando os possíveis impactos e consequências em suas vidas. Contudo, seus relatos extrapolaram as questões biomédicas e me permitiram refletir mais profundamente sobre questões que perpassam a identidade feminina e os papéis sociais da mulher a partir de suas percepções sobre o útero. A maior parte das entrevistadas vêem esse órgão de forma utilitária, como uma máquina de (re)produção, e quando já se é mãe e não há desejo de parir novamente, o órgão perde sua função. Dessa forma, a histerectomia parece ser um meio para refletir sobre sangramento, maternidade, menopausa e outras questões que envolvem os processos reprodutivos femininos. Assim, a pesquisa se enquadra dentro de uma abordagem feminista da antropologia da saúde, a qual busca tensionar e problematizar os eventos corporais dentro do ciclo de vida reprodutivo das mulheres como passíveis e necessários de serem analisados pela Antropologia.

**Palavras-chave:** histerectomia; útero; maternidade; reprodução; Antropologia da saúde.

## **ABSTRACT**

Through semi-structured interviews with 15 urban middle-aged women that lives in Brasília (DF), I tried to understand how the hysterectomy processes, from diagnosis to the post-surgery, and how these women perceive the surgery, questioning the possible impacts and consequences in their lives. However, her accounts extrapolated biomedical issues and allowed me to reflect more deeply on issues pertaining to women's identity and women's social roles from their perceptions about the uterus. Most interviewees see this organ as utilitarian, as a (re) production machine, and when one is a mother and there is no desire to give birth again, the organ loses its function. Thus, hysterectomy seems to be a means to reflect on bleeding, maternity, menopause, and other issues involving female physical-reproductive processes. Thus, the research fits within a feminist approach to health anthropology, which seeks to intend and problematize the bodily events within the reproductive life cycle of women as passable and necessary to be analyzed by Anthropology.

**Key-words:** hysterectomy; uterus; maternity; reproduction; Medical Antropology.



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - Útero: um caminho pessoal de percepção do mundo</b>	<b>5</b>
1.1 Motivação do tema: caminhos pessoais e articulação com a Antropologia	5
1.2 O que é a histerectomia?	10
1.3 Onde se encontra a histerectomia na luta por justiça reprodutiva?	13
1.4 Metodologia: escolha das mulheres, entrevistas, roteiro, análise dos dados	20
1.5 Quem são essas mulheres?	23
<b>CAPÍTULO 2 - Do diagnóstico ao pós-cirúrgico</b>	<b>27</b>
2.1 O processo de descoberta de uma alteração e os caminhos para lidar com ela	27
2.2 A decisão de retirar: até quando é possível viver com uma alteração no útero?	33
2.3 Sobre sangue e menstruação	37
2.4 A vivência de uma intervenção biomédica	44
2.5 Percepções sobre o pós-cirúrgico	52
<b>CAPÍTULO 3 - O que significa ter um útero?</b>	<b>56</b>
3.1 Útero só serve para duas coisas	56
3.2. Maternidade como base identitária feminina	64
3.3 Quando não se é mãe biológica e se passa pela histerectomia	67
3.4 O útero sob a perspectiva do Sagrado Feminino	73
3.5 E quando para a “produção”?	78
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>86</b>

## INTRODUÇÃO

Depois da cirurgia  
Ela me diz como é bizarro  
Que eles acabaram de tirar  
A primeira morada de seus filhos

Histerectomia fevereiro 2016

Rupi Kaur

Li esse poema em novembro de 2017, quando o novo livro de Rupikaur chegou em minhas mãos. Talvez por não saber exatamente o que era histerectomia, naquele momento, o poema não tenha chamado tanto a minha atenção. Meses depois, durante uma noite em que revisitava meus livros de poesia, me deparei com ele. A segunda leitura mexeu muito comigo, eu fiquei surpresa de ver em seu livro um poema sobre o assunto da minha monografia. Marquei a página em que ele estava dobrando a folha e sabendo que em algum momento nessa trajetória ele seria importante para as minhas reflexões sobre o tema.

Meses depois, quando percorria a bibliografia que estrutura esse trabalho, tomei conhecimento que Rupikaur, além de escritora, é diretora de arte e, junto com sua irmã, criaram um ensaio fotográfico intitulado *Period*<sup>1</sup>, menstruação em inglês. Neste ensaio elas buscaram desafiar o tabu da menstruação e contar essa história sem palavras. A materialidade do sangue em suas fotografias, além da escritura do poema que caiu em meus braços no momento em que eu buscava compreender um pouco mais sobre esses processos, foram importantes e me inspiraram intelectual e criativamente. Elas traziam em forma de arte temas importantíssimos de serem discutidos em todas as esferas do conhecimento.

Nesse momento de desvendar em que consistia a histerectomia - a cirurgia de retirada de útero - eu tinha muitos pressupostos sobre esse órgão. Eu acreditava que esse processo deveria ser doloroso e estranho para as mulheres, como foi a sensação causada em mim pelo poema quando o li pela segunda vez. Relendo recentemente o meu projeto de pesquisa eu não pude evitar rir da Clarissa de meses atrás que carregava consigo tantas induções na formulação de suas perguntas, que acreditava saber sobre o que era histerectomia só porque eu tenho um útero e tenho percepções, sentimentos e uma relação com ele. Engano meu. O que Rupikaur traz sobre a cirurgia em seu poema é só uma perspectiva sobre o processo e

---

<sup>1</sup> Para ver as fotos e conhecer o trabalho da artista ver <https://rupikaur.com/period/>

pude constatar isso conversando e mergulhando no tema junto com minhas interlocutoras. Com elas, sim, pude entender mais profundamente no que consiste, como se dá e como elas percebiam esse processo em suas vidas. Hoje, enquanto me preparo para parar esse trabalho, percebo a grandiosidade de me permitir olhar para os fenômenos que me circundam com um olhar mais cuidadoso, com uma visão propriamente antropológica. Esse olhar me permitiu tecer significados sobre a histerectomia, os quais apresento nesse trabalho de conclusão de curso.

A monografia se estrutura em três capítulos. No primeiro, além de apresentar a relação do tema de pesquisa com minha trajetória acadêmica e pessoal, busco introduzir o que é a histerectomia, suas causas e indicações, e, também, contextualizá-la dentro da luta por justiça reprodutiva. Finalizo o capítulo apresentando minha metodologia de pesquisa, meus dados e as entrevistadas que dão corpo à monografia.

A partir dos relatos de 15 mulheres, pude refletir sobre o que foi ressaltado com mais frequência e a forma como essas mulheres teceram suas experiências. Ao pedir para que me contassem como foi o processo que as levou até a histerectomia, elas falaram sobre como descobriram alguma questão no útero a partir de miomas, sangramentos ou dores, por exemplo. A maioria buscou tratar dessas questões de diferentes formas antes de tomar a decisão de retirar o útero e a cirurgia surge como um mecanismo de aliviar as consequências negativas e melhorar sua qualidade de vida. Relataram-me, também, como foi a relação com o médico, a recuperação e o pós-cirúrgico. Falarei sobre essas questões no Capítulo 2, intitulado "O processo de histerectomia: do diagnóstico ao pós-cirúrgico".

Já no Capítulo 3, busco me aprofundar nas respostas dadas à pergunta "O que seu útero significava para você?", presente no meu roteiro. Os relatos me fizeram perceber a centralidade da maternidade nos discursos de histerectomia visto que a maioria das mulheres descreveram seu útero de forma utilitária, sendo sua função apenas reprodutiva e, como já eram mães, percebiam que seus úteros já não tinham mais serventia. Muitas delas ressaltaram que se não fossem mães à época da cirurgia talvez tivessem repensado a decisão ou teriam vivenciado esse processo de outra forma. Já as mulheres que não eram mães biológicas e/ou não tinham filhos vivenciaram o processo de maneira diferente, seja a partir do entendimento que não poderiam mais ter o poder de decisão sobre a maternidade, seja a partir do luto por querer e não poder mais ter essa experiência.

A visão funcionalista e utilitária do útero me impactou muito, talvez por se distanciar da minha percepção sobre meu corpo, e acredito que essa foi a parte mais importante e significativa do campo: compreender e conversar com mulheres que, mesmo tão próximas,

significam o mundo e suas vivências de maneiras tão próprias e individuais. Tentar entender isso de forma mais complexa e aprofundada foi bastante significativo para mim. Por outro lado, a frase “útero só serve para duas coisas: ter bebê ou dar doença” surgiu em algumas entrevistas a partir de opiniões próprias das mulheres, mas também como citação de falas de profissionais da saúde. Parece-me que, por mais que eu não tivesse conhecimento, é uma ideia corriqueira entre as mulheres e médicos. Nesse sentido, para além da percepção pessoal dos processos, parece haver um discurso que permeia e, talvez, influencie como as mulheres se percebem.

Outra questão que me chamou atenção foi que a maioria delas diz não sentir que passaram pela cirurgia e que o órgão não lhes faz falta. O útero parece não determinar suas vivências enquanto mulheres, mas a maternidade e os ovários foram ressaltados diversas vezes em contraponto à ausência do útero. Dessa forma, muitas delas dizem que não precisariam mais dele porque já não queriam engravidar novamente, já tinham “fechado a fábrica”, “dado sua contribuição ao aumento demográfico do país”, mas ressaltam a permanência dos ovários e, conseqüentemente, dos hormônios como um fator positivo para o funcionamento de seus corpos. Achei interessante essa recorrência de atribuição positiva ao ovário, como se os hormônios produzidos por ele, de alguma forma, propiciassem algo a elas que permitiria com que continuassem com suas funções normais de “mulher”.

A partir dessas reflexões, comecei a me questionar de que forma as atividades biológicas/reprodutivas são associadas a uma identidade feminina. Parece que essas mulheres não ligam essa identidade a seus úteros especificamente, mas o útero tem um significado especial porque as possibilitou serem mães e gerarem seus filhos. Os estudos de gênero hoje problematizam as divisões binárias e buscam ampliar, quando não acabar, com as categorias que determinam os indivíduos a partir do seu sexo biológico. Nesse sentido, acredito que hoje não podemos falar que mulher é “apenas” esse ser capaz de gerar vida, existem mulheres diversas, com ou sem útero. Contudo, me parece que ter a capacidade reprodutiva determina uma vivência muito específica biologicamente e que extrapola a esfera física e atravessa a vida social e emocional dessas pessoas. Nesse sentido, pensar o que é ser mulher e como essa categoria foi construída a partir de nossas condições biológicas me parece importante ao analisar os processos de histerectomia, visto que as mulheres sem útero são constantemente marginalizadas dessa reflexão, seja as que passaram pelo processo cirúrgico, seja aquelas que nasceram sem o órgão.

Além dessas questões gerais, o meu material possibilitou pensar diversos aspectos do que a cirurgia suscita para essas mulheres: seja como elas vivenciaram uma experiência de

intervenção cirúrgica, seja como avaliam a necessidade de retirada e os porquês da decisão de retirar, como percebiam os processo de sangrar e como, algumas, percebiam o útero atrelado à uma ideia mística ou energética, associada ao divino. Ademais, ao me contarem sobre seus processos de histerectomia, diversos outros processos corporais foram suscitados, como partos, menstruação, menopausa, reposição hormonal, laqueadura e envelhecimento. Assim, além das experiências de histerectomia, pude obter relatos fortes e profundos sobre essas experiências e as quais, de alguma forma, estão vinculadas à retirada do útero. Acredito que perceber essa teia de significados foi o mais bonito de vivenciar durante o campo, teia essa tecida ao longo de toda a vida dessas pessoas e que determina e marca as temporalidades e eventos da vida delas. Além disso, o processo de entrevistas foi crucial para que eu começasse a olhar para o meu útero e meu processo de sangrar cíclico de forma diferente, com mais atenção para esses eventos e buscando sentir e entendê-los física, emocional e simbolicamente.

# **CAPÍTULO 1 - Útero: um caminho pessoal de percepção do mundo**

## **1.1 Motivação do tema: caminhos pessoais e articulação com a Antropologia**

Não sei em que momento comecei a me perceber de maneira diferente. Lembro que foi um processo muito pessoal, silencioso e que veio de um lugar dentro de mim que eu não sabia nomear. Sei que comecei a enxergar meu corpo de forma diferente do que me falavam para olhar: comecei a olhar com o amor. Não conseguia aceitar que eu tinha que domá-lo das inúmeras maneiras que me falavam. Eu percebi que meu corpo me proporcionava experiências únicas e me permitir vê-lo com carinho, acolhendo as dificuldades e desafios, poderia ser muito mais leve do que reprimi-lo a cada mês.

Acredito que começar a questionar as formas como me ensinavam a cuidar do meu corpo foi o motor de uma mudança de olhar sobre mim mesma. Comecei a questionar porque eu tentava homogeneizar todos os meus processos físicos: minha menstruação, minha TPM, minha libido. Por que eu não as vivia plenamente e por que ninguém conversava sobre isso? Talvez o fato de não haver muitas pessoas dispostas a ensinar formas não hormonais de contracepção ou nos contar das outras maneiras que podemos lidar com cólicas e com a própria menstruação, por exemplo, foi o que me fez começar a mudar minhas atitudes por mim mesma. Eu desisti de tomar pílulas hormonais, parei de usar absorventes descartáveis, comecei a perceber meu ciclo e suas fases e tentar me entender a partir desses processos físicos.

Carregava comigo, então, essa ânsia de que minha vivência enquanto mulher (pelo menos era o que me parecia à época) era limitada, circundada de tabus e regras, e que eu, por tentar subverter alguma delas, me encontrava sozinha. Não tinha muito com quem conversar ou dividir experiências. Pouco a pouco, percebi que as minhas amigas, irmãs e colegas começavam, também, a falar sobre o desconforto de lidar com seus corpos de forma tão parcial. Em poucos anos, Ginecologia Natural e Autônoma, Sagrado Feminino e temas relacionados começaram a ser mais debatidos e divulgados de várias formas distintas, tanto na Internet como em rodas presenciais e acredito que isso possibilitou que várias meninas e mulheres questionassem grandes estruturas na prática do dia a dia.

Poucos anos depois, entrei na Universidade de Brasília para cursar Antropologia. A decisão de ingressar no curso esteve comigo desde o meu primeiro ano do ensino médio, quando eu comprava livros usados de teoria e passava minhas tardes lendo aquelas páginas

que tinham conteúdos grandiosos, mas que eu pouco entendia. Contudo, não foi um processo fácil me encontrar dentro da área. Eu adorava as aulas de teoria, mas nunca me imaginava em um campo com pessoas de culturas diferentes, como é a imagem que se tem e que criamos do fazer antropológico. Eu gostava da maneira de olhar para a realidade sabendo que tudo que está no alcance da visão tem mais a dizer do que podemos captar à primeira vista. Que o mundo é complexo e cheio de teias de significados e a Antropologia, para mim, simbolizava esse tear do conhecimento que é só mais uma forma de perceber a realidade que nos cerca.

Durante a graduação estudei feminismo e teoria de gênero, pois me parecia ser um local na academia no qual eu podia tensionar as reflexões que trazia comigo desde antes, quando buscava compreender o que significava ser mulher nessa existência. E, de fato, as matérias que abordaram esses temas foram essenciais para eu compreender não só o histórico da luta feminista e suas pautas mas, principalmente, para perceber que mulher é uma categoria muito mais complexa do que eu poderia imaginar. Foi aí que pude de fato compreender como minha classe e minha cor de pele dizem muito mais sobre mim do que meu gênero; percebi como aqueles processos de sangrar e gerar filhos não eram simples processos físicos, mas estavam e estão imbricados em relações de poder que determinam diferentes vivências para as mulheres no mundo.

Ao cursar a disciplina Antropologia do Gênero com a professora Silvia Guimarães tive contato com o pensamento feminista decolonial que traz forte crítica ao modelo universalizante de mulher, o qual categoriza as experiências de opressão como universais e promove lutas e pautas que se referem a um contexto de luta euro-americano que não diz respeito, necessariamente, à realidade da imensa maioria de mulheres (Oyewumi (2004); Bidesca (2010); Mohanty (2008); Crenshaw (2004); Segato (2012); Lugones, (2014). No mesmo semestre, cursei também a disciplina Cultura e Meio Ambiente com o professor Henyo Barreto e pude refletir sobre a maneira como a dicotomia natureza vs cultura surge nos debates sobre gênero. Essa reflexão me possibilitou desestabilizar a categoria mulher a partir da possibilidade de compreender a forma como essa dicotomia caía, muitas vezes, em essencialismos ao determinar papéis sociais baseado em binarismos que não dão conta da complexidade das expressões corporais e das manifestações de gênero em nossa sociedade (Ortner (1979); Haraway (1997); Shiva e Mies (2014); Strathern (2017).

Concomitante a essas leituras, em 2017 foi lançado o livro "Calibã e a Bruxa" de Silvia Federici no Brasil e foi o momento em que entendi que todas as minhas inquietações sobre o corpo e as vivências femininas tinham fundamento, estavam sendo discutidas e pensadas em profundidade há muito tempo. Foi instigada pela leitura de Federici que comecei

a pesquisar o tema do corpo e da saúde das mulheres dentro da Antropologia e conheci inúmeros trabalhos produzidos sobre diferentes processos físicos femininos. Conhecer essa linha teórica e de pesquisa dentro da Antropologia, que se dedica, desde muito, ao estudo dos processos sexuais e reprodutivos e que, na produção de conhecimento, está reivindicando politicamente a liberdade de experienciar os processos físicos e corporais de forma democrática e livre, foi de suma importância para eu entender que minhas energias seriam bem aproveitadas se eu me situasse ao lado de todas essas antropólogas feministas que vieram antes de mim. Rayna Rapp (2001), ao elucidar como a reprodução virou foco de análise dentro da Teoria Social, ressalta como os assuntos de cunho pessoal permeiam a vida acadêmica:

O envelhecimento dos nossos tópicos de pesquisa não está desvinculado dos dilemas pessoais que interpretamos como dignos de análise social no campo da saúde das mulheres e materno/infantil, acrescentando às nossas agendas as novas tecnologias reprodutivas, os problemas de infertilidade e o envelhecimento das mulheres, à medida que nós mesmos nos movíamos através dos nossos próprios ciclos de vida. (Rapp, 2001: 467. Tradução livre<sup>2</sup>)

No semestre seguinte que tive acesso a esses trabalhos e a essas leituras, eu comecei a cursar a primeira matéria do ciclo da monografia. Ao conversar com a professora Soraya Fleischer sobre essas reflexões que vinha tecendo em âmbito acadêmico e pessoal, ela abriu espaço para me orientar. Foi de suma importância esse acolhimento e, também, perceber que no departamento que eu cursava minha graduação havia profissionais dedicadas a temas e debates tão importantes. O objetivo dessa primeira disciplina era desenvolver durante um semestre o meu projeto de monografia e, para isso, comecei a fazer uma busca bibliográfica e entender qual seria meu objeto de pesquisa.

Eram vários os assuntos que estavam sendo discutidos dentro da área que perpassavam a saúde das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos, mas naquele momento me interessava pensar esse processo de mulheres jovens que, como eu, desistiram dos métodos contraceptivos hormonais e foram em busca de uma outra relação com o seu corpo, o que atualmente tem se chamado de Ginecologia Autônoma. Neste mesmo semestre, foi oferecido um curso de Antropologia do Parto e da Reprodução pela professora Giovana Tempesta e, ali, pude sistematizar as leituras que vinha fazendo sozinha e discutir com toda

---

<sup>2</sup> Todas as referências de língua estrangeira que aparecem ao longo do texto também foram traduzidas por mim. Optei, também, por não diferenciar a formatação das citações e relatos por considera-los de igual relevância.



uma turma de mulheres esses temas que vinham me inquietando há alguns meses. Lemos várias etnografias atuais que falam de menstruação, parto e puerpério, o processo gravídico e as suas diferenças entre contextos (Martin (2006); Rohden (2001); Chazan (2007); Manica (2009); Carneiro (2015); Fleischer (2010). Nesta disciplina, o que mais me chamou atenção foi a reflexão sobre o lugar da reprodução nos processos históricos e as consequências deles no modo como percebemos nossos corpos atualmente.

Já no final desse semestre, aconteceu em Mococa, São Paulo, uma esterilização compulsória em Janáina Aparecida. Esta, por ser usuária de drogas e estar encarcerada no momento da decisão judicial que determinou a realização da laqueadura tubária, não teve meios de impedir a ação do Estado sobre seu corpo. Alegando que seria para benefício de sua integridade física e dos possíveis filhos que ela poderia vir a ter e que estariam, supostamente, em risco pelo comportamento da mãe, o promotor de justiça interveio de maneira coercitiva e cruel sobre as decisões de Janáina sobre seu corpo a partir de estereótipos e preconceitos infundados sobre o que é ser uma boa mãe. O horror de perceber que práticas como essas acontecem ainda hoje, aliado às reflexões sobre feminismos que vinha tecendo, me fizeram ter a certeza de que meu lugar dentro da Antropologia estava atrelado à área da saúde das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos.<sup>3</sup>

Foi nesse momento de escrita do projeto, quando eu ainda não sabia exatamente qual seria o meu objeto de estudo, que a professora Soraya me sugeriu pensar sobre o procedimento de histerectomia. Foi durante uma reunião de orientação coletiva e eu, que nunca tinha ouvido falar nessa cirurgia, mal sabia o quanto seria importante refletir sobre o assunto nos meses subsequentes. Naquela ocasião, Soraya mencionou que era um fator que a inquietava o fato da maior parte das cirurgias serem feitas de forma preventiva, ou seja, sem uma doença ou situação que determinasse a necessidade iminente da retirada do útero. Foi sem ter a certeza de que aquele era meu caminho que acolhi a sugestão de Soraya e me permiti descobrir o que era e em que se baseava a cirurgia de retirada de útero, sentindo que, de fato, esse tema faz parte de uma linda agenda de ação antropológica (Manica, 2018).

Enquanto escrevo, depois de vários meses gestando essa pesquisa, entendo as palavras da antropóloga Janelle S. Taylor com mais profundidade:

Afinal, o que as etnógrafas feministas mostraram, através de suas pesquisas sobre as vidas e experiências reprodutivas das mulheres, é o que os antropólogos há muito

---

<sup>3</sup> Para ver mais sobre o caso: <https://www.revistaforum.com.br/juiz-e-procurador-ordenam-esterilizacao-de-mulher-em-mococa/>.

procuram demonstrar: que estudar as pessoas comuns em suas vidas cotidianas é, de fato, abordar "as grandes ideias". À medida que realizam o trabalho social de reproduzir novas gerações e lutar para construir e manter vidas, famílias e comunidades saudáveis, as mulheres também se envolvem no trabalho de imaginar e produzir cultura e relações sociais. No processo, elas se engajam - criativamente, reflexivamente, muitas vezes com ambivalência, mas às vezes com visão crítica muito clara - com a maior das ideias e os mais profundos problemas e aspirações humanas (Taylor, 2004: 130).

Dentro de um amplo espectro teórico e social que trata das questões corporais e reprodutivas das mulheres, me parece de suma importância compreender os elementos que estruturam e definem como olhamos, experienciamos e cuidamos de nossos corpos hoje e, ainda mais, como podemos debater e analisar esses processos de forma mais aprofundada. Acredito que me propor a escrever sobre mulheres que passaram pela histerectomia vem nesse sentido: compreender como as mulheres significam suas experiências com uma cirurgia ginecológica; perceber como elas vêem seus úteros e os processos ligados a ele; entender a maternidade, as categorias e ideias acionadas ao falar de suas trajetórias e pensar o ciclo de vida reprodutivo. A escolha de fazer entrevistas com mulheres histerectomizadas, assim, é calcada numa posição política que entende que ouvir as mulheres sobre seus corpos é essencial para avançarmos socialmente sobre pautas reprodutivas:

Ouvir as mulheres é a chave para respeitar sua autonomia pessoal, moral e legal - isto é, seu direito à autodeterminação. Isto significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade, como sujeitos, e não meramente objetos, e como fins, não somente como meios das políticas de planejamento familiar e populacional. (Correa e Petschesky, 1996: 163)

## **1.2 O que é a histerectomia?**

A histerectomia é a remoção cirúrgica do útero, que pode acontecer via abdominal, via vaginal ou com o auxílio de uma videolaparoscopia<sup>4</sup> a depender das circunstâncias clínicas da paciente. O procedimento pode ser classificado, também, em histerectomia total, na qual o útero e o colo do útero são retirados, ou em histerectomia subtotal, na qual o colo é mantido. Além dessas opções, há a histerectomia radical que consiste na retirada do colo, do útero, das tubas e do ovário. Por ser um caso mais invasivo, esta última é mais indicada

---

<sup>4</sup> É uma cirurgia minimamente invasiva, realizada a partir da introdução de uma câmara através da cavidade pélvica, sem a necessidade de grandes cortes externos na pele.

para pacientes com tumores malignos em algum desses tecidos (Nunes, 2008; Sousa et al., 2013).

A literatura demonstra como a histerectomia é a segunda cirurgia ginecológica mais realizada entre mulheres em idade reprodutiva (Brasil, 2008), depois apenas do parto cirúrgico. No Brasil foram realizadas mais de um milhão de histerectomias pelo SUS em todas as regiões nos últimos 10 anos.<sup>5</sup> A grande quantidade de cirurgias realizadas, aliada ao fato de que a maioria delas é indicada por algum tipo de enfermidade benigna (Araújo e Aquino, 2003; Santos e Saldanha, 2011), demonstra a necessidade de refletirmos mais atentamente sobre esse fenômeno em nossa sociedade.<sup>6</sup>

O fator benigno como prevalente nas indicações dessa cirurgia é corroborado pelos relatos das mulheres com as quais conversei. Dentre elas, apenas uma teve o câncer como motivo da retirada, as demais decidiram a partir do enfrentamento, em sua maioria, de miomas - tumores benignos que surgem nas fibras musculares do útero -, os quais são a causa principal de recomendação de histerectomia (Araújo e Aquino, 2003; Nunes, 2008; Barros e Melo, 2009). É necessário pontuar que mesmo não causando risco iminente à saúde, as alterações uterinas benignas causam diversos sintomas que podem ser vividos de forma dolorosa pelas mulheres e que estes podem determinar a decisão da retirada do útero.

Os miomas, por exemplo, podem causar diferentes sintomas a depender de sua posição e tamanho, tais como dor e sangramento excessivo, os quais podem levar a um quadro de anemia. Nesses casos, para além de uma disfunção ginecológica ou um risco iminente à saúde das mulheres, percebe-se que o mioma atua em outras esferas do corpo e traz consequências que afetam o bem-estar. Porém, em outras situações ele pode ser assintomático e a mulher só ter conhecimento dele depois de um exame específico. Em relação ao tratamento, existem três tipos mais comuns: o expectante, indicado para tumores pequenos e assintomáticos, no qual faz-se um acompanhamento a cada seis meses para observar possíveis mudanças do tumor; existe o tratamento hormonal, principalmente DIU (dispositivo intra uterino a base de progesterona), indicado para mulheres jovens que possuem aumento no fluxo menstrual e cólicas; e, por fim, há o tratamento cirúrgico, que é opção quando as duas anteriores não funcionam ou quando o mioma está em uma posição

---

<sup>5</sup> Foram realizadas 1.210.001 histerectomias de Janeiro de 2008 à março de 2019. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

<sup>6</sup> É necessário refletir sobre a classificação da histerectomia e do parto cirúrgico como as cirurgias ginecológicas mais realizadas no Brasil, pois o aborto cirúrgico é prática comum mas, pela sua grande margem de ilegalidade, não há dados e estatísticas reais para efeito de comparação com esses outros procedimentos.

complexa ou tamanho muito grande. A histerectomia é sugerida como última opção para casos de mioma.

Além dos miomas, outros sintomas e distúrbios podem resultar na cirurgia, como pólipos e prolapsos uterinos, endometriose e câncer ginecológico. Muitas dessas alterações possuem sintomas parecidos e, durante as entrevistas, pude perceber como a distinção entre elas muitas vezes não era muito clara para mim e para as minhas interlocutoras. Foi a partir dos diálogos travados que pude ir entendendo a especificidade de cada uma dessas doenças. Os pólipos, por exemplo, são estruturas amolecidas e corpulentas, derivadas do crescimento de glândulas endometriais e dos tecidos que as revestem. São classificados de acordo com o local que surgem, sendo que, quando ocorrem no corpo do útero são denominados pólipos endometriais, e no colo do útero, pólipos endocervicais. Quando não são assintomáticos, seus principais sintomas são o aumento do fluxo menstrual e da duração da menstruação. Da mesma forma que os miomas, os pólipos, em sua maioria, se manifestam de forma benigna, mas em alguns casos pode ocorrer uma degeneração maligna que implica em protocolo de tratamento diferenciado.<sup>7</sup>

Já a endometriose, outra doença que surgiu para minhas entrevistadas, caracteriza-se pelo crescimento anormal do tecido endometrial, o qual reveste internamente o útero, fora da cavidade uterina. Esta doença gera como sintomas dores como cólicas intensas durante a menstruação, dores pélvicas a depender do local para onde o tecido cresceu, dores durante as relações sexuais ou uma mistura de todas elas. A endometriose está associada, também, à infertilidade e dificuldade para engravidar. Seu tratamento pode ser feito com medicamentos ou por via cirúrgica, a depender de cada caso. Outra alteração que pode levar à histerectomia é a adenomiose, parecida com a endometriose, mas caracteriza-se pelo crescimento do tecido endometrial por dentro da parede uterina (miométrio). Seus sintomas são, também, o aumento do fluxo menstrual, dores pélvicas e, em alguns casos, infertilidade.

Pude perceber como são várias as alterações que podem acometer o útero e que, quando sintomáticas, podem causar grandes desconfortos na vida das mulheres que as enfrentam. A similaridade dos sintomas pode determinar uma trajetória de diagnósticos e tratamentos parecida para mulheres que sofrem de diferentes doenças, como foi o caso de minhas interlocutoras. Elas, em sua maioria, chegaram à histerectomia por causa dos miomas,

---

<sup>7</sup> Para maior informação sobre a distinção entre mioma e pólipo ver <https://bedmed.com.br/entenda-a-diferenca-entre-mioma-cisto-e-polipo/>

mas a endometriose, adenomise e pólipo estiveram presentes na trajetórias de outras como fatores determinantes para a cirurgia.

É interessante perceber a centralidade da fertilidade da mulher no prognóstico da histerectomia. De fato, há uma tendência em perceber o útero como necessário de se manter quando a mulher ainda é considerada jovem, apta a gestar, ou quando ela ainda não possui filhos. A visão utilitária e funcionalista do útero é ressaltada pela biomedicina à medida que muitas indicações cirúrgicas são baseadas em uma opinião subjetiva e particular de um médico quanto à necessidade de se manter um órgão que tem como função a reprodução (Sbroggio et al, 2005; Salvador et al, 2008). Percebe-se que muitas indicações são feitas a partir do entendimento do útero apenas nessa esfera e é preciso investigar por que essa visão utilitária e funcionalista sobre o útero persiste ainda hoje. Ainda assim, é importante ressaltar a agência das mulheres em tomarem as decisões sobre seus corpos a partir das vivências difíceis com dores e sangramentos.

Muitas pesquisas foram realizadas com mulheres que passaram pela histerectomia e essas análises foram feitas, majoritariamente, por áreas da saúde, como medicina, psicologia e enfermagem (Salinema e Souza, 2010; Silva, 2017; Vega et al, 2017). Grupos de mulheres em diferentes contextos sociais demonstram como a sexualidade e a identidade feminina são questões predominantes quando interrogadas a respeito dos anseios e perspectivas em relação à cirurgia (Salvador et al, 2008: 321). A redução das mulheres aos seus atributos biológicos e à reprodução pode afetar a maneira como elas se percebem e são percebidas no social, visto que, para além dos aspectos físicos, a histerectomia traz à tona papéis sexuais estabelecidos na sociedade. Talvez por isso surjam muitos mitos que circundam a cirurgia, os quais "são elaborados com a interpretação do imaginário de cada mulher, frente ao que já ouviram sobre o que significa ser uma mulher e não ter mais útero" (Sbroggio et al, 2005: 271). Alguns desses mitos dizem respeito à perda de feminilidade, frigidez, sensação de vazio/oco.

É nesse sentido que os estudos nas áreas da saúde que focam no processo de enfrentamento da histerectomia e nos aspectos psicossociais das mulheres histerectomizadas ressaltam a necessidade dos profissionais que atuam junto a elas nesse processo não reproduzirem a ideia da remoção como primeira opção caso a mulher já seja mãe, não queira ter uma nova gestação e esteja próxima do fim de sua vida reprodutiva. Ressaltam, também, a necessidade do fornecimento de informações e esclarecimento de possíveis dúvidas no pré e pós-operatório. A assistência humanizada e a visão da saúde das mulheres de forma integral são necessárias ao lidar com mulheres em processo de histerectomia, pois como foi

demonstrado, a cirurgia perpassa aspectos não só físicos, mas também subjetivos da paciente (Salvador et al, 2008; Vargens e Progianti, 2008; Salimena, 2010; Santos e Saldanha, 2011).

É importante ressaltar que, para muitas mulheres, a histerectomia significa a resolução dos problemas que elas enfrentavam e alívio de sintomas, podendo ser, também, uma forma de evitar futuras doenças. Além disso, é perceptível que após a cirurgia muitas mulheres não se sentam afetadas por fatores de identidade ou reprodução e têm a sensação de que não passaram por nenhuma cirurgia.

Acredito na potência do tema pois ele está imbricado em relações sociais que podem determinar como a cirurgia é percebida e vivenciada e trazer luz a essas questões me parece de suma importância para elucidar os pressupostos culturais sobre o corpo das mulheres e como ele é apreendido tanto pelas próprias mulheres, quanto pela biomedicina. Ademais, pelo fato de ser uma cirurgia com alto índice de realização e estar associada majoritariamente a causas benignas, me parece importante analisar como a histerectomia foi vista e compreendida na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos.

### **1.3 Onde se encontra a histerectomia na luta por justiça reprodutiva?**

A luta por justiça reprodutiva ganhou força em meados do século passado, quando movimentos políticos levantaram pautas que perpassam a autonomia dos corpos como centro de lutas nos movimentos sociais. Contudo, pode-se perceber que as estruturas que determinam as relações sociais que colocam o corpo feminino à mercê do patriarcado foram moldadas há séculos, no processo de acumulação primitiva que desencadeou o sistema capitalista. Esse é o argumento de Federici (2017), que pensa a transição para o capitalismo a partir da percepção de que foi necessária a apropriação da reprodução humana pelo Estado para se obter o controle da produção da mão de obra necessária para desenvolver o sistema que nascia.

O olhar crítico feminista para o crescimento do sistema capitalista é de suma importância, já que autores importantes como Marx e Foucault não expõem a singularidade que esses processos determinam na vivência feminina em suas análises sobre acumulação primitiva e corpo, respectivamente. Para Federici, a acumulação primitiva tem consequências profundas na posição social das mulheres visto que desenvolve uma nova divisão sexual do trabalho, além de uma ordem patriarcal que exclui as mulheres do trabalho assalariado e

transforma o corpo feminino em máquina para produzir novos trabalhadores (Federici, 2017: 26).

Justificou-se também no campo das ideias o que se dava no plano material com a construção de uma nova ordem patriarcal calcada na divisão sexual do trabalho que invisibilizava o trabalho não remunerado feminino. O processo de transformação das potencialidades dos indivíduos em força de trabalho surgiu a partir de uma nova concepção de pessoa, a qual via o corpo dividido em forças racionais e os "baixos instintos do corpo" (*ibidem*, p. 241). A ideia era colocar o corpo como fonte de todos os males para, dessa forma, discipliná-lo. Assim, o ideal mecanicista da época tratou de conceituá-lo de forma que suas operações se tornassem inteligíveis e controláveis (*ibidem*, p. 252).

Contudo, essa nova concepção do corpo não poderia surgir sem que a antiga, a qual calcava-se no corpo como receptáculo de poderes mágicos, fosse brutalmente aniquilada. Para Federici, essa é a justificativa da caça às bruxas e da perseguição à visão mágica do mundo, pois foi necessária para a racionalização capitalista do trabalho. Em relação ao corpo feminino, Federici diz que "um elemento significativo, neste contexto, foi a condenação do aborto e da contracepção como *maleficium*, o que deixou o corpo feminino - o útero reduzido a uma máquina para a reprodução do trabalho - nas mãos do Estado e da profissão médica" (*ibidem*, p. 262).

É também por essa perspectiva que Ehrenreich & English (1973) pensam o processo de caça às bruxas, mas focando especificamente no lugar da profissão médica nesse contexto. Ao traçar o panorama de perseguição de parteiras e curandeiras até a medicina do século XX nos EUA, elas demonstram como a perseguição a tais práticas, baseada na acusação de poderes mágicos sobre a reprodução, foi o mecanismo necessário para que mulheres que dominavam práticas ancestrais de cura fossem impedidas de atuar e para que a medicina como ciência dominasse os conhecimentos sobre doença e saúde. É importante ressaltar que nesse momento as mulheres tinham pouco acesso à educação formal e isso significou que o controle da saúde das mulheres ficou na mão de homens. Nesse sentido, parece de suma importância a análise histórica e filosófica feitas pelas autoras, pois nos permite compreender como os processos reprodutivos vivenciados hoje estão imbricados em redes de significados que extrapolam o campo da reprodução e do corpo, e se aliam a uma estrutura maior de produção e controle pelo Estado.

A percepção do corpo a partir de um padrão de normalidade é, para Emily Martin (2006), fruto das metáforas e discursos médicos os quais buscam enquadrar o funcionamento dos processos reprodutivos da mulher dentro de uma lógica de produção. Durante o século

XIX, a tentativa de estabelecer diferenças entre homens e mulheres foi baseada na distinção biológica entre os corpos que ditava os papéis sociais. Esta distinção possibilitou que funções vistas exclusivamente como femininas, como menstruação e menopausa, fossem patologizadas (Martin, 2006: 76).

O corpo feminino apreendido como máquina responderia a um sistema de informação hierárquico cujo objetivo principal é "transportar o óvulo em sua viagem ao ovário para o útero e preparar um lugar adequado para o óvulo crescer, caso seja fertilizado" (*ibidem*, p. 90). Nesse sentido, a eficiência e normalidade do corpo feminino eram apreendidas a partir da (re)produção e os eventos físicos que possuem conotação de falha nesse processo, como a menopausa e menstruação, foram vistos como negativos. Martin argumenta que a metáfora de produção ainda está imbricada no nosso imaginário quando falamos sobre e percebemos nossos processos reprodutivos.

No contexto brasileiro, Fabíola Rohden (2001) corrobora com o argumento de que a medicina teve papel fundamental na concepção das diferenças entre os gêneros, sobretudo a partir da vinculação da mulher com a maternidade e a reprodução (Rohden, 2001: 109). A partir da análise das teses da faculdade de medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, a autora percebe correlações feitas entre perturbações nos órgãos genitais femininos e desordens físico-mentais as quais geraram tratamentos que englobavam tanto cirurgias como reclusão. A autora argumenta que "trata-se de um terreno de desordens que passa pelo corpo, pela mente e pela moral femininos e chega até a sociedade" (*ibidem*, p. 116). Nesse sentido, percebe-se uma compreensão patológica da condição biológica feminina a qual deveria ser controlada e mantida em ordem para funcionar de acordo com padrões e expectativas morais e sociais.

O estabelecimento da medicina enquanto área científica no século XX provoca mudanças profundas na sociedade. Elizabeth Meloni (2002) entende esse processo de estabelecimento do corpo da mulher como objeto de estudo da medicina como "medicalização do corpo feminino", calcado na naturalização destes corpos a partir de condições orgânicas e de gênero. Nesse sentido, a medicina teve papel fundamental na construção do conhecimento e de práticas sociais que visavam disciplinar os corpos das mulheres, criar padrões de normalidade e estabelecer a condição feminina a partir da legitimidade do discurso científico (Meloni, 2002: 16).

A medicalização é interessante de ser pensada pois extrapola os domínios da saúde e da doença, passando a atuar como forma de dispositivo social. Por ser a reprodução a principal via de medicalização do corpo feminino, os discursos médicos tornam-se



indispensáveis para o exercício do poder do Estado o qual buscava o controle social por meio da higienização da sociedade e de interesses demográficos. Peter Conrad (2007) ressalta, contudo, que a medicalização não diz respeito apenas a um processo fechado resultante de uma colonização médica (Conrad, 2007: 6), mas que a sociedade e a indústria farmacêutica têm papel ativo enquanto consumidores e publicitários de uma cultura de mercado. Nesse sentido, a medicalização pode ser apreendida como uma forma coletiva de ação que, entretanto, tem como foco do problema o indivíduo. Os seus aspectos sociais perpassam discursos e subjetividades e podem ser compreendidos através da transformação do normal em patológico e do controle dos limites aceitáveis de comportamento e do corpo (*ibidem*, p.13).

No século XX ocorreram movimentos de resistência a essa estrutura médica e moral que cerca os corpos femininos. Na década de 1960 eclode nos EUA o chamado Women's Liberation Movement, integrado por ativistas feministas que reivindicavam que aborto, assédio sexual, métodos contraceptivos e diferença salarial se tornassem pautas públicas a serem debatidas e transformadas. Nesse momento, ativistas começaram a questionar os papéis sociais atribuídos a elas, nos quais predominavam o casamento e a maternidade. Ademais, a falta de controle sobre seus corpos também foi suscitada e temas como aborto e contracepção foram questões centrais na luta dessas mulheres por desafiar a noção de que mulheres foram feitas para serem mães.<sup>8</sup> A luta pelo que hoje denominamos direitos sexuais e reprodutivos era, então, "uma busca por igualdade, autonomia pessoal e integridade corporal a partir do pressuposto que deveriam determinar os usos - sexuais, reprodutivos e outros - de seus corpos (e mentes)" (Correa e Petschesky, 1996: 153).

Essas pautas se difundiram de tal maneira que o debate gerado por essas mulheres brancas e de classe média, em sua maioria, adentrou as universidades e foi tema para novas pesquisas e linhas teóricas nos campos das humanidades e ciências sociais, permitindo que "o monólogo patriarcal na cultura e nas ciências fosse interrompido de uma vez só. Novas bases sociais para o pensamento feminista foram estabelecidas nos Estados e nas Universidades" (Connel e Pearse, 2015: 139-140). Esse foi o momento em que etnografias e as problemáticas concernentes à reprodução, que aliavam temas da saúde com a crítica feminista, começaram a surgir dentro da Antropologia como objeto de análise.

---

<sup>8</sup> Para conhecer melhor o movimento, ver o documentário *She is Beautiful when she is angry* (2014) que aborda o movimento de liberação das mulheres nos EUA a partir de entrevistas com as ativistas.

É importante, contudo, refletir sobre como todo o movimento que ocorria à época dizia respeito a mulheres com classe e raça específicas. Mulheres brancas de classe média, ao mesmo tempo que reivindicavam questões muito importantes, deixavam de lado pautas urgentes de mulheres em situação de vulnerabilidade maior que às delas. As pautas principais do movimento, nesse sentido, não representavam as necessidades de todas e por isso inúmeras mulheres não se identificaram com o movimento que surgia. A categoria "mulher" acaba sendo utilizada de forma universal, tendo como representante a mulher ocidental branca e escolarizada. Por isso, muitas feministas que não se identificavam com as pautas principais do movimento o criticaram, como fez bell hooks:

Enquanto a questão do aborto foi e permanece relevante para todas as mulheres, houve outras questões reprodutivas que eram tão vitais quanto, que precisavam de atenção e poderiam ter servido para incentivar multidões. Essas questões iam desde educação sexual básica, controle pré-natal, medicina preventiva - que ajudassem mulheres a entender como o corpo funciona - à esterilização forçada, cesarianas desnecessárias e/ou histerectomias e as complicações médicas que esses procedimentos causavam. (hooks, 2018: 50-51)

Angela Davis (2016) disserta sobre o movimento de liberação das mulheres e justifica sua desconfiança em relação a ele ao ressaltar a questão do controle de natalidade. A autora faz uma forte crítica à neutralidade, quando não incentivo, de mulheres do movimento em relação a práticas de esterilizações compulsórias que ocorriam com minorias étnicas no país e ignoravam as reivindicações destas. Davis diz que o que era reivindicado como um direito para as mulheres privilegiadas (o aborto) veio a ser estabelecido como um dever para as mulheres pobres (esterilizações), pois estas tinham como obrigação moral prevenir o aumento das classes pobres e negras (Davis, 2016: 213).

Essa crítica é importante por que diz respeito ao que que Rapp (2001) chama de reprodução estratificada, que é a noção de "uma organização hierárquica da saúde reprodutiva, fecundidade, experiências de nascimento e criação de crianças que apoiam e recompensam algumas mulheres, ao mesmo tempo que desprezando e proibindo o trabalho materno de outras" (Rapp, 2001: 469). De fato, o século XX foi momento de grandes avanços tecnológicos e soluções de contracepção, como os anticoncepcionais e cirurgias, como esterilizações, foram aprimoradas e oferecidas como respostas a anseios que perpassavam o controle de natalidade e as implicações dele na vida das mulheres:

A disseminação de ideias e práticas, referentes ao desenvolvimento, e a necessidade de tecnologia, realizada pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas, foram fundamentais para consolidar e aplicar a medicalização no que se refere ao controle da reprodução. São ideias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, na dualidade de "ser mãe vs não ser mãe", e responsabilizando as mulheres exclusivamente pela prática contraceptiva, transformaram as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva. (Meloni, 2002: 66)

Contudo, esses avanços ocorrem em detrimento de uma grande parte da população que foi submetida a testes dos novos medicamentos e, a partir de uma percepção neomalthusiana da sociedade, eram submetidas a esterilizações compulsórias, sem informações claras sobre o procedimento, como forma de ter acesso a tais tecnologias. O que era oferecido como uma escolha pessoal, legitimada pela medicina, tornou-se, na verdade, impeditivo para que várias mulheres vivessem seus processos reprodutivos de forma livre e consentida, pois "evidentemente questionam-se as condições em que esta escolha é feita e até que ponto, na falta de alternativas, a esterilização é colocada como única opção" (Meloni, 2002: 65).

A liberdade reprodutiva diz respeito a todos os eventos fisiológicos que envolvem os ciclos reprodutivos femininos e a prioridade de preocupação em relação a um evento específico vai depender da idade e da circunstância de vida de cada mulher (hooks, 2018). Quando mulheres antes não representadas pelo feminismo branco adentram a política e investem no termo "direitos sexuais e reprodutivos", este tem sua teia de significados expandida, tanto no sentido de englobar um espectro de necessidades mais amplas que a regulação da fecundidade, quanto no de reiterar a importância das condições estruturais que permeiam as decisões sobre a reprodução (Correa e Petschesky, 1996: 153).

É nesse amplo contexto histórico de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos que podemos encontrar a histerectomia. Percebe-se, portanto, que ela não diz respeito apenas aos processos físicos femininos que determinam a necessidade de retirada do útero, mas também à maneira como eles são percebidos pela biomedicina e pela sociedade, e também aos valores atribuídos à função social das mulheres. Dentro do movimento feminista, foi pouca a atenção dada à histerectomia em relação aos demais mecanismos de controle do corpo, como o aborto, principalmente por não ser à época uma problemática que afetava tão intensamente as mulheres brancas e de classe média que tinham destaque no movimento de reivindicação política da livre gestão de seus corpos. A histerectomia incidia principalmente sobre corpos

de mulheres negras e periféricas a partir de uma visão demográfica que buscava impedir a reprodução delas, legitimada como oferta de acesso às novas tecnologias.

Atualmente, sendo a segunda cirurgia ginecológica mais realizada no Brasil, é preciso refletir como se dão os prognósticos de mulheres com alterações uterinas que recorrem à histerectomia. A lógica da medicalização do corpo feminino, que foi construída historicamente como forma de controle social das mulheres, pode não atuar explicitamente a partir de histerectomias forçadas, ainda que estas ainda ocorram, mas pode se fazer presente pela forma como se entende a função do útero a partir da reprodução e a necessidade de retirá-lo baseado em critérios distintos a depender do contexto de vida de cada mulher. Para além de julgamentos sobre as concepções e escolhas individuais que mulheres fazem sobre seus corpos em relação à decisão de passar por essa cirurgia, "precisamos desenvolver grades de análise que respeitem a integridade das decisões sexuais e reprodutivas das mulheres, e condenem as condições sociais, econômicas e culturais que possam forçá-las a “escolher” um procedimento ou outro" (Correa e Petschesky, 1996: 158).

#### **1.4 Metodologia: escolha das mulheres, entrevistas, roteiro, análise dos dados**

Ao compreender o contexto em que se encontrava a cirurgia de histerectomia e perceber como havia uma falta de análises antropológicas sobre o tema, dei início a parte empírica do meu trabalho no segundo semestre de 2018, quando comecei a pesquisa de campo com mulheres que haviam passado pela cirurgia. Percebi, durante a fase de pesquisa bibliográfica, que grande parte dos artigos que tive acesso sobre a histerectomia foram feitos por áreas da enfermagem, psicologia e medicina. Usei em minha busca bibliográfica quatro bases de dados distintas: Scielo, Google Scholar; Clacso e Biblioteca Virtual em Saúde. As palavras chaves em minhas buscas foram “antropologia”, “histerectomia” e “útero”. A BVS foi a única que teve resultados de artigos para a relação das palavras chaves, mas o conteúdo era restrito e não pude ter acesso a sua leitura. De qualquer maneira, todos eles se baseavam em contextos de outros países. Dessa forma, não encontrei pesquisas feitas sobre histerectomia com viés antropológico no contexto brasileiro. Essa lacuna de pesquisas antropológicas sobre histerectomia, aliada ao comentário de hooks na seção anterior que pauta a marginalidade do tema dentro das demandas de direitos sexuais e reprodutivos, me fez ter certeza de que era um assunto que valia a pena ser explorado.

Dessa forma, comecei a indagar às mulheres da minha rede de contatos - amigas, mães de amigas, colegas de curso, colegas de trabalho, familiares, etc. - para saber o que

conheciam sobre o procedimento e se conheciam alguém que tinha passado por ele. De forma surpreendente para mim, à época, várias mulheres tinham conhecimento de mulheres hysterectomizadas e foi a partir dessa conexão que cheguei às entrevistadas que dão corpo a esse trabalho. Além das indicações que recebi, as próprias mulheres que passaram pela cirurgia acionaram suas redes e me colocaram em contato com amigas e conhecidas que poderiam participar da pesquisa também.

Ao final do campo, pude conversar com 15 mulheres do Distrito Federal ao longo de quatro meses e realizei com elas entrevistas semi-estruturadas as quais abordavam questões sobre o diagnóstico que levou à cirurgia, o processo de retirada, o pós-operatório e como elas percebiam e significavam seus processos corporais que envolviam o útero. As perguntas básicas do roteiro foram:

- 1) Conte-me sua história de hysterectomia? Como foi a descoberta da necessidade de retirada? Quem lhe sugeriu?
- 2) Você consultou mais de uma médica ou teve mais de uma indicação para cirurgia?
- 3) Foram apresentadas outras opções ou a hysterectomia foi a única alternativa?
- 4) Como você chegou a essa médica? Como se deu a relação com ela?
- 5) Você tomou essa decisão sozinha ou teve influência de outras pessoas?
- 6) O que o seu útero representava pra você antes da cirurgia? Como era sua relação com ele? Essa percepção mudou depois da cirurgia?
- 7) Como era sua relação com sua menstruação e com o seu ciclo?
- 8) Como foi/está sendo para você o processo de menopausa?
- 9) Você percebe alguma consequência da cirurgia na sua vida atualmente?

O roteiro de perguntas foi um instrumento muito importante no desenvolver das entrevistas, mas também com limitações, as quais precisaram ser adaptadas à medida que fui percebendo o que nele fazia mais sentido e o que me possibilitava maior diálogo. Foi importante, também, para perceber o que nas minhas perguntas estava impregnado com pressupostos meus, os quais foram sendo explicitados para mim nas conversas com as mulheres.

As entrevistas duraram em média 20 minutos, algumas mais longas e outras mais curtas. Acredito que isso refletiu, de alguma forma, a oportunidade de falar especificamente sobre o assunto e a maneira como as interlocutoras lidaram e estão lidando com esse processo em suas vidas. Essas entrevistas não aconteceram de forma homogênea, visto que dependia

da disponibilidade de cada mulher para conversar e, também, porque o processo de contatá-las aconteceu aos poucos.

Nessas entrevistas eu pedi permissão para gravar a conversa a fim de escutá-las com calma em outro momento e poder transcrever as gravações, com a finalidade de analisar e comparar as entrevistas entre si. Apenas uma mulher não se sentiu confortável com a gravação e, por isso, sobre essa entrevistas eu fiz notas à medida que conversávamos. Foi importante receber essa negativa para me colocar de forma diferente no campo, perceber como eu estava acostumada e dependente do gravador. A partir das gravações pude estabelecer uma rotina de pesquisa, visto que depois de cada entrevista e antes de marcar uma nova, eu transcrevia no computador o diálogo. Assim, pude lê-las ao longo dos meses de pesquisa e ir percebendo os pontos que eram ressaltados com recorrência, o que elas tinham de similar e de diferente.

A ideia, a princípio, foi entender melhor como se dava a indicação da cirurgia, se ela ocorria de forma coercitiva, mas acredito que talvez por ter focado em um grupo de mulheres específicas - maioria branca, classe média e com acesso a plano de saúde - as suas narrativas a respeito da percepção sobre seus úteros a partir do procedimento biomédico foi o que mais me chamou atenção. Com base nesse interesse, que tem raízes na minha vivência enquanto mulher, ao longo das entrevistas, foquei também em como elas vivenciaram os processo de sangrar ao longo da vida e como lidaram ou estavam lidando com o processo de menopausa. Acredito que a histerectomia foi um meio incrível de entender como essas mulheres se percebiam enquanto seres capazes de gerar uma vida e como percebiam as consequências que acompanham essa capacidade.

No decorrer da gestação dessa pesquisa me questioneei em muitos momentos sobre fazer entrevistas com mulheres urbanas as quais contatei a partir da minha rede de contatos. Acredito que o imaginário antropológico de que fazer trabalho de campo em nossa própria sociedade não é aceitável por não fazer do exótico familiar (Martin, 2006: 36) me desestabilizava de alguma forma. Contudo, à medida em que travei diálogo com as mulheres que surgiram no meu caminho pude perceber a potência desse método de pesquisa. Para além de encontrar generalidades e verdades sobre a histerectomia e as percepções sobre ela, o encontro com as entrevistadas foi intenso e me permitiu revisitar meus próprios pressupostos sobre o tema e, ironicamente, estranhar o familiar (Velho, 1987: 131). Me conecto com o que Martin diz sobre seu trabalho *A Mulher no Corpo*, na qual entrevistou 165 mulheres de diferentes classes sociais e raça nos EUA. Para ela

Todas nós que realizamos as entrevistas muitas vezes nos sentimos levadas por elas - animadas ou deprimidas -, e os efeitos emocionais permaneceram, como se os acontecimentos mais profundos da vida de outra pessoa tivessem sido fixados em nossa própria vida. (Martin, 2006: 45)

Realizar entrevistas de fato proporciona escutas e trocas intensas. Partindo dessa perspectiva, no trabalho decidi trazê-las de duas formas distintas: no capítulo seguinte, trarei várias falas das interlocutoras sobre suas trajetórias até a histerectomia, sobre o pós-cirúrgico e sobre suas percepção do processo como um todo. Já no Capítulo 3, trarei algumas histórias específicas para aprofundar a análise dos temas debatidos. Em alguns momentos trarei também trechos das entrevistas como forma de melhor contextualizar a fala sobre um determinado tema. A intenção de trazer as várias falas no Capítulo 2 é de materializar o que foi para elas o processo de diagnóstico até o pós-cirúrgico a partir do conjunto de suas experiências. Para tornar as histórias mais palpáveis e proporcionar uma maior familiaridade com as interlocutoras, produzi duas tabelas, uma que contextualiza o perfil de cada entrevistada e outra que traz informações sobre suas vidas reprodutivas. A primeira estará disponível no fim da sessão 1.5 e a outra logo no começo do Capítulo 2. Sugiro a consulta das tabelas como forma de facilitar a compreensão dos relatos trazidos.

### **1.5 Quem são essas mulheres?**

O fato de conversar com mulheres que compõem minha rede de contatos implicou em um perfil muito específico.<sup>9</sup> Das 15 mulheres com as quais conversei, a maioria era branca e de classe média e realizou a cirurgia através do plano de saúde. Dessas 15, 11 realizaram a cirurgia há menos de 10 anos, então os eventos que as levaram a cirurgia e aos possíveis impactos em suas vidas são recentes. Além desse fator, a maioria das mulheres eram mães biológicas - 13 - o que percebi no decorrer da pesquisa influenciar bastante tanto a percepção sobre a cirurgia, como da própria relação com o útero. Foi destoante o discurso e percepções das duas mulheres com quem conversei que não possuíam filhos ou não eram mães biológicas. As próprias mulheres que passaram pela cirurgia e já tinham tido filhos me relataram que acreditavam que possivelmente suas vivências seriam diferentes caso não fossem mães à época da histerectomia.

---

<sup>9</sup> Os nomes das interlocutoras foram alterados a fim de preservar suas intimidades.

Outro fator relevante para a análise dos meus dados é a idade atual das entrevistadas, que varia dos 40 aos 55 anos, e as idades de quando a cirurgias ocorreram, em sua maioria foram no começo dos 40 anos. Acredito que a faixa etária seja importante dentro do contexto da histerectomia por alguns motivos: a faixa de idade atual em que elas se encontram é considerada dentro do período de climatério que acontece por volta dos 48 aos 50 anos (Brasil, 2008). Talvez por essa razão, esse tema foi suscitado e surgiu de várias formas ao longo das entrevistas, os quais me aprofundarei e detalharei mais à frente. Além disso, a maioria das mulheres quando fizeram a cirurgia já possuíam filhos e não desejavam mais engravidar, algumas ressaltaram se sentirem “velhas” para isso. Nesse sentido, acredito que esse grupo de mulheres traz questões pertinentes para os estudos feministas e de gênero por ser um momento específico da vida reprodutiva, o qual nem sempre é colocado no centro dos debates sobre corpo e direitos sexuais e reprodutivos.

A maioria delas, também, decidiu passar pelo procedimento a partir de complicações no útero que foram se desenvolvendo aos poucos, como os miomas, que são a causa da cirurgia entre sete mulheres. As outras entrevistadas tiveram outros problemas, tais quais adenomiose, endometriose, pólipos, câncer dentre outros. Achei esses dados de suma importância pois os miomas são tumores benignos e, como pontuado, não acarretam risco iminente à saúde das mulheres. Eles trazem consequências difíceis e, muitas vezes, dolorosas e essas consequências, aliadas a ideia de que seu útero já não tem função, foram determinantes para a decisão de retirar o útero. Isso implica a percepção sobre o processo cirúrgico como algo positivo por grande parte das mulheres, visto que a histerectomia se tornou um meio de resolver esses incômodos de forma eficiente e definitiva. Para maior proximidade e compreensão do contexto de vida das interlocutoras, disponibilizo a tabela abaixo para consulta:



	Idade Atual	Idade quando fez a histerectomia	Número de filhos biológicos	Local de moradia	Tipo de trabalho	Forma da cirurgia (plano de saúde/SUS)
<b>Andreia</b>	49	42	2	Plano Piloto	Servidora Pública	Plano de Saúde
<b>Bianca</b>	48	44	3	Plano Piloto	Servidora Pública	Plano de saúde
<b>Carolina</b>	53	51	3	Lago Norte	Servidora Pública	Plano de Saúde
<b>Daniela</b>	51	39	2	Asa Sul	Servidora Pública	Plano de Saúde
<b>Elisa</b>	50	50	2	Sem informação	Sem informação	Plano de Saúde
<b>Fernanda</b>	47	42	2	Park Way	Técnica em Hematologia	Plano de Saúde
<b>Gaia</b>	49	42	3	Sem informação	Sem informação	Plano de Saúde
<b>Helena</b>	54	24	1	Lago Oeste	Servidora Pública	SUS
<b>Isadora</b>	43	43	0	Sem informação	Nutricionista	Plano de Saúde
<b>Júlia</b>	50	42	2	Mangueiral	Técnica de Enfermagem	Plano de Saúde
<b>Luiza</b>	50	45	2	Asa Norte	Servidora Pública	Plano de Saúde
<b>Maria</b>	55	48	2	Lago Norte	Aposentada	Plano de Saúde
<b>Nicole</b>	49	47	0	Asa Norte	Sem informação	Plano de Saúde
<b>Paula</b>	55	41	4	Lago Norte	Aposentada	Plano de Saúde
<b>Rita</b>	53	47	2	Ela dorme na casa onde trabalha, no Lago Norte. Aos finais de semana vai p/ casa do namorado em Luziânia.	Trabalhadora Doméstica	SUS

Tabela 1

Em suma, acredito que a forma como entrei no campo e em contato com essas mulheres determinou profundamente as minhas reflexões sobre o tema. Por isso, é importante que futuros trabalhos antropológicos sobre o tema foquem em contextos distintos do abordado nesta pesquisa, buscando retratar a trajetória de mulheres que receberam atendimento ginecológico no sistema público, por exemplo. Assim, também, penso ser importante a análise específica de mulheres que passaram pela cirurgia sem ter tido filhos biológicos, pois com os poucos relatos que obtive dessas vivências pude perceber que elas se diferenciam em vários âmbitos da maioria que estrutura o meu trabalho. Além disso, é necessário também que futuras análises especifiquem esse processo passado por mulheres negras visto que elas têm um risco maior de desenvolver miomas do que mulheres brancas, além de possuírem maiores taxas de tumores e realização de histerectomia (Boclin e Faerstein, 2013; Brasil, 2017).

Acredito no potencial de se problematizar o local que habitamos e as pessoas que o compõem e, por isso, pensar sobre como mulheres brancas e com poder aquisitivo significam e lidam com seus corpos, seus úteros, suas maternidades é, também, refletir sobre o meu lugar nessa teia de significados, visto que o discurso e o que é apreendido como normal para essas

mulheres é o mesmo que estive imersa durante toda minha vida. Dessa forma, essas 15 mulheres e seus relatos reverberam em mim em níveis pessoais e acadêmicos, além de me fazerem questionar verdades e pressuposições que carrego comigo. Contudo, como sugere Rapp (2001), é necessário que a pesquisa focada nesses grupos seja enquadrada dentro de uma visão ampla de como eles estão situados dentro de sistemas maiores de ação social. A partir das análises feitas para esse trabalho acredito que as problemáticas que envolvem a histerectomia e a reprodução deverão ser esmiuçadas tendo raça e classe como foco de análises, as quais não o são aqui, como forma de entender semelhanças e diferenças, e elucidá-las para melhor se compreender o que é retirar o útero para diferentes mulheres em diferentes contextos.

## CAPÍTULO 2 - Do diagnóstico ao pós-cirúrgico

	Mulheres que fizeram histerectomia há menos de 10 anos	Motivo da histerectomia	Via da histerectomia	Mulheres com filhos biológicos	Via de parto	Mulheres que retiraram os ovários	Já tinha realizado a laqueadura	Mulheres que estão em processo de menopausa
Andreia	X	Mioma	Abdominal	X	Cesárea			
Bianca	X	Inflamação no útero/ Anemia	Abdominal	X	Cesárea		X	
Carolina	X	Mioma	Vaginal	X	Normal			
Daniela		Mioma	Abdominal	X	Cesárea	X		X
Elisa	X	Mioma	Abdominal	X	Cesárea			
Fernanda	X	Mioma/ Adenomise	Abdominal	X	Cesárea			X
Gaia	X	Pólipo/ Anemia	Videolaparoscopia	X	Cesárea		X	
Helena		Mioma	Abdominal	X	Cesárea			
Isadora	X	Endometriose/ Adenomiose			-			
Júlia		Envelhecimento da placenta; útero crescido.	Abdominal	X	Normal			X
Luiza	X	Pólipo maligno/ Câncer grau 1	Vaginal	X	Normal	X		X
Maria	X	Pólipo	Vaginal	X	Cesárea			X
Nicole	X	Pólipo	Vaginal		-			
Paula		Endometriose/ Mioma/ Anemia	Videolaparoscopia	X	Normal			X
Rita	X	Mioma	Abdominal	X	Normal		X	

Tabela 2: Informações sobre a vida reprodutiva

### 2.1 O processo de descoberta de uma alteração e os caminhos para lidar com ela

Os caminhos das mulheres até a histerectomia são diversos e variam de acordo com os sintomas e as doenças pelos quais elas passaram, mas apresentam semelhanças entre si que constituem possibilidades de etapas até a cirurgia. Percebi duas tendências em relação ao processo de investigação e descoberta de alguma questão no útero quando pedi para que as entrevistadas me contassem sua história de histerectomia: algumas descobriram uma alteração no útero a partir de sintomas como sangramentos excessivos na menstruação e dores; outras, descobriram a partir de exames de rotina na ginecologista e, a partir da descoberta, fizeram o acompanhamento indicado para cada alteração.

Começando pela primeira tendência, a maioria começou a ter um sangramento excessivo e então decidiu consultar sua médica para checar seu estado clínico e descobrir se havia algo errado. Depois de realizarem exames, descobriram certa alteração, como mioma ou pólipo, por exemplo, como causa das hemorragias e buscaram tratamento para amenizar seus desconfortos. Como relatam duas das entrevistadas:

Depois de um certo tempo que eu tive os meninos, a minha mais nova é de 1995, não sei exatamente quantos ano depois eu comecei a ter sangramento, quando eu menstruava era aquele absurdo de sangue. Ai depois eu fiz os exames, descobri que tava com miomas. Um, depois aumentou pra dois, pra três, e eu continuei só acompanhando. Só que, paralelo a isso, eu sempre tive essas hemorragias, de fazer aquela vergonha no meio da rua né? Porque levantava tava aquele negócio, chegava em casa tava com a calça suja de sangue, porque era muito. Eu botava OB, 2 absorventes: fazia de tudo! (Daniela)

Começou assim.. Eu tenho três filhos e já era ligada. [...] Mas mesmo assim, menstruava tranquilamente tal. [...] Aí eu comecei a ter um sangramento constante, né. Mas constante, diário. Mas não era aquele sangramento tipo menstruação, vinha pouquinho... aquele final de menstruação. Vinha um pouquinho e tal, aí diminuía e de repente vinha muito. [...] Aí eu me sujava toda sabe? Era super constrangedor. Me sujava toda no trabalho, em casa... era horrível! E as vezes parava um pouquinho aí quando eu ia ter uma relação sexual, sangrava. E eu ficava super constrangida. Também na época eu tava separada tal, então não tinha muita intimidade com o parceiro. Isso acabava me constrangendo muito e até é... diminuindo até minha libido né? Ai o que aconteceu... só que como ficou tão constante, passou mais de um ano eu falei "ah, acho que vou começar a ver que que é isso". Ai eu comecei a fazer exames até que, eu fui acho que em 2 ou 3 médicos, que eles sinalizaram para eu retirar o útero. (Bianca)

Os relatos demonstram como a alteração no fluxo menstrual e o incômodo gerado pelo sangramento excessivo foram os fatores determinantes para elas começarem um processo de investigação de seus quadros clínicos. Muitas entrevistadas encontraram como causa miomas ou pólipos. Estes, como foi exposto no capítulo anterior, são alterações uterinas que podem causar sintomas parecidos, mas que também se diferenciam em alguns aspectos. A principal diferença entre eles é o fato de que o mioma é um tumor benigno e o pólipo, que é o crescimento de um tecido anormal na parede do útero, geralmente também é benigno, mas em alguns casos pode ocorrer uma degeneração maligna. No caso das minhas interlocutoras, a maioria lidou com as alterações benignas, apenas uma passou por um câncer derivado de um pólipo uterino.

Dessa forma, a partir da constatação da existência de uma alteração benigna no útero é possível que seja recomendado um protocolo de tratamento, o qual varia a depender da localização e do tamanho do mioma ou do pólipo, ou da seriedade da inflamação no tecido uterino. Muitas pessoas convivem sem grandes consequências com essas novas estruturas que surgem ao redor do útero. Algumas são medicadas, com a expectativa de que os miomas ou pólipos diminuam. Outras são monitoradas para notar o tamanho e eventual crescimento

destes. Mas, no caso dessas mulheres, foi mais difícil a convivência e essas estratégias se mostraram insustentáveis.

Além dessa forma de descoberta do problema, outra via comum é a partir de exames de rotina. Mulheres são encorajadas a irem pelo menos uma vez ao ano ao ginecologista fazer uma série de exames e é possível que em uma consulta de rotina seja descoberto uma alteração no corpo do útero. Nesse caso, é possível o acompanhamento dessas enfermidades ao longo do tempo para averiguar a cada consulta se houve alguma modificação ou, também, cirurgias específicas para retirar somente os miomas ou pólipos, como a miomectomia e polipectomia. No caso das mulheres com as quais conversei, essas enfermidades tenderam a piorar ao longo do tempo e os sintomas e as dificuldades derivadas deles foram determinantes para a decisão de retirada do útero.

Bem, eu assim, é... eu sempre na minha vida toda tive muita anemia, né? E tinha tentado de várias formas fazer com que isso parasse e tal, porque eu sou formada em educação física, gosto muito de esporte, e a anemia com o esporte é uma coisa que né? Aí eu já tava com os três filhos já grandes e eu sangrava muito durante as menstruações e até comecei a sangrar durante a relação sexual, inclusive sem estar menstruada e a anemia nada, né? Aí eu fiz um exame num ginecologista ai ele viu assim, a gente tentou outras formas de parar, de diminuir o sangramento e até parar e tal, até fiz um implante aqui mas não deu certo. [...] Mas assim, tipo pra parar de menstruar isso aqui não deu certo também e eu tinha alguns pólipos no útero. Ai ele deu essa sugestão, né, da questão da histerectomia, que achava que como a gente já tinha tentado muitas coisas, suplemento, ferro, e eu continuava né, e como tinha esses pólipos e eu já estava sangrando em outros momentos... Aí assim, como eu não ia querer engravidar de novo, eu já tava com 42 anos na época... (Gaia)

Bem, eu... comecei, depois de uma certa época, a ter umas hemorragias muito fortes. E aí eu fui a consulta no ginecologista, ele fez os exames tudo e detectou que eu estava com pólipo. Dai eu fiquei mais um ano e meio a dois anos a me decidir a fazer a cirurgia, né. E... as hemorragias foram aumentando cada vez mais. Eu trabalhava na época... eu aposentei agora. Eu tava trabalhando na época e por várias vezes eu tive que voltar pra casa porque eu não conseguia ficar no trabalho, por mais que eu colocasse Modess, que eu... podia por um monte, que não adiantava nada! A quantidade era muita, muita, muita. Tava correndo um risco de ficar com anemia, tanto que eu tava fazendo reposição de vitamina. Aí ele sugeriu, né? Como eu não ia ter mais filhos mesmos, já tinha os dois e eu não queria mais ele sugeriu se eu não queria fazer pra parar um pouco com essas hemorragias. (Nicole)

[...] Comecei a fazer coleção de miomas, tinha mioma pra tudo que era lugar: intramural, tudo do lado. Também tive adenomiose, que vai criando uma película em volta do útero né? Meu útero parecia uma gestação de três meses e sangrando, sangrando, sangrando horrores. Sangrava horrores! [...] Tinha época que eu ficava o mês inteiro sangrando, era um inferno. Se eu tivesse aqui, de repente, levantava e chega... era um horror. Usava O.B., absorvente desse tamanho, quase a tal da

geriátrica pra você ter ideia! Era punk. Aí fui fazer um tratamento com o doutor W., aí ele falou "Olha, vamos fazer o seguinte: vamos monitorar. Vamos colocar o miniera, porque ele libera só progesterona e ele vai afinar a parede do útero e vai conter esse sangramento, a gente monitora durante esse período e aí quando terminar o período, que são 5 anos, aí se você quiser fazer a histerectomia, faz, ou se quiser tirar e colocar outro". Mas o prognóstico foi isso aí, adenomiose é isso assim, vai criando esse tecido em volta do útero. (Fernanda)

Bom, eu comecei, nos últimos, acho que, 4 anos... comecei com um mioma. E aí o mioma me causa um sangramento maior na menstruação né, e a torna um pouco mais irregular. Com isso, até então tudo bem, eu não tava me incomodando tanto, as vezes ficava mais tempo menstruada. Mas o que piorou mesmo foi a questão de, com a perda de sangue, eu comecei a ficar com anemia. Aí ficava fazendo sempre tratamento para anemia e nunca melhorava, minha ferretina tava muito baixa, tomava muitos medicamentos para tentar equilibrar e aí fiz uma pequena cirurgia só para tirar o mioma, e aí... melhorou um pouco, ficou um ano mais ou menos assim, é... um pouco melhor. [...] Aí eu peguei e fui em outro médico, por que o médico que tava tratando ele nunca, assim, achou que seria bom tirar o útero né? Ele só ficava tratando do mioma, passando remédio, principalmente para anemia e tudo. Aí eu fui em outro médico ouvir opinião, aí ele falou pra mim que se não tirasse o útero eu ia continuar com isso e poderia esperar chegar na menopausa para parar, mas era uma qualidade de vida que eu tava perdendo né? Por que eu não tinha começado ainda o processo de menopausa, eu tava menstruando normalmente. Aí eu falei "ah eu acho melhor" por que nossa eu já tava ficando assim 20 dias por mês. Antes começou tipo, sete dias né, eu tava controlando. Depois já tava ficando muito tempo aí eu falei "não, aí realmente tá atrapalhando minha vida e tudo. (Carolina)

É possível perceber como houve uma tentativa de controlar as alterações de alguma maneira, seja a partir de remédios para diminuir o tamanho dos miomas ou pólipos, ou pelo controle hormonal via implantes ou mesmo o DIU. Além dos tratamentos a longo prazo, as cirurgias específicas para retirar os miomas ou pólipos são alternativas para controlar o sangramento excessivo. Contudo, as consequências advindas dessas alterações, como as dores, a anemia, o constrangimento gerado pelo sangramento, a diminuição da qualidade de vida, atreladas em alguns casos ao agravamento do quadro clínico, são fatores determinantes para a retirada do útero.

É possível que a indicação da histerectomia seja feita, também, logo quando foi descoberta a alteração, em casos em que sejam malignos e demonstrem ser um risco iminente à saúde. Esse foi o caso de Luiza, que passou pela cirurgia em maio de 2013. Para ela o processo todo foi uma surpresa, pois ela não fazia preventivo há mais de oito anos. Quando fez a ecografia, ficaram na dúvida se tinha um pólipo ou não. Na dúvida, refizeram o exame e deu positivo: havia um pólipo no endométrio. Como o pólipo "é sempre um risco", a indicação é retirá-lo por uma polipectomia, o que ela fez. Contudo, na biópsia do pólipo

descobriram um câncer de grau 1, o que levou a uma histerectomia radical, com a retirada do útero, dos ovários e do colo do útero.

Além dela, outras mulheres passaram por uma situação similar de descobrir alguma questão através de um exame de rotina, como foi o caso de Nicole:

Então, em 2016, fez 2 anos agora em setembro né? Recente. Nos meus exames normais, periódicos lá com o ginecologista eu fui fazer um exame e foi detectado na imagem que tinha alguma coisa e a médica pediu pra eu repetir quando eu tivesse menstruada porque ela não tava conseguindo identificar. E aí foi um susto assim, porque tenho uma mãe que perdi com câncer e tal. [...] Aí eu fiz novamente o exame e elas detectaram uma... não foi um nódulo, não foi um tumor... Depois eu lembro o nome... Foi um pólipó! Um pólipó. E aí a médica tinha me perguntado se eu tinha hemorragia, eu falei que não, que meu fluxo sempre foi intenso. Só que depois que ela me perguntou isso, aí eu fui fazer um retrospecto de dois, três meses atrás e falei "Só podia ser!" Porque eu acordava de madrugada toda suja, e sujava colchão... coisa que não acontecia antes. Era muito, mas era controlado. Falei "bom, já devia ser" né? Quando menstrava já vinha um o volume muito maior. E aí ela... conversei com ela e conversei com o meu médico, porque o médico que tenho desde muito nova, ele foi o médico da minha mãe também, aquela coisa... Ele achava melhor eu tirar o útero. (Nicole)

A descoberta dos miomas ou pólipos, nesses casos, antecedeu os sangramentos mais intenso ou a percepção sobre eles, os quais se desenvolveram ao longo do tempo com as mulheres já tendo conhecimento de que tinham alguma alteração em seus úteros. A tentativa de tratamento e o acompanhamento dos sintomas sugere que a histerectomia não é, nesse contexto, a primeira alternativa de resolução das questões do útero. Embora o cenário do câncer, como vimos no caso de Luiza, seja categórico na decisão pela cirurgia radical, acredito que, nos demais cenários de alterações benignas, a indicação para a cirurgia de histerectomia perpassa condicionantes que extrapolam as condições físicas das pacientes, pois outros fatores são levados em conta, como a idade da mulher, o fato de já ter filhos ou não, o desejo de ter mais filhos, prenúncios da menopausa, situação conjugal. Essa problemática fica explícita com a vivência de Júlia, que aos 30 anos começou a ter muito sangramento. Nesse momento de sua vida, ela já tinha dois filhos, mas o médico adiava a possibilidade da cirurgia porque a julgava muito jovem:

Minha história foi que eu sangrava muito, todo mês quando vinha né a menstruação aí eu sangrava, sangrava mesmo. E aí foi passando-se os anos, eu fiquei cinco anos... na hora de trabalhar era um sufoco, já tava... no final já tava tendo que usar fralda mesmo. Aí algumas vezes dentro do ônibus de repente vinha e descia aquele tantão

de uma vez, aí tinha que voltar pra casa. Até que eu sempre consultando com o médico e ele sempre adiando, porque eu ainda era jovem, né? [...] Quando começou eu acho que eu tinha uns 30 anos. Aí o médico: "não, você ainda tá nova, vamos esperar". Aí o que aconteceu, ele foi protelando, protelando aí chegou um tempo que não tinha mais condição, que eu tava trabalhando e tava usando fralda mesmo. Quando eu descia da cama era aquele tantão, saía derramando sangue em tudo quanto era lugar. Aí eu fiz a histerectomia, aí mandou a biópsia, fez a biópsia do útero tudinho. Mas não, não deu nada na época, disseram que era só mesmo porque não tinha endometriose, mas eu tinha uma placenta... tipo... a placenta estava envelhecida. [...] O útero ele é envolvido né, aí no que ele estava envolvido, está o endométrio. Aí o endométrio é que fazia com que eu tivesse aquele sangramento. (Júlia)

O caso de Júlia ilustra como a indicação da cirurgia é complexa pois não se baseia, necessariamente, em critérios objetivos (Araújo e Aquino, 2003: 415). Quando a indicação ocorre devido a um problema como o de Luiza, que teve um câncer maligno detectado na biópsia do pólipo, a cirurgia torna-se a primeira opção. Contudo, em casos de alterações benignas a necessidade de retirada fica a critério dos médicos e a indicação ocorre a partir da ponderação de vários elementos. Como a indicação varia, há uma preocupação de que histerectomias sejam feitas em mulheres que não têm a real necessidade de retirar seus úteros, sendo motivadas por fatores que extrapolam o nível biomédico. Como demonstrado no capítulo anterior, a cirurgia foi um meio usado para controle demográfico a partir da esterilização de mulheres que julgavam que não deveriam mais se reproduzir. A intervenção cirúrgica, nesse nível, poderia se enquadrar no processo de medicalização do corpo da mulher. Contudo, o que percebi com as minhas entrevistadas é que o discurso que trata do contexto de vida da mulher, para além das motivações biomédicas, motiva tanto as mulheres como profissionais da saúde a terem a histerectomia como solução para os diversos problemas do útero. Nesse sentido, acredito ser importante refletir sobre as falas que justificam a tomada de decisão de passar pela cirurgia a fim de compreender quais as questões que as motivaram a retirar o útero.

## **2.2 A decisão de retirar: até quando é possível viver com uma alteração no útero?**

Nos diálogos travados com as entrevistadas, percebi que elas ressaltaram alguns fatores que justificariam a decisão de retirar o útero: o sangramento excessivo as atrapalhava em sua vida cotidiana, afetando sua qualidade de vida. Os sangramentos poderiam, também, causar ou agravar um quadro anêmico, o que demonstra que a alteração no útero não se trata apenas de aspectos ligados a esse órgão, mas a todo o corpo físico da mulher. É possível, também, que a retirada do órgão se justifique pelo risco de que a alteração se desenvolvesse



para algo maligno. Além de todos esses fatores, pareceu ser recorrente a justificativa baseada em seus contextos de vida: a maioria já era mãe, consideravam-se com uma idade “relativamente avançada” e não viam mais a utilidade para seus úteros. Aprofundarei as análises sobre como o contexto de vida das interlocutoras afetou a decisão da retirada do útero no capítulo seguinte.

Algumas mulheres com as quais conversei desenvolveram anemia ou já a possuíam antes de descobrir uma alteração em seus fluxos menstruais e, nesse contexto, os sangramentos excessivos provocados por miomas ou pólipos agravavam seus quadros clínicos. Estas ressaltam como o tratamento de suas enfermidades não perpassa só uma preocupação com seus úteros, mas sim com toda a sua saúde e, como elas pontuam, sua qualidade de vida. Essa categoria é acionada não só por mulheres que enfrentaram a anemia, mas quando elas buscavam demonstrar que os sintomas causados por pólipos, miomas ou endometriose não se restringem aos aspectos de sua vida sexual e reprodutiva, mas sim todo seu corpo físico e suas atividades cotidianas. Achei interessante como essa visão vai ao encontro do conceito de “saúde integral da mulher”, que busca enquadrar os fenômenos corporais femininos em conjunto com todo seu corpo, e não de forma fragmentada (Brasil, 2004).

Quando começa a afetar a qualidade de vida, a gente fica assim: "Ah não... eu preciso fazer alguma coisa, porque eu não posso ficar assim". Aí eu tomei a decisão. (Andreia)

[...] O meu estado clínico... quer dizer, eu sempre tive uma imunidade muito baixa. Então como o meu processo anêmico aumentou muito, isso acabava refletindo em várias coisas. Então, isso é complicado, porque, na verdade, você não tá tratando uma coisa específica, o sangramento em si, mas tem todo um... né? Então isso realmente foi determinante. (Bianca)

É, porque todo ano ele me examinava e falava: "Olha, sua endometriose tá avançada, mas não precisa fazer a histerectomia". Ele falava a mesma coisa, aí durante sete anos ele foi falando isso né.. Acho que ele me acompanhou por dez anos, acho que ele teve muita paciência, só que eu tinha uma segurança que eu não tinha que fazer porque não ia se transformar num câncer, porque... eu confiava muito nesse médico. Só que aí já tava num nível que... não era o útero em si, nem o risco de câncer, era essa questão da hemorragia, de perder muito sangue e ficar muito anêmica né. (Paula)

Outro aspecto interessante na decisão sobre a histerectomia perpassa a ideia de risco. Como explicitado no capítulo anterior, a retirada de útero é realizada, majoritariamente, em mulheres com algum tipo de enfermidade benigna. Ainda assim, a categoria risco é acionada

como forma de justificar a retirada do útero, visto que um tumor pode se espalhar para tecidos saudáveis e a retirada do útero, e por vezes outros órgãos do aparelho reprodutor feminino como os ovários, é recomendada como forma de prevenir algum problema futuro.

Clarissa: Você ficou dois anos com sangramento muito forte? E aí, você fazia acompanhamento? Os médicos te deram alguma alternativa assim ou não tinha o que fazer?

Maria: Não, no meu caso não tinha. E ainda tinha o perigo de virar câncer, porque o pólipo ele pra virar câncer é o mais perigoso que tem.

Clarissa: E você chegou a cogitar fazer a cirurgia só pra tirar o pólipo?

Maria: Eu cogitei, ele falou isso. Só que como eu não ia mais ter filho, e correr o risco de voltar ou ter qualquer outra coisa, porque as mulheres nessa fase costuma dar mioma, dar não sei o quê. Aí eu falei: “Quer Saber? Vou tirar logo pra tirar o risco de qualquer outra coisa”.

Luiza, entrevistada que enfrentou um câncer derivado de um pólipo, ressaltou esse aspecto quando me contou sobre seu processo de histerectomia. Após passar pela histerectomia radical, a biópsia dos órgãos mostrou que não havia câncer em nenhum outro tecido além do pólipo no endométrio. Ela disse ficar triste quando pensa nisso porque poderia ter evitado a retirada dos outros órgãos, mas ressalta que se tivesse ficado com esses outros tecidos teria que ter sempre a preocupação de acompanhar o desenvolvimento de novos tumores. Parece que a categoria risco também é acionada pelos profissionais da saúde que diagnosticam e aconselham as mulheres nesse processo como forma de justificar a cirurgia e algumas delas acatam essa ideia. Esse foi o caso de Daniela, que passou por uma histerectomia total, ou seja, além do útero, retirou também o colo do útero.

[O médico] recomendou [a cirurgia total, inclusive com a retirada do colo do útero]. Ele falou "Olha, melhor tirar" e, assim, eu não fui atrás de maiores informações, se seria bom tirar o colo... mas ele falou que era melhor fazer a histerectomia total, tá bom. Concordei com o médico, mas não tinha nenhum problema no colo, mas é como se deixasse a possibilidade de ter. Foi assim que me explicou. Aí ele preferiu que tirasse. (Daniela)

Além das categorias risco e qualidade de vida, parece que a questão geral que justifica a decisão de retirar são os incômodos físicos gerados pelas alterações no útero. Esses desconfortos vão desde o manejo com o sangramento excessivo, quanto com cólicas e dores intensas. Em suas falas, me chamou atenção uma questão interessante sobre como elas percebiam a decisão da retirada do útero como uma forma de autogestão de seus corpos, visto que ressaltam como a decisão de retirar perpassa uma autonomia em relação aos profissionais

da saúde: elas sofriam com os sintomas, então, deveriam procurar uma resolução para os seus problemas. Muitas pontuam a importância de sua rede de apoio, tanto família como amigos, mas que a decisão foi tomada a partir de uma necessidade pessoal:

Ah, foi uma decisão bem minha mesmo, bem minha. Eu que sofria as consequências, tinha que resolver minha vida né? Meu corpo, minhas regras. (Fernanda)

Conversei [com outras pessoas], mas foi uma decisão minha. Porque quem passava o perrengue era eu. Conversei, ninguém deu muita opinião do que fazer. Eu mesma que decidi. (Andreia)

Não, na época eu era casada... Não, com os filhos não, não achava que tinha necessidade. Elas souberam que eu ia fazer. Mas saber o que eles achavam eu não perguntei. Pro meu ex-marido, eu comentei... Mas eu achei que aquilo era uma decisão minha. Né? Meu corpo, afinal de contas. Hoje em dia a gente conversa tanto sobre essas coisas: é meu corpo, minha decisão, né? Não é dele. (Gaia)

É, eu tomei [a decisão] sozinha porque eu tinha que fazer alguma coisa. Porque eu sempre gostei... eu sou uma pessoa assim que pra acontecer essas coisas comigo assim eu acho que pela... é porque tinha que acontecer. Mas eu sempre fui uma pessoa que me cuidei, eu gosto de vestir as calcinhas branquinha, e eu... minha roupa é tudo limpinha. Quando eu vejo qualquer coisa em mim eu fico preocupada, e eu não me sentia bem, aí eu digo: “vou fazer, porque eu tenho namorado”. No dia que ele vê esse negócio aqui ele vai achar esquisito e ele não vai me querer mais e eu tenho que tomar alguma decisão. Foi aí que ela também me ajudou... (Rita)

Achei interessante a forma como utilizam as expressões “*meu corpo, minha decisão*”, “*meu corpo, minhas regras*”, visto que são falas ligadas, muitas vezes, ao movimento feminista o qual reivindica a autonomia dos corpos e a liberdade de geri-los de forma livre e autônoma. Dessa forma, os incômodos suportados, os exames, tentativas de tratamento e a decisão são processos lidados de forma muito pessoal. A liberdade e vontade de cuidar dos seus corpos, além do discernimento de buscar a melhor alternativa de tratamento e intervenção para si, me parece demonstrar como o processo de descoberta da necessidade de retirar o útero não é determinado simplesmente pela recomendação dos médicos. A agência dessas mulheres me parece ser de suma importância. Contudo, acredito ser importante refletir se, em certa medida, para algumas mulheres, esse enfrentamento do processo de forma mais solitária decorre do fato de menstruação e questões específicas relacionadas ao corpo feminino ainda serem tratadas de forma velada. A experiência de um sangramento excessivo, que mancha a roupa em público e causa uma vergonha e desconforto durante a relação sexual, pode estar ligada à forma como socialmente interpretamos esse sangue e com a própria percepção dessas mulheres do que significa sangrar. O fato de

algumas passarem por situações de sangramento no trabalho e terem que contornar essa situação cotidiana de forma solitária, como mostrarei à frente, me parece preocupante, pois revela como ainda não sabemos lidar com o sangue menstrual enquanto sociedade. A fala de Paula sobre seus sangramentos nesse contexto, chamou minha atenção para essa problemática:

Quando eu fui fazer a histerectomia, o médico me explicou "Olha, você tem uma endometriose que é no corpo do útero". Tipo, não era nem fora do útero, nem dentro; nem na parede externa do útero, nem no tecido da parede interna. Era o próprio útero, ele tinha um tecido que ele ia fibrosando, ia ficando mais rígido. E com isso ele ia retendo mais sangue. o tecido mesmo ia ficando maior. Aí eu vim pra Brasília tal, continuei trabalhando, mas eu menstruava assim com muita hemorragia, muita. Aí teve um ano que foi 2000, e... deixa eu lembrar exatamente... 2004, em janeiro, eu tava numa reunião, e eu tive que sair duas vezes pra trocar um absorvente noturno, e saía umas placas assim de sangue e eu assim, no meio da reunião executiva né. Eu era assessora e tal, de diretoria e eu não podia falar, eu sempre trabalhei na área de engenharia, ou na de mineração, só com homens né? [...] Então, era muito complicado, não falava nada né... Então assim, você sair e com 50 minutos trocar dois absorventes noturnos e ter que fazer aquela fita que você tá ótima, que tá tudo bem... (Paula)

Acredito que a forma como as mulheres vivenciam e caracterizam as suas experiências de sangrar uma quantidade maior do que o considerado normal é bastante relevante para entender o processo de histerectomia. Nos relatos expressos nestas duas sessões do capítulo, acredito ficar claro que elas caracterizam esse fluxo anormal de forma negativa, como um grande entrave em suas vivências. Expressões como *“fazer aquela vergonha no meio da rua”*, *“era muito constrangedor!”*; *“era um inferno, um horror!”* são corriqueiras. É necessário compreendê-las a partir do viés de que, de fato, seus sangramentos não configuravam o sangue que descia em suas menstruações em períodos nos quais elas não tinham uma alteração uterina. Dessa forma, a qualificação dessa experiência deve ser levada em conta, visto que, realmente, não deve ser fácil ter que voltar para casa por sujar a roupa de sangue, ou ter que usar vários absorventes noturnos ou fraldas geriátricas para conter esse sangramento. Porém, acredito que por se tratar de pessoas que possuem a capacidade de gerar e gerir a vida e que, por isso, lidaram com o sangramento ao longo de suas vidas, me parece ser interessante refletir mais profundamente sobre as percepções sobre o sangue e o sangramento que elas explicitam.

### 2.3 Sobre sangue e menstruação

Acredito que a capacidade de gerar vida é algo muito específico na vida de seres com útero, visto que essa capacidade determina experiências específicas como a menstruação. Essa foi uma questão muito importante no desenvolvimento da luta e história das mulheres, pois, enquanto fêmea, a mulher experiencia esse movimento cíclico e periódico, tido como uma manifestação "natural" em seu corpo mês a mês.

Por essa capacidade, a mulher foi associada à natureza, em contraposição com a cultura, que seria território de atuação masculina. Como a cultura é vista como um domínio superior à natureza, isso justificaria uma desvalorização da mulher perante o homem. À percepção de que as mulheres são mais próximas da natureza devido às suas funções biológicas de procriação é somada a ideia de que esse corpo exerce, na cultura, papéis sociais específicos que se aproximam desse lugar natural, como o cuidado com crianças e com o lar, por exemplo. Dessa forma, a mulher ocuparia um lugar de mediação entre esses domínios por se encontrar entre eles. Essa dicotomia teve muita influência na formação das categorias de gênero e na compreensão sobre elas (Ortner, 1979).

A visão biomédica sobre o corpo feminino explicita esse fenômeno como "alterações cíclicas nos níveis dos hormônios que respondem pelos processos fisiológicos que podem culminar com uma gravidez ou, no que se apresenta como a sua antítese - a menstruação" (Sardenberg, 1994: 315). Nesse sentido, percebemos como a menstruação é entendida em relação ao potencial procriativo da mulher, essa capacidade de gestar e gerar vida, e fisicamente simboliza a negação desse fenômeno.

A compreensão da menstruação como o oposto de uma suposta função social da mulher, a reprodução, pode ser analisada a partir das metáforas criadas sobre os corpos, suas diferenças e funções. Emily Martin (2006) argumenta que as metáforas contidas nas descrições médicas sobre menopausa e menstruação determinam a compreensão negativa atribuída a esses fenômenos por serem permeadas por pressupostos culturais.

No século XIX, ocorreu o estabelecimento da distinção entre homens e mulheres a partir de suas diferenças corporais. Isso se deu com a finalidade de estabelecer a superioridade masculina com base na argumentação de que os papéis sociais seriam determinados a partir dos atributos físicos e biológicos, ditados pela natureza, e estes determinariam suas funções na sociedade. Foi a partir desse momento que funções vistas exclusivamente como femininas foram entendidas como negativas e a menstruação, por conseguinte, como algo patológico e indesejável.

Já no século XX, com o predomínio do discurso médico científico, o corpo da mulher e suas funções reprodutivas foram analisadas e descritas a partir de um sistema de sinalização organizado hierarquicamente, tendo o hipotálamo papel importante na transmissão de mensagens e sinais para o processo cíclico do corpo feminino que consistiria em "transportar o óvulo de sua viagem do ovário para o útero e preparar um lugar adequado para o óvulo crescer, caso seja fertilizado" (Martin, 2006: 90). A descrição do processo reprodutivo dessa maneira é associada à organização da própria sociedade industrial.

Dessa forma, é possível compreender como a menstruação nesse contexto é vista como uma ruptura nesse sistema de autoridade e, por isso, entendida como um processo negativo, o qual "não apenas traz consigo a conotação de um sistema produtivo que fracassou na produção, como também transmite a noção de uma produção desvirtuada, fabricando produtos sem uso, fora das especificações, invendáveis, desperdícios, sucatas" (*ibidem*, p.93).

É possível perceber como a ideia da menstruação associada a algo negativo é entendida no discurso médico, como analisado por Martin, e como essa associação de fato permeia e influencia as concepções de muitas meninas e mulheres na forma como lidam com seu sangue. Os incômodos e sujeira são constantemente ressaltados, pouco é ensinado sobre como lidar com esse processo de uma forma mais harmônica e acolhedora e isso pode, de fato, determinar a forma como as mulheres se relacionam e percebem seus próprios corpos.

Assim, percebe-se que, para além da dimensão biológica do fenômeno, a menstruação manifesta-se como fato cultural, e expressa-se em diferentes crenças e atitudes a depender das concepções de cada local e cultura. É por causa de sua dimensão cultural que Cecilia Sardenberg (1994) desenvolve a categoria "ordem prático-simbólica" da menstruação, a qual busca ressaltar a ideia de que os diferentes significados atribuídos a esse processo são baseados em lógicas específicas de cada cultura.

A proposição de que a vivência em torno do sangue menstrual é específica e que varia de acordo com o contexto e cultura vai de encontro à lógica da subordinação universal das mulheres e da visão negativa atribuída a esse processo, visto que não é possível trazer uma origem em comum para esses processos. É necessário pensar os sistemas simbólicos nos quais as pressuposições sobre o processo de sangrar são encontradas visto que "embora sangrar todo mês seja destino de toda e qualquer mulher, a experiência vivida da menstruação será significativamente diferente para mulheres situadas em diferentes contextos históricos, culturais e sociais" (Sardenberg, 1994: 332). Felizmente, diversas antropólogas têm se dedicado a essa tarefa nos últimos anos.

Luisa Belaunde (2006) em trabalho sobre hematologia amazônica percebe como o sangue se constitui enquanto um fluido que corporifica e atribuiu gênero às pessoas, tanto no sentido de marcar as igualdades quanto as diferenças entre elas. Isto porque as noções de gêneros se baseiam na reciprocidade e no entendimento do que significa ser diferente e igual. Ademais, é preciso considerar o debate sobre sangue e gênero entre povos amazônicos a partir de uma perspectiva teórica sobre a cosmologia, visto que são questões relacionadas, pois "o sangue vertido pelas pessoas tem um efeito transformador sobre a experiência vivida e abre as cortinas da comunicação e da percepção que geralmente separam a experiência cotidiana da experiência de outros tempo-espacos cosmológicos" (Belaunde, 2006: 207-208).

É necessário compreender como para esses povos o sangue se relaciona com seus mitos de criação do Universo a partir de simbolismos, como a Lua e a Serpente, as quais representam elementos de ciclicidade, assim como o sangue que verte das mulheres mês a mês. A menstruação, a partir dessa perspectiva, não é vista como algo natural. Pelo contrário, é considerada perigosa pois é atribuída a uma gravidez interrompida e/ou a eliminação de um sangue excessivo. Ela é compreendida, também, como um processo de troca de pele e renovação da mulher a partir da sincronia com os ciclos da lua. Dessa forma, a menstruação faz parte de todo um processo que envolve gravidez, parto, contracepção e precisa ser entendida em relação a esses acontecimentos.

A autora argumenta que a visão sobre a subordinação feminina relatada por antropólogos a partir de rituais de purificação, reclusão ou contaminação devido à menstruação não dão conta da simbologia e dos aspectos que são suscitados nas relações de gênero a partir do sangue (Caux, 2018; McCallum, 1999). Pelo contrário, faz-se necessário compreender narrativas que explicitam esses fenômenos a partir de atribuição de gênero aos corpos e responsabilidade ritual.

O sangramento é uma capacidade feminina de conhecimento, implicando consequências sociais das mais significativas, e pode ser visto como um poder feminino, ao invés de um índice e subordinação feminina. Ao mesmo tempo, o conhecimento do sangramento não é conferido unicamente às mulheres, já que os homens também nascem do sangue vertido por elas e podem também sangrar e causar sangramento a si mesmo e a outros (Belaunde, 2006: 226).

Percebe-se como o sangue, nesse contexto, é um operador de perspectivas, considerado sob a visão cosmológica desse povo que o entende a partir de sua capacidade psicoativa, por exemplo, de comunicação com espíritos. Além disso, por ser conhecimento corporificado e porque sangrar é um atributo feminino ele divide as pessoas entre homens e

mulheres. Contudo, diferentemente do que se nota em nossa sociedade, esses atributos e diferenças não são rígidos, a autora argumenta que é uma questão de diferença dentro da igualdade, e de igualdade dentro da diferença (*ibidem*, p. 232).

A partir de novas configurações sobre o sangue e seus significados, é possível refletir sobre as maneiras pelas quais meninas e mulheres têm lidado e reivindicado agência em relação a esse processo. Trata-se de uma mudança de paradigma que busca ir contra a negatividade atribuída ao sangue menstrual, sendo, hoje, perceptível o ativismo em torno desta temática como forma de desestabilizar o estranhamento que ainda é sentido quando o sangue menstrual é visto em público. Isto revela, também, uma busca por empoderamento e afirmação de uma identidade feminina a partir desse processo.<sup>10</sup> Ademais, os tensionamentos feitos no sentido de demonstrar que a menstruação não é um processo exclusivo de mulheres e que nem toda mulher sangra são de suma importância para uma compreensão mais ampla e inclusiva dos processos biológicos de reprodução. Portanto, em uma sociedade ampla e diversa como a nossa, é necessário pensar em diversas "ordens prático-simbólicas" da menstruação, como argumenta Sardenberg (1994), visto que são múltiplas as maneiras de significar e vivenciar esse fenômeno.

Assim, o processo cíclico de sangrar como forma de expressar uma função biológica de gerar, ou não, vida é muito específico na vida daquelas que passam por ele pois determina agenciamentos sobre o sangue e sobre o próprio corpo que podem revelar noções culturais sobre o sangramento menstrual. Isto porque "significados atribuídos ao sangue não são auto-evidentes e nem estáveis em (ou mesmo dentro de) diferentes locais históricos e culturais" (Carsten, 2013: S2). A partir da reflexão sobre os significados do sangue menstrual, foi importante refletir sobre as falas das entrevistadas que ressaltam como vivenciaram a experiência de sangrar. A situação de muitas delas é específica, pois vivenciaram um sangramento ligado a uma doença, como endometriose, pólipos etc, o que desestabiliza as noções correntes do sangue menstrual. Acredito que, por isso, seja necessário refletir sobre suas falas levando essa questão em consideração.

Janet Carsten, em introdução ao dossiê "Sangue Sairá: Ensaio sobre transferência e fluxos líquidos", publicado pelo *Journal of the Royal Anthropological Institute*, com artigos sobre diferentes aspectos e contextos do sangue, se propõe a pensar uma teoria sobre essa substância justamente porque ela não se limita a um domínio específico dentro da Antropologia, ele transita por todos eles. É o que a autora chama de *uncountability* do sangue,

---

<sup>10</sup> Ver Kafai (2016), Felliti (2016) e Manica e Rios (2017)



a qual acredita revelar, quando analisado em diferentes contextos sócio-históricos, as qualidades dessa substância.

Essas qualidades podem tanto ser pensadas a partir de suas manifestações corporais e atributos materiais, como a partir de elaborações simbólicas. Contudo, os limites entre o material/físico e o simbólico não são evidentes, pois essas qualidades podem se inter-relacionar visto que essas propriedades são variáveis e entendidas de diversas formas. O sangue, a partir de suas qualidades, pode ser considerado um meio de se pensar processos simbólicos e metáforas. A materialidade como uma dessas qualidades é evocada a partir de aspectos como cor, calor e liquidez, aspectos estes que se transformam quando dentro e fora do corpo. Essa transformação pode ser importante para a elaboração simbólica sobre o sangue (Carsten, 2013: S5).

A materialidade do sangue menstrual é atestada por mulheres que sangram mensalmente e a gestão deste sangue faz parte de um processo que reflete momentos de suas vidas reprodutivas. As elaborações simbólicas em torno do sangue podem variar quando esse sangramento muda sua configuração:

Normalmente oculto no corpo, quando se torna visível, dá acesso à verdade. Por causa de suas qualidades de vida, o sangramento é um sinal de crise. Um bom sangue é um sinal de saúde, enquanto que o excesso ou a falta de sangue no corpo pode causar doenças e requerer cuidados médicos. O sangue pode, assim, assegurar a vida, mas também ser uma fonte de perigo devido à falta de limites (*ibidem*, p.S5).

Acredito que esse é um dos aspectos quando pensamos no sangramento excessivo de mulheres que passaram por alguma alteração no útero, visto que elas precisam entender quando esse sangramento está anormal e estabelecer o momento em que ele extrapola o limite que o consideram aceitável. Além disso, as qualidades do sangue e suas ressonâncias geram respostas emocionais, e estas podem ser percebidas na maneira como as mulheres descrevem seu processo de sangramento, como visto nas falas já expostas das mulheres:

Só que, paralelo a isso, eu sempre tive essas hemorragias, de fazer aquela vergonha no meio da rua né? Porque levantava tava aquele negócio, chegava em casa tava com a calça suja de sangue, porque era muito. Eu botava O.B., dois absorventes: fazia de tudo! (Daniela)

Meu útero parecia uma gestação de três meses e sangrando, sangrando, sangrando horrores. Sangrava horrores! [...] Tinha época que eu ficava o mês inteiro sangrando, era um inferno. Se eu tivesse aqui, de repente, levantava e chega... era um horror.

Usava O.B., absorvente desse tamanho, quase a tal da geriátrica pra você ter ideia! Era punk. (Fernanda)

Eu sangrava muito, todo mês quando vinha né a menstruação aí eu sangrava, sangrava mesmo. Foi passando-se os anos, eu fiquei cinco anos... na hora de trabalhar era um sufoco, no final já tava tendo que usar era fralda mesmo. Aí algumas vezes dentro do ônibus de repente vinha e descia aquele tantão de uma vez, tinha que voltar pra casa... (Júlia)

Começou assim que eu menstruava ai ficava vindo e voltando, indo e voltando. E aquilo ali eu não me sentia bem. [...] Eu menstruava, com três dias ia embora. Com uns quatro dias começava com aquela meladeira, aí eu... o auto-estima caiu né? (Rita)

Palavras e expressões como vergonha, sujeira, constrangedor, horror e punk, atestam como a menstruação durante o processo de doença se tornou um fardo para essas mulheres. É importante compreender, como argumenta Carsten, que "o que os antropólogos podem considerar como alusões metafóricas ou simbólicas ao sangue pode, na verdade, ser experimentado de uma maneira mais literal" (Carsten, 2013: S15). Dessa forma, as expressões, metáforas e sentimentos expressos sobre os sangramentos são particulares e refletem vivências pessoais sobre o sangue, merecendo serem compreendidas, também, a partir destes desconfortos, vergonha e incômodo que geram na vida dessas mulheres.

É possível pensar, também, como essa impressão sobre o sangue que corre descontrolado e dificulta uma gestão sobre o próprio corpo perpassa o fato de que o "sangue menstrual e práticas ginecológicas atestam a porosidade dos limites do corpo, problematizando não só o dentro e o fora como também a distinção entre eles" (Sanabria, 2011: 94). A necessidade de demarcar quais são os limites do dentro e fora do corpo e a porosidade que o sangramento excessivo gera pode determinar a necessidade da retirada do útero, visto que o sangramento, que deveria ficar dentro e ser expelido periodicamente em uma quantidade regular, se torna descontrolado quanto afetado por uma doença. Dessa forma, a histerectomia pode ser percebida como um meio de restabelecer esse limite, de restabelecimento da saúde.

## 2.4 A vivência de uma intervenção biomédica

A necessidade de passar pela intervenção cirúrgica é antecedida por idas à ginecologista, exames, indicações de tratamento e, inclusive, pela aceitação de que se deve passar pela histerectomia. Pude perceber como as mulheres com as quais conversei vivenciaram esses aspectos de formas distintas e pontuaram questões interessantes em suas falas.

Em meu roteiro de perguntas, incluí uma indagação que se referia à forma como elas haviam escolhido a profissional de saúde responsável pela retirada de seu útero e se, por acaso, haviam tido mais de uma indicação para cirurgia. Além disso, durante as entrevistas, busquei entender como se deu a relação com essa profissional. Reproduzo abaixo algumas das respostas para essas perguntas:

É, eu até pensei [em consultar outros médicos], mas eu confio realmente muito nele. Tudo que ele fez de diagnóstico pra mim e pra minha mãe sempre foi muito certo, ele que descobriu o câncer dela, ele que operou. Aí ele que descobriu a metástase, o nódulo que eu tive na mama... Então assim, ele realmente é uma pessoa de muita confiança minha [...] Eu realmente confio. E assim, eu acho que não tinha alternativa. [...] Não quis ficar batendo muito naquele negócio porque acho que o sofrimento ainda ia ser maior. Se fosse uma pessoa que eu viesse me consultando há pouco tempo e tal, certamente eu iria. Mas realmente eu confio nele, no profissionalismo, no conhecimento dele, no cuidado. (Nicole)

Quando [o meu médico] falou da histerectomia eu não escutei outro não. Porque na minha cabeça eu achei que era uma coisa que ok, que eu não teria, não me prejudicaria a questão hormonal, eu não queria ter mais filhos mesmo, já tinha feito a laqueadura, então achei que era ok. Já tinha consultado vários outros em termos desse negócio da anemia né. [...] Em nenhum momento tinham falado em histerectomia, mas de tentar suplementação com ferro, e essa questão, e interromper, ver se diminuía o fluxo. Várias coisas assim. E como, pra mim, isso era uma questão que me incomodava bastante, e tava me prejudicando, porque dá cansaço, dá tudo essa questão de falta de ferro. Aí, quando ele falou assim, eu achei interessante. Ele não impôs. Ele disse "Olha, você tá aí, sua vida com 40 e tantos anos, com anemia e tal, você tem esses pólipos, já tá sangrando em outras ocasiões, tem essa opção aí." Foi isso. (Gaia)

Não, esse meu médico eu tô nele há muitos anos, confio muito. E outras amigas passaram mais ou menos por isso, e o procedimento era mais ou menos a mesma coisa. (Maria)

Daniela: [Cheguei no médico] por indicação. A médica que eu fazia acompanhamento falou "Olha, eu não faço a cirurgia, mas eu vou te indicar uma pessoa que faz". Aí me indicou e eu conheci ele praticamente na véspera, na véspera assim, poucos dias antes, na pré-consulta. Ele pediu os exames, olhou de novo, operou e eu nunca mais voltei nele. Aí voltei pra minha médica.

Clarissa: E com essa indicação você acabou não consultando outras opiniões?

Daniela: Não, não porque ela já me acompanhava né. E também por causa dos exames, quando você faz exame, por exemplo, você tem sua médica que te fala e olha os exames. Mas você também tem a pessoa que faz o exame que também te fala na hora o que tá vendo, principalmente a ecografia, eles já te avisam. Então, né, você já tem mais ou menos uma noção do que está acontecendo.

Pelos relatos pode-se perceber como a escolha da médica tem a ver com uma relação de confiança. Isso parece se justificar pelo fato das profissionais da saúde lidarem com um tipo de conhecimento muito específico o qual, não necessariamente, essas mulheres sentem que podem intervir ou opinar. Nesse sentido, a confiança de que estas vão indicar a histerectomia caso seja de fato necessária é o que garante às mulheres que estão tomando a decisão correta em relação aos seus corpos. Essa confiança pode advir de uma relação estabelecida anteriormente a partir de acompanhamento de rotina ou pela indicação de amigas e familiares, como explicita Nicole. Além da confiança, acatar uma recomendação de forma mais imediata pode advir do fato de querer resolver os desconfortos sentidos, como é o caso de Gaia. Em contraposição à essa atitude, Carolina me relatou sua trajetória na qual passou por quatro médicas até sentir-se segura com a forma com que o processo seria guiado:

Clarissa: Então, no fim das contas, você foi em quatro médicos? Pra pegar várias opiniões?

Carolina: Foi...

Clarissa: E você lembra o porquê de o primeiro não querer fazer?

Carolina: Porque ele achava que poderia começar já a menopausa, e aí ia fazer uma cirurgia que ia parar de sangrar... ele achava que seria desnecessário. Mas depois eu fiquei pensando, isso aí já é minha avaliação, que se eu tinha um problema lá que era um mioma, que mesmo que seja benigno e tal, eu deixar dentro de mim aquilo mesmo com a menopausa parando de sangrar, eu acho que poderia no futuro me dar algum problema. Porque aquele tecido não era saudável, entendeu? Então eu acho que a melhor opção foi essa, realmente... tirar.

Clarissa: E esse médico não te apresentou nenhuma outra opção, a histerectomia foi a primeira opção, não tinha outros tratamentos?

Carolina: Não, o primeiro ficou me dando remédio para anemia, achando que eu não devia fazer nada, esperar e tudo. Aí o segundo continuou nessa mesma linha, só que deu uns remédios, umas injeções também, achando que poderia ajudar. Aí na terceira que eu fui, foi uma médica... essa médica eu cheguei até a marcar com ela a cirurgia [...] Ela era legal também, só que ela já não me deu alternativa de fazer a cirurgia vaginal, ela falou que ia ter que ser pela barriga. Aí eu até cheguei a marcar, fiz os exames e tudo e depois cancelei. Quando eu fui no outro médico, Dr. F., aí foi ótimo, ele é um médico além de ser ginecologista é mastologista, ele mesmo faz a endoscopia, a ecografia no consultório dele, a clínica dele é uma clínica bem humanizada para mulher.

Por não ter realizado nenhuma cesárea, Carolina não gostaria de passar pela histerectomia via abdominal, visto que ela não possuía cicatrizes de seus três partos. Além disso, o fato de querer a histerectomia, nesse caso, ia de encontro com a visão primeira do médico que acreditava que não havia necessidade iminente de retirar o órgão. Nesse caso, fica evidente a agência de Carolina de buscar o que acredita ser o melhor pra si, por mais que não seja o que os profissionais da saúde tenham recomendado. No fim das contas, ela teve um processo tranquilo, via vaginal, da forma como desejava.

Já Elisa passou por dificuldades em seu processo de tratamento de miomas por causa da relação de autoridade que acontece entre médico e paciente. Ela me disse que não queria tomar nenhum tipo de hormônio e buscava formas mais naturais de controlar os miomas. Quando comunicava isso aos profissionais, normalmente eles não atendiam essa demanda e recomendavam os hormônios de qualquer forma:

Aí já fui no ginecologista que fazia a cirurgia e ele achou melhor não colocar o DIU, porque ele disse assim ó "Já falta tão pouco tempo pra você entrar no processo de menopausa que eu acho que não seria interessante, era muito melhor você tomar medicação ingerida do que ter que fazer o processo cirúrgico para colocar um DIU". E eu nunca quis tomar medicamentos, eu digo "eu não quero hormônios", sempre que a ginecologista queria me passar hormônio eu não queria. [...] Na época em Juiz de Fora foram seis ginecologistas que eu fui, já pra ver o procedimento que cada um... Na hora da conversa, no final, passavam medicamento e eu digo "Não quero". Sempre dizia que não queria, aí quando eu chegava em casa e ia pesquisar o remédio: era hormônio! Não vou tomar. (Elisa)

As atitudes de Carolina e Elisa demonstram como o conhecimento sobre o próprio corpo e as decisões sobre ele muitas vezes não são levadas em consideração dentro de um contexto biomédico, pois há o entendimento de que os profissionais da saúde possuem mais conhecimento sobre ele do que as próprias mulheres. De fato, é preciso considerar a formação e estudo destes médicos e médicas para atuar nessas situações, mas estes devem respeitar a vontade das mulheres e seguir a linha de tratamento que elas lhe pedirem. Afinal, elas vivem e lidam com seus próprios corpos e têm autoridade empírica sobre eles.

Carolina, em outro momento da entrevista, ressalta como o fato de fazer acompanhamento ginecológico foi importante para não ser pega de surpresa com uma alteração no útero, como aconteceu com outras entrevistadas. Além dela, Daniela e Maria ressaltam o acompanhamento ginecológico como importante para o seu auto-cuidado, o qual extrapola o contexto da histerectomia.

Clarissa: E você descobriu o mioma por causa dos sangramentos ou você tinha dor também?

Carolina: Não, eu não sentia dor não. Eu fazia todo ano o acompanhamento ginecológico, eu já sabia que eu tinha, foi muito tempo antes. Mas era pequenininho. Aí foi aumentando. [...] É igual eu falei, assim, desde jovem eu sempre fiz todas as... fui no ginecologista de seis em seis meses, sempre fiz tudo certinho. Quando chegou a idade de fazer a mamografia sempre fiz também, uma vez por ano e tal. Então assim, não é uma surpresa pra você, eu fui acompanhando até tomar a decisão do que eu deveria fazer.

Clarissa: E foi sempre assim? Fez sempre acompanhamento e fez questão de ir?

Maria: Sempre. Sempre, sempre tive muito cuidado porque... assim, minha mãe teve muito problema, então sempre me cuidei muito. E também porque, como te falei no início, eu era metida a independente, logo que eu menstruei, eu já procurei um médico, já comecei a ver, sabe? Como lidar com essas coisas, e foi isso.

Clarissa: E você sentiu esse cisto também? Como foi a descoberta da necessidade de tirar?

Daniela: É, também foi acompanhamento.

Clarissa: Você já tava sabendo que tinha o cisto?

Daniela: Não, na verdade eu sempre faço os exames periódicos, até onde eu trabalho eles exigem e isso ajuda bastante porque a gente sempre acompanha, mamografia, ecografia pra mulher, e aí eu sempre fiz. Aí a ginecologista viu que tava aumentando, aí falou "Não, vamos ficar dois anos acompanhando". Acompanhei por dois anos, só aumentou, aí resolvi tirar.

É interessante perceber como o acompanhamento ginecológico torna-se importante para a preservação da saúde da mulher, visto que é a forma de tomar conhecimento sobre o que acontece com seus corpos e gerir possíveis desequilíbrios encontrados. A fala de Daniela exemplifica essa questão pois, quando conversamos, fazia pouco tempo que ela havia passado pela cirurgia de retirada de ovário por causa de cistos. Mesmo depois da histerectomia, o acompanhamento foi importante para a tomada de conhecimento sobre alterações nos outros órgãos do aparelho reprodutivo. Maria, por sua vez, me contou sobre suas idas constantes ao seu profissional de saúde por causa da reposição hormonal que começou a fazer devido ao seu processo de menopausa. O cuidado com o próprio corpo parece advir tanto da disponibilidade de exames clínicos, que as possibilitam avaliar e acompanhar as mudanças que ocorrem ao longo de seu ciclo de vida reprodutivo, como ser uma resposta a preocupações existentes, como o risco de tumores e outras alterações (Sanabria, 2006, p.95).

A escolha da médica, para além da indicação, pode perpassar a vontade de que esta se identifique e acolha os processos físicos relatados pelas entrevistadas. Isso foi o que relatou Andreia, que me trouxe sua vontade de realizar a cirurgia com uma médica, não com um médico, por acreditar que ela poderia ter mais empatia com sua situação.

Clarissa: Você consultou mais de uma médica ou teve mais de uma indicação ou você foi sempre na mesma ginecologista?

Andreia: Não, eu fui nela direto. Não fui em outro ginecologista não. Essa médica tinha um histórico de muita gente gostar de ir nela. Estudiosa. Aí eu pensei "Acho que eu vou, porque não vai ter muito jeito, eu vou ter que ir". Eu estava com vontade de uma médica, não queria um médico, embora meus partos tenham sido com um ginecologista. Mas eu queria uma médica.

Clarissa: Por quê?

Andreia: Porque esse negócio de você informar sobre cólica e menstruação... não sei, parto parece mais simples. Gravidez é uma coisa que tem um monte de intercorrência que você já sabe, mas essa intercorrência de cólica, dor nas ancas... A impressão que eu tinha era que um médico ginecologista homem ia me mandar operar na mesma hora. Você vê que não era meu plano operar, aí eu fui nela, mas ela me mandou operar. Aí eu falei "Bom, se ela me mandou...". Em geral, a impressão que eu tenho é que ginecologista homem é... ouve e tem qualquer condição de fazer a mesma coisa. Mas, não sei se é o médico homem... [...] O médico que eu fui pro parto eu tive empatia com ele, mas ele não era um médico para isso. Porque parece que, assim, o ginecologista obstetra é um, e o ginecologista diagnóstico é outro. E essa médica era ginecologista diagnóstica e esse obstetra ele faz mais parto, aí não adiantava eu ir lá para ele fazer um parto do mioma (risos), fazer uma histerectomia. Aí eu fui nela, e assim, gostei dela. Ela disse que foi bem complicada a cirurgia, eu tinha um quadril muito curto.

Clarissa: Você chegou nessa médica por indicação de alguém?

Andreia: Foi, nela eu cheguei... uma colega minha já fazia consulta com ela, é... tem uma outra pessoa que não me lembro. Mas foram duas pessoas que indicaram pra mim.

Ainda no mesmo sentido, um relato de Daniela sobre uma situação complicada que passou em um consultório médico explicita que, de fato, em algumas circunstâncias, homens não possuem a sensibilidade de lidar com processos físicos femininos por não terem noção do que eles representam para essas mulheres e, por isso, suas falas podem ser indelicadas, quando não desrespeitosas, com a situação enfrentada por uma paciente:

Sei lá, o jeito que eles... vou falar de homem, porque já ouvi duas frases de homem, com todo respeito, que vou te contar... Uma foi esse que falou que útero só serve pra duas coisas e o outro foi agora que entrei na menopausa (risos) e um falou assim "Ah, não precisa fazer reposição hormonal não, quando você tiver com calor você joga água no rosto, quando você tiver sem libido, você toma um vinhozinho" e outra coisa lá, que eu nem me lembro o que foi a terceira coisa. Aí eu falei "Ah que bacana, não é você né? Passa uma água no rosto pra ver se vai adiantar." Então umas coisas que com médico homem é mais difícil. Não sei, não sei se é porque quando eu vou no homem já é pra operar, geralmente, não sei porque na minha vida sempre foi assim, a mulher faz os exames e não opera. (Daniela)

A situação enfrentada por Daniela exemplifica como de fato uma falta de empatia pode acarretar situações constrangedoras dentro de um consultório, no qual o médico pode

se utilizar de sua posição de autoridade no momento para proferir opiniões machistas para e sobre suas pacientes. Não é possível afirmar que uma profissional mulher não falaria o mesmo, mas me parece que, como evidencia Daniela, o fato de ele não viver na pele as mudanças sofridas no corpo das mulheres ao longo dos anos torna a situação bastante complexa.

Ademais, a frase “útero só serve para duas coisas” foi corriqueira entre minhas entrevistadas, tanto quando iam parafrasear o médico, como fez Daniela, quanto como uma crença pessoal. Essa fala surge a partir de uma necessidade de justificar porque o útero não é mais importante na vida dessas mulheres, e pela recorrência da frase e as reflexões que ela possibilita, vou analisá-la mais profundamente no capítulo seguinte.

Para além da escolha e da relação com a médica, o enfrentamento do processo cirúrgico é relevante na experiência das mulheres. Elas vivenciaram de forma distinta todas as etapas que as levaram do diagnóstico ao pós-cirúrgico, mas pude notar como o medo do procedimento e o confronto com o ambiente hospitalar podem ser causas que justifiquem o adiamento da cirurgia ou a forma com que elas recordam essa situação em suas vidas. Andreia, nesse aspecto, teve uma vivência complicada e me contou isso ao longo de nossa conversa:

Clarissa: E quais eram os riscos envolvidos na decisão de fazer a cirurgia e na de tirar o útero, você lembra?

Andreia: Olha, a manutenção do útero ela falou que não ia ser... ela não me falou nada de malignidade. Ela só me falou que eu ia continuar com os incômodos. E o risco cirúrgico eu morri, me pelei de medo porque eu sabia que eu tinha chance de ter um problema, complicação, intercorrência e ter sequela, ou ter algum problema mais sério. Então, por isso, eu corri muito da cirurgia, mas... assim, acabou que as coisas se acertaram e eu fui fazer mesmo, mesmo com receio, mas eu sabia do custo benefício. E foi bom...

Clarissa: E esses riscos, a médica que te apresentou? Você pesquisou?

Andreia: É, ela fala... mas ela não fala das coisas mais... as sequelas, é... eles não entram muito em detalhe do que pode acontecer né. Você acaba procurando e descobrindo. [...] Mas, assim, eu não procurei tanto. Eu só pensava em morrer, era o único problema. E quando eu saí da cirurgia, que eu tava vomitando, eu pensava assim "Gente, eu vou morrer! não acredito nisso".

[...]

Clarissa: E você passou pela cirurgia sozinha?

Andreia: Sozinha... só com a equipe médica, porque era uma cirurgia muito cruenta né. Não foi autorizado entrar o acompanhante e aí ninguém entrou. Eu não sei se o meu marido ia dar conta também, porque como é uma cirurgia muito exposta tem que ser uma pessoa que esteja acostumada. Não entrou ninguém comigo, e isso é chato. Porque na entrada para cirurgia você treme, você fica nervosa. É um baque... até



tomar a anestesia (risos). Mas essa parte de você ver todo mundo mexendo em instrumental e você naquela maca fria e a luz...

Clarissa: O ambiente não é muito acolhedor num momento que é tão forte né?

Andreia: Não, não é acolhedor. Eu tremia sem frio, mas aí tomei a anestesia. Embora, durante a cirurgia (a cirurgia foi longa foram quatro ou cinco horas), eu voltei um pouco da anestesia. Não sei se voltei totalmente, mas eu sentia algumas dores aqui [aponta para a região do ventre] mas é... fiquei quieta. Como dava pra suportar, eu fiquei quieta. Mas dava pra sentir algumas coisas, não sei se o remédio era pouco ou a cirurgia tava longa. Depois a médica falou que foi uma cirurgia complicada, que realmente o espaço da minha cavidade era muito pequeno e ela teve dificuldade. Foi uma cirurgia chata. Era basicamente medo da cirurgia que eu tinha.

A fala de Andreia me permitiu compreender que a decisão de enfrentar o procedimento não é simples e pode estar envolta em diferentes problemáticas a depender do contexto, sentimentos e vontades das mulheres. Tomar a decisão de retirar o útero não significa passar pela histerectomia de forma tranquila, o processo pode mexer muito com as mulheres, tanto em níveis físicos como em níveis emocionais. Por ser um processo que pode acarretar diferentes reações emocionais e influenciar a maneira como as mulheres percebem os procedimentos biomédicos, me parece importante refletir sobre mulheres que têm seus útero retirados e não têm o conhecimento disso previamente. Conversando com Fernanda, que é também profissional da saúde, ela me relatou como funcionam as cirurgias ginecológicas em um hospital de Brasília:

Clarissa: E teve algum risco envolvido na cirurgia?

Fernanda: Assim, o risco cirúrgico que você fala? Porque o risco cirúrgico tem, porque você abre né? Aí, eu vejo que lá no hospital as mulheres entram pra fazer histerectomia e tem umas que nem saem de lá, sabia? Dá uma pinçada numa artéria lá, sangra até a morte. É complicado...

Clarissa: Você trabalha lá né? E lá são feitas histerectomias?

Fernanda: Lá tem, lá faz muita histerectomia. Às vezes, entra pro parto, aí não tem atomia muscular uterina, aí começa a sangrar, sangrar, sangrar aí tem que tirar o útero porque não tem jeito, lá tem muito caso complicado.

Clarissa: Mas a mulher tá no parto né...

Fernanda: Tá no parto e ela não tem nem opção né? É preciso fazer, porque é questão de... é risco de morte. Então, pra preservar a vida dela, acaba tendo que fazer isso.

Casos como o relatado por Fernanda se distanciam da realidade das minhas entrevistadas, mas eles ocorrem e é preciso compreender como se dão as histerectomias feitas de modo emergencial nas mulheres em trabalho de parto e, muitas vezes, até sem a devida permissão prévia. É preciso questionar em que mulheres são feitas histerectomias dessa forma e em que circunstâncias elas ocorrem, pois a retirada do útero assim como a laqueadura durante o parto podem ser usados como mecanismo de controle populacional, a fim de evitar

que certas mulheres procriem. E no Brasil, é claro que essas mulheres possuem cor e classe específicas. A histerectomia resultante de atomia uterina<sup>11</sup> é a última opção no protocolo de tratamento para estes casos, e aqui pontuo a necessidade de refletirmos se, de fato, as histerectomias estão sendo consideradas o recurso final para salvar a vida das mulheres em uma situação de sangramento intenso pós-parto.

É possível perceber, portanto, a partir das falas das minhas interlocutoras, como a necessidade de enfrentar uma cirurgia como a histerectomia envolve questões que perpassam desde a escolha das médica, a relação que se estabelece com ela, os tratamentos buscados e tentados, até o procedimento da retirada do útero em si. Pude notar como essas vivências são pessoais e variam de acordo com a visão de cada uma delas sobre o que significa uma intervenção cirúrgica, com o tipo de rede de apoio com que contam para o momento de decisão, cirurgia e convalescença, como veremos a seguir, e a utilidade do útero em suas vidas, tema de discussão do Capítulo 3. Além disso, foi interessante notar a agência que algumas mulheres demonstram ao buscarem profissionais que se adequem às suas necessidades e, dessa forma, conduzem o processo biomédico mais do que se deixam conduzir por ele.

## **2.5 Percepções sobre o pós-cirúrgico**

Após passarem por todos os procedimentos biomédicos de exames, tratamentos, diagnósticos e recomendações operatórias e, enfim, realizarem a histerectomia, ainda existe a questão da recuperação da cirurgia. O momento de recuperação foi complicado para algumas delas e acredito que isso tem muito a ver com a forma como a histerectomia foi realizada, de forma abdominal, vaginal ou por laparoscopia. A recuperação da histerectomia via vaginal tende a ser mais rápida e indolor, assim como a realizada via videolaparoscopia, pois não há necessidade de abrir o abdômen, da mesma maneira que ocorre com o parto vaginal. Sobre o pós-cirúrgico e a recuperação, as mulheres me contaram:

A recuperação foi assim, mais ou menos, uns 15, 20 dias eu já tava... assim, eu não senti nada pra te falar a verdade em termo de dor, nada disso. Até porque eu tomei cuidado, não fiquei pegando peso nem nada. (Carolina)

---

<sup>11</sup> Atonia uterina é a hemorragia causada pela fadiga do útero. Ver sobre em: <https://www.secad.com.br/blog/medicina/hemorragia-pos-parto-como-controlar-a-atonias-uterina/>

Sem dor nenhuma. Antes eu tinha muita dor, e ela disse, quando eu fui com 45 dias, que eu terminei conseguindo só o retorno depois, "Tu já pode, já tá liberada pra relação sexual e pode ir soltando devagarzinho, não tenha medo, você vai ver que vai ser muito melhor do que tava antes." Porque antes eu sentia dor porque o útero tava machucado, agora eu não sinto mais dor nenhuma. Tá perfeito. E ela me avisou "Você vai ver como vai ser melhor". (Elisa)

Clarissa: E a recuperação, como foi?

Helena: Foi difícil, foi difícil. É uma nova cesárea né?

Clarissa: E você tinha feito uma há pouco tempo né...

Helena: É, é uma nova cesárea. A questão de locomoção e tudo né, tem que ter cuidado... Mais do que a cesárea.

Clarissa: Você comentou como foi o pós-operatório, mas foi muito tempo, foi tranquilo?

Júlia: Foi muito tempo. Eu tive um repouso um pouquinho dolorido, o repouso foi.

Clarissa: Por quê?

Júlia: Não sei, sentia muita dor, muita dor. Demorou, parece, a desinchar... Porque parece que os órgãos ficam meio... eles mesmos lá dentro acho que ficam um pouco desconfortável, sei lá... Até encaixar... E é engraçado que aqui assim (toca no ventre) dá uma folguinha, você sabe que era dele.

Eu tava até pensando nisso, o processo de recuperação ele foi um pouco difícil. Não sei se é porque quando a gente... eu tive minhas três cesáreas, você tá meio num estado de graça. Toda dor que você tem você esquece, esquece fome, esquece sede... você vive em função daquele bebezinho né? Você se anula. Então não sei, não consigo te dizer se o processo de recuperação foi é... pior ou melhor. Foi pior no sentido que eu vivi mais a dor né. Agora não sei se era a mesma dor, do processo de recuperação né, do que a cesárea. Porque a cesárea você vai para outro estado [...] A cirurgia ela é muito, ela é dentro né. Então é uma coisa interna, você tira alguma coisa. Eu andava enfaixada, eu tinha gases né, e tinha os pontos, aquela dor dos pontos repuxando. Realmente incomodou bem. (Bianca)

Clarissa: Você passou mal depois né, você comentou... Foi difícil a recuperação?

Andreia: Passei mal, a morfina coçava, porque eles dão morfina e eu me coçava toda.

Tive que usar uma bolsa, um catéter. Então assim, foi bem chatinha a recuperação.

Clarissa: Quanto tempo de recuperação?

Andreia: Foram uns 40 dias de recuperação...

Clarissa: Caramba, que forte...

Andreia: É, porque não podia andar muito. Tive que ficar deitada. Foi uma recuperação chata. E você já tá mais velha, seu corpo não está jovem, então sua cicatrização é mais lenta, você não pode fazer esforço... então assim, foi chatinha.

Como qualquer intervenção cirúrgica, o momento de resguardo é necessário para que o corpo se adapte à nova configuração que é estabelecida. O fato de a maior parte das mulheres que sentiram incômodos e vivenciaram uma recuperação mais difícil ter feito a histerectomia via abdominal demonstra que realizar uma cirurgia invasiva demanda cuidados

extras sobre o corpo e paciência para lidar com a quarentena reclusa em casa, com movimentos limitados. Achei interessante as analogias que comparam o parto à histerectomia pois, para além de ambas poderem ser feitas pelas duas vias possíveis, o útero é o órgão principal para o parto e, em algumas falas, elas comentam de suas histerectomias como mais um parto em suas vidas, mas agora o parto de seus úteros. À diferença, que são “partos” cesarianas, numa época em que a cicatrização é mais lenta. Além disso, a associação me parece demonstrar como elas ligam o seus úteros às suas maternidades.

Após o momento de recuperação, contudo, para a grande parte de minhas interlocutoras, a percepção sobre a cirurgia foi positiva. Elas já não sentiam mais desconfortos, o sangramento excessivo havia parado e não pareciam sentir falta do órgão em suas vidas. Evidencia-se como a cirurgia de histerectomia parece não trazer muitas consequências negativas na vida das mulheres e elas percebem como positivos os efeitos gerados por ela, especialmente o fato de não sangrarem mais. Foi nesse sentido que várias das mulheres comentaram que não sentiam que tinham passado por uma cirurgia:

Gaia: Eu acabei fazendo e pra mim, assim, foi maravilhoso né? Realmente o meu hemograma passou a ser outro e não tive... a cirurgia em si foi super tranquila, parecia que eu não tinha feito procedimento nenhum...

Clarissa: O pós-operatório foi tranquilo?

Gaia: É, eu tinha que me lembrar que eu tinha feito porque eu não sentia nada. E assim, pra mim foi maravilhoso.

[...]

Clarissa: Você percebe alguma consequência da cirurgia na sua vida?

Gaia: Nenhuma, nenhuma. Assim, consequência eu acho que positiva. Me deu talvez uma liberdade maior, sabe? Que aí eu não precisava pensar "Ah vou viajar vou menstruar..." então, né... A questão até da relação sexual, eu sempre ia pensando "Pô, vai sangrar", aquelas coisas assim. Então eu senti que me deu uma liberdade maior.

Clarissa: Foi tranquilo? Teve dor?

Maria: No início só, depois foi tranquilo, não tive problema nenhum. E também... nossa, depois disso, dessa fase, pra mim foi ótimo! Sabe? Pra mim não teve coisa melhor, porque era muito incômodo! Muito incômodo mesmo nas hemorragias que eu tinha. E eu nunca mais tive nada! Não tenho corrimento, tenho mais nada, nada, nada, nada. Só que eu faço reposição hormonal, porque eu tenho os ovários. Ficou os dois ovários, então eles continuam produzindo hormônio, mas tá diminuindo, cada vez mais. Aí eu tô já fazendo reposição hormonal.

Clarissa: Então, você percebe alguma consequência da cirurgia na sua vida?

Nicole: Eu não vejo consequência nenhuma, emocional, psicológica, física nenhuma. É igual te falo: pra mim é como se eu não tivesse feito cirurgia nenhuma. Não tive nenhuma consequência, não tenho nem cicatriz porque foi interna. Aquela que eu tirei aqui até tem (aponta pra mama) mas agora tá bem mais clarinha que já fez cinco anos. Mas assim, nem isso entendeu? Emocionalmente não tem, pra mim é muito tranquilo,

até esqueço. Eu lembro quando a gente tá numa conversa e fala de filho "Ah mas você não tem filho". Aí eu falo "Olha gente, já to com quase 50 anos, sei que mulher hoje tem filho até com 50 anos. Mas eu já não tenho mais o lugar de produzir o negócio, então..." (risos). Mas é bem tranquilo pra mim, não tem nada, nada, nada.

Quando chegou no final, que eu tinha que tirar, cinco anos tem que trocar. Aí ele falou "E aí? O que quer fazer? Quer tirar, quer colocar outro [DIU]?". Aí eu falei "Olha, eu não vou ter filho mais, não quero mais, não dá. Porque se for com esse tanto de mioma que tem é complicado né, não dá. E eu não preciso passar por outra gestação, 40 e tantos anos né." E útero só serve pra duas coisas: pra gestar e dar dinheiro pro ginecologista, o resto né... Aí eu falei "Não, então vamos tirar, vamos tirar". Tirei e foi a melhor coisa da minha vida. Nunca tive problema. Esses problemas que o pessoal fala que tem, que perde a libido, que a mulher fica se sentindo não sei o que, nunca tive isso... [...] Nunca senti vazia. Nunca. Tem vazio nenhum aqui! (risos) (Fernanda)

A decisão de retirar o útero, para além das motivações físicas geradas pelos incômodos, sangramentos, constrangimentos e muita dor, perpassa o contexto da vida das mulheres. A fala de Fernanda elucida alguns dos aspectos que circundam as visões das interlocutoras sobre o porquê de não sentirem falta desse órgão em suas vidas. Percebi que lidar com o processo de histerectomia de forma mais tranquila advém do fato de a maioria delas já serem mães e perceberem seus úteros de forma utilitária. Se elas já eram mães e não desejavam parir novamente, o útero poderia ser retirado e não faria falta. Dessa forma, por mais complexo que seja lidar com as questões que envolvem passar por um procedimento biomédico, pude perceber que a maioria avaliou o processo e o resultado como positivos em suas vidas.

Antes de entrar em contato com as mulheres que passaram pela histerectomia, eu acreditava que essa cirurgia pudesse ser feita de forma mais coercitiva, tendo as mulheres pouca ou nenhuma possibilidade de decisão da retirada. As falas delas demonstram o contrário, contudo. Elas parecem estar cientes durante todo o processo, do diagnóstico ao pós-cirúrgico, das escolhas que estão fazendo sobre seus corpos. Acredito que esse é o potencial de pensar antropologicamente as questões que nos circundam, pois o que para mim parecia ser uma situação simples e pragmática, ou o que parecia ser compreendido de modo passivo e irreversível, se mostrou muito mais complexo e permeado de significados do que eu poderia imaginar. Acredito que para além do procedimento e da vivência de histerectomia em si, o que as mulheres trazem para significarem seus úteros e justificarem sua retirada me parece de suma importância de ser analisado. Esse é o assunto que trarei no capítulo seguinte.

## CAPÍTULO 3 - O que significa ter um útero?

### 3.1 Útero só serve para duas coisas

O pessoal comenta, até ela [a médica] mesmo comentou pra mim, disse que útero só servia pra gerar doença e criança. Já que eu não tinha mais filho e tava me dando esse problema todinho, era melhor... fazer a cirurgia e tirar o útero. Minha menina disse “Mãe, por que você não mandou tirar logo tudo?”. Eu digo “Eu não!”. O medo que eu tinha era tirar logo tudo e acabou a mulher. É isso que diz que acontece. E aí eu não queria virar... elas falam assim: virar homem. Eu queria ter namorado, queria sentir amor, sentir prazer. E era isso. E tô tranquila, de boa. (Rita)

Quando decidi realizar entrevistas com mulheres que passaram pela histerectomia, meu pensamento sobre o tema partia de um pressuposto de que essa cirurgia era traumática para as mulheres, afinal, ficar sem útero, na minha concepção de então, deveria ser algo doloroso e difícil para elas. Foi surpreendente receber respostas que iam de encontro a essa ideia que eu carregava comigo. Uma das últimas perguntas do meu roteiro foi “O que seu útero representava para você?” e as respostas, aliadas aos discursos que perpassam a justificativa da retirada do útero baseada no contexto de vida das mulheres, me possibilitaram refletir mais profundamente sobre o que significa ter um útero para essas entrevistadas.

No capítulo anterior, expus a trajetória do diagnóstico ao pós-cirúrgico na qual, uma das etapas, foi a decisão da retirada. Para além dos motivos físicos - incômodos, dores, sangramentos - algumas das mulheres ressaltaram que seus úteros já não tinham utilidade, visto que já eram mães e não desejavam gestar novamente, tanto pelos filhos que já possuíam, quanto pela “idade avançada” que julgavam ter. Ademais, parece existir um entendimento de que o útero só serve para duas coisas: ter filhos e dar problemas. Para evitar tais problemas, a histerectomia surge como alternativa viável e racional na vida dessas mulheres.

Essa visão utilitária e funcionalista de um órgão surgiu de forma explícita em metade das entrevistas que realizei e, nas outras, várias falas e percepções sobre o útero aliam sua função à maternidade. A ideia de que o útero só tem duas serventias as ocorreu a partir das falas das médicas, quando iam sugerir a cirurgia como alternativa para sanar os problemas enfrentados, como foi o caso de Daniela apresentado no capítulo anterior e o de Rita que abre o capítulo presente.

Contudo, a frase também surgiu como uma ideia das próprias entrevistadas. Esse foi o caso de Bianca. Ela foi a primeira entrevistada a me trazer a ideia explícita de que o útero,

em sua concepção, tem como função a reprodução. Bianca é uma mulher de 48 anos com três filhos já crescidos. Ela realizou a histerectomia aos 44 anos devido a uma inflamação no colo do útero. Quando pedi para ela me contar sobre o seu processo até a cirurgia, ela começou falando: “Eu tenho três filhos e já era ligada”. Essa frase que abriu o nosso diálogo deu o tom da nossa conversa.

Bianca sofreu com um sangramento intenso, desconhecendo sua origem. Ela me contou que era “super constrangedor” se sujar no trabalho e em casa. Ressaltou a dificuldade de ser solteira nesse momento e ter sangramento durante as relações sexuais pois, além de não ter, necessariamente, intimidade com o parceiro, isso afetava seu bem-estar e sua libido. Por esta razão, foi atrás de ajuda profissional, consultou dois ou três médicos, os quais sinalizaram a necessidade da retirada do útero. Por mais que não tivesse dor física, o sangramento a afetava em suas atividades diárias e a levou para um quadro anêmico grave, o qual a retirada do útero e o cessamento do fluxo menstrual melhorou sensivelmente.

Como se sentia muito debilitada pelos sintomas que a inflamação estava gerando ela preferiu se livrar desse problema. Por ter feito três cesáreas anteriormente, foi sinalizado que ela deveria passar pela histerectomia via abdominal, o que ela disse ter sido sua “quarta cesárea”. Ela ressaltou, também, que um dos aspectos que a deixou tranquila em relação ao procedimento foi a permanência dos seus ovários e a consequente produção normal de hormônios. Esse é um aspecto ressaltado por outras mulheres também, que veem a permanência dos ovários e da produção hormonal como fatores importantes para o funcionamento normal de seus corpos. Sobre este ponto, discutirei mais à frente.

O seu processo de recuperação foi um pouco difícil, pois ela viveu bastante a dor, mais do que nas recuperações das cesáreas. Mas pude perceber que para ela o processo no geral foi tranquilo, principalmente a decisão de retirar pois, como disse, “para o aumento demográfico do país ela já tinha dado sua contribuição”. Abaixo, reproduzo uma parte do nosso diálogo sobre como o seu contexto de vida determinou a forma de encarar o processo de histerectomia:

Clarissa: A rede de apoio foi importante?

Bianca: Com certeza! Sempre é, né?

Clarissa: Porque às vezes não tem né, ou a pessoa não consegue, por ser uma coisa íntima, conversar com outras pessoas...

Bianca: Com certeza, eu acho que é uma decisão difícil. No meu caso, não foi por causa da situação que eu me encontrava, do meu contexto. Mas acho que para outras mulheres, assim, deve ser complicado mesmo.

Clarissa: O que seu útero representava pra você antes da cirurgia?

Bianca: Antes da cirurgia? Ele já não representava mais nada pra mim. (risos)

Clarissa: Por causa da questão da laqueadura?

Bianca: Exato, já tava né... já tinha parado minha produção. E eu não via como assim... um lado feminino, aquela coisa... E todo mundo, as pessoas com as quais eu conversava abriram muito minha cabeça nesse sentido que a função do útero é especificamente... filhos, processo reprodutivo. Depois que você acabou com aquilo ali, não vai mais reproduzir, ele perde a função. Aí eu pensei "É, verdade...", porque, assim, tirou ou não tirou não faz diferença pro seu organismo, diferente de você tirar um rim, de você tirar um pulmão, você tirar um... coração!

É possível perceber que o fato de já ter seus filhos, já ter passado por uma cirurgia de laqueadura para evitar futuras gestações e, também, por se considerar em “uma idade avançada” influenciou a forma como ela encarou a possibilidade de não ter mais o útero. Não só Bianca trouxe essa reflexão para a entrevista, mas outras mulheres pontuaram que o fato de ter filhos facilitou a tomada de decisão e que se não fossem mães à época da histerectomia possivelmente teriam enfrentado o processo de maneira distinta. Me chamou atenção já nessa entrevista como o útero é visto de forma funcionalista e tem sua função bastante clara: gerar filhos.

Nos meses subsequentes, pude refletir mais profundamente sobre as falas das minhas interlocutoras e me questionei o porquê da relação direta e única entre o útero e a maternidade. A determinação biológica de que é o órgão necessário para gerar um bebê é razoável para entender a correlação, mas acredito que entendê-lo como um órgão que, quando não produz filhos, dá problema, reduz as possibilidades de vivenciar os processos físicos femininos de múltiplas formas. É preciso questionar, por exemplo, como mulheres que possuem útero e não querem ser mães percebem esse órgão em suas vidas. Será que elas acreditam que não precisam dele apenas porque não querem gerar um filho? Além delas, é preciso ressaltar a vivência de mulheres que possuem o útero, têm vontade de ser mães, mas não podem gestar por algum motivo, além das mulheres que não nasceram com o órgão. Dessa forma, refletir sobre como a ideia utilitária surgiu me pareceu importante, a fim de entendê-la em um espectro mais amplo que engloba o papel atribuído às mulheres e também, o que se entende com a categoria “mulher”.

A visão do útero como um órgão que tem a finalidade única e exclusiva de gestar filhos, para além de uma opinião e crença particular das mulheres, tem reverberações profundas nas relações sociais e de gênero estabelecidas na sociedade ocidental e cumpre uma função específica dentro do sistema produtivo. Silvia Federici (2017) faz uma análise da transição do feudalismo para o capitalismo a partir de uma perspectiva feminina para demonstrar como a discriminação contra as mulheres é fruto da formação deste sistema, visto



que elas possuem a capacidade de (re)produzir a força de trabalho necessária para o desenvolvimento do sistema que nascia.

A autora argumenta que, aliado ao cercamento da terra e dos recursos naturais para a reorganização do sistema produtivo que nascia, os corpos foram disciplinados a fim de criar novos padrões de sociabilidades. Isso só foi possível a partir de guerras e uma reforma religiosa que garantiu a distinção entre práticas decentes e práticas heréticas em relação ao corpo. Os crimes reprodutivos foram estabelecidos nesse momento histórico e as práticas abortivas e de contracepção foram proibidas, juntamente com o julgamento de mulheres que possuíam os conhecimentos para realizar tais procedimentos. Dessa forma, as mulheres que não se enquadravam nas novas ordens e padrões estabelecidos pela moral capitalista e que possuíam conhecimento sobre os “saberes femininos” foram denominadas bruxas e assassinadas.

A necessidade de mão de obra disponível era a justificativa para tomar o controle da procriação. Juntamente com as mudanças de percepção sobre o corpo feminino e suas funções, a crise populacional nesse momento foi importante para a transformação dos assuntos de reprodução em um problema do Estado, respaldado pela ciência da época que teve papel fundamental para garantir os argumentos favoráveis sobre a natalidade. Nascia, então, o patriarcado baseado no controle da conduta das mulheres, centrado na família nuclear e na propriedade privada.

A guerra contra as mulheres, dessa forma, centrou-se na perseguição de violação das novas normas reprodutivas com a finalidade de “quebrar o controle que elas haviam exercido sobre seus corpos e sua reprodução” (Federici, 2017: 174). Isso significou que mulheres começaram a ser perseguidas e processadas, principalmente as parteiras, as quais detinham conhecimentos sobre os corpos e ciclos femininos. A entrada de médicos homens na cena do parto alterou significativamente a forma como esse processo era lidado e realizado entre mulheres, tendo como uma de suas consequências a priorização da vida do feto à vida da mulher. Federici argumenta que tais políticas, que duraram mais de duzentos anos entre os séculos XVI e XVIII, determinaram a escravização das mulheres à procriação, visto que delega a maternidade a condição de trabalho forçado:

Enquanto na Idade Média elas podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir de agora seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista. (Federici, 2017: 178)

A nova divisão sexual do trabalho expulsou as mulheres dos ambientes laborais assalariados, levando-as a se tornarem donas de casa, ao mesmo tempo que invisibilizou o trabalho doméstico, relegando-as ao papel de não trabalhadoras. Ademais, as mulheres foram compreendidas a partir de termos - como mães e esposas - e esses papéis exercidos dentro da família foram importantes para naturalizarem as relações sociais de dominação e exploração de seus trabalhos e corpos. Entendidos como funções naturais das mulheres, os homens teriam livre acesso a eles, assim como acreditavam possuir aos recursos e aos bens naturais, por estarem fora da esfera das relações de mercado. Essa nova forma de sociabilidade se entranhou no modo de viver das mulheres, enquanto coletividade e enquanto individualidade. Percebe-se, então, que foi necessária uma reestruturação das relações sociais entre homens e mulheres, uma reformulação da lógica produtiva e a criação de um novo modelo de feminilidade, calcada na família e nos papéis dentro dela.

Esse processo histórico, descrito e teorizado por Federici, tem respaldos nas práticas e relações sociais que percebemos em nossa sociedade ainda hoje, pois as lógicas de subordinação das mulheres e invisibilização de seus trabalhos de maternagem ainda operam nas sociedades capitalistas ocidentais. O controle das práticas reprodutivas, e especialmente dos úteros, persiste de forma brutal a partir de leis e ideários que não permitem às mulheres a livre gestão de seus corpos.

A fragmentação do corpo e das relações sociais, aliada à alienação do trabalho, foi crucial para a mudança não só dos papéis sociais exercidos por homens e mulheres, mas também para a forma como os ciclos e processos biológicos eram percebidos e descritos, tanto pela ciência quanto pelas próprias mulheres. Emily Martin (2006), ao se propor estudar as concepções de mulheres americanas sobre seus corpos e as vivências relacionadas a eles, percebe os pressupostos culturais subjacentes ao discurso e às práticas médicas contemporâneas. As metáforas utilizadas pela medicina revelam a forma como os ciclos femininos e os processos aliados a eles, como menstruação e menopausa, são concebidos e compreendidos de forma negativa a partir de metáforas que percebem o corpo organizado hierarquicamente. Essas metáforas circulam na sociedade e, muitas vezes, determinam as suposições culturais sobre a natureza dos ciclos femininos.

A autora argumenta que a partir do século XIX a ideologia da produção era tão abrangente que atingiu a maneira de falar sobre e perceber os corpos. Dessa forma, a mulher foi vista como uma trabalhadora que tem como função produzir bebês, a partir de seus úteros-máquinas (Martin: 2006, p.117). A menopausa foi entendida como um momento de

inutilidade na vida reprodutiva, visto que a capacidade de reproduzir - entendida aqui como a função biológica feminina - cessa. A menstruação também começou a ser compreendida de forma negativa, como uma falha no processo reprodutivo, visto que materializa a não geração de uma nova vida, a não produção.

É preciso questionar as ideias que persistem em colocar o corpo feminino como máquina de reprodução, pois além de criar uma visão reducionista sobre as capacidades e habilidades das mulheres, ela limita as vivências e criações múltiplas que elas podem ter. Pensar os ciclos femininos como feitos para gerar um bebê e seus produtos como uma falha da produção é uma visão superficial da maneira como diferentes mulheres lidam com seus corpos e ciclos mês a mês. Como questiona Martin:

E se uma mulher tiver feito de tudo ao seu alcance para evitar que o óvulo fosse implantado em seu útero, como controle de natalidade ou abstinência de sexo heterossexual? Ainda assim, seria apropriado falar que o objetivo único do seu ciclo menstrual é a implantação? A partir do ponto de observação da mulher, talvez o sentido fosse melhor captado se disséssemos que o objetivo do ciclo é a produção de fluxo menstrual. [...] Não vejo nenhum razão para que o sangue menstrual em si não pudesse ser considerado um “produto” desejado o do ciclo da mulher, exceto quando a mulher tem a intenção de engravidar. (Martin, 2006: 103)

Dessa forma, me parece urgente que modifiquemos as imagens, metáforas e ideias que temos dos nossos corpos e ciclos. Isso não quer dizer que as visões das mulheres sobre seus úteros como o local para ter seus filhos seja errada pois as mulheres podem, e devem significar suas existências da forma que fizer mais sentido em suas realidades. Mas refletir mais profundamente sobre os porquês de, enquanto mulheres, ligarmos nossas identidades à maternidade e aos papéis sociais atribuídos pela possibilidade biológica de reprodução tem caráter urgente. A desconstrução de noções binárias de gênero e as contestações sobre maternidades coercitivas se disseminam e ganham força respaldadas pelo visível fracasso de lidar com questões tão complexas de gênero e reprodução de forma simplificada.

Dentro do movimento feminista, muitas vezes a categoria “mulher” é utilizada como forma de universalizar experiências de opressão as quais não necessariamente se aplicam para os diferentes contextos e vivências de relações sociais. A tendência em fixar um significado para essa categoria limita a atuação de diversas pessoas que não cabem nesse termo. Pensar a vivência das mulheres a partir de seus atributos e capacidades físicas é uma das maneiras de engessar as vivências femininas e excluir várias mulheres do movimento que

não necessariamente sangram todo mês ou não necessariamente possuem um útero. Como propõe Judith Butler,

Se há algo de certo na afirmação de Beauvoir de que ninguém nasce sim torna-se mulher decorre que mulher é um termo em processo, um devir, um construir de que não se pode dizer com acerto que tenha uma origem ou um fim. Como uma prática discursiva contínua, o termo está aberto a intervenções e re-significações (Butler, 2014: 58-59).

Ao propor que não existem fundamentos fixos na categoria de gênero, a autora busca subverter a identidade “mulher” para demonstrar que buscar uma unidade a partir dessa categoria perpetua uma lógica binária de gênero e “suprime a multiplicidade subversiva de uma sexualidade que rompe as hegemonias heterossexual, reprodutiva e médico-jurídica” (*ibidem* p.41). Dessa forma, não poderia haver (e de fato não há) um sujeito-mulher universal e qualquer tentativa de construí-lo leva, necessariamente, a exclusões.

Se mulher não é uma experiência universal, a maternidade e a visão funcionalista do útero também não são. A lógica que privilegia as capacidades reprodutivas femininas ainda opera com força o suficiente para se disseminar em metáforas como “o útero só serve para duas coisas”, mas há também inúmeras maneiras de resistência e subversão a esse modelo de classificação e entendimento das mulheres. Novas concepções de representação do corpo e de seus processos físicos, assim como redes de apoio entre mulheres que ressignificam o que lhes foi ensinado sobre parir, menstruar e ser cíclica demonstram como, apesar das forças operando contra suas liberdades reprodutivas, cada vez abrimos mais espaços para que a categoria mulher seja mais fluída e sustente as diversas multiplicidades que essa vivência implica, visto que:

A materialidade do gênero não é o sexo biológico, mas os efeitos da diferença (social, simbólica e política) nos corpos, na vida e na trajetória e experiência cotidiana e histórica das mulheres, de diferentes mulheres. E para cada uma dessas diferentes mulheres, há diferentes materialidades a serem abordadas, compreendidas e transformadas (Maluf et al., 2013: 147).

Dessa forma, a ideia de que o útero só serve para ter filhos ou dar problema faz parte de um amplo espectro que engloba relações sociais generificadas em nossas sociedades e uma divisão sexual do trabalho que privilegia o trabalho reprodutivo das mulheres destacando a função de seus corpos para esse fim. Acredito que a fala de Bianca, assim como das demais entrevistadas, não visa reiterar essa lógica e muito menos diminuir o valor de suas

experiências como mulheres às suas maternidades. Suas falas são autênticas e precisam ser honradas como tais. A preocupação aqui foi buscar compreender o quanto essa lógica, em níveis macro de atuação, atualiza exclusões e invisibiliza a existência de várias pessoas com útero que não o veem como uma máquina de fazer filhos, ou de mulheres que não têm útero.

Emily Martin argumenta que as ideias que as mulheres têm de seus corpos e a forma como o representam por meio de metáforas expressam concepções mais gerais sobre a sociedade. Se pensarmos nas metáforas que Bianca trouxe para o nosso diálogo, tais quais “já tinha parado a produção” e “para o aumento demográfico eu já tinha dado minha contribuição”, a percepção sobre o corpo feminino de maneira funcionalista persiste em grande medida na nossa sociedade, o que é muito problemático quando constatamos que nem todas as mulheres possuem útero ou que nem todas as mulheres querem ser mães. A ideia de que o útero serve para duas coisas, então, traz à luz como a categoria “mãe” ainda equivale à categoria “mulher”. Acredito ser relevante pensar esse aspecto, também como forma de refletir os porquês de as mulheres associarem seus processos físicos diretamente à maternidade e questionar qual é essa maternidade acionada ao pensar os úteros.

### **3.2. Maternidade como base identitária feminina**

Por que continuamos tendo filhos? Por que era importante para o médico que eu tivesse um? Uma mulher precisa ter filhos porque ela precisa estar ocupada. Quando penso em todas as pessoas que querem proibir o aborto, isso parece significar apenas uma coisa: não é que eles queiram uma nova pessoa no mundo, o que eles querem é que aquela mulher tenha o trabalho de criar um filho, mais do que querem que ela faça qualquer outra coisa. Há algo de ameaçador em uma mulher que não está ocupada com os filhos. Uma mulher assim provoca certa inquietação. O que ela vai fazer então? Que tipo de problema ela vai arrumar? (Heti, 2019: 44)

Refletir sobre a maternidade na sociedade ocidental implica pensar os processos históricos de construção dos papéis sociais atribuídos a ela e perceber as consequências desse processo atualmente. É importante ressaltar que a compreensão da maternidade é aqui entendida enquanto uma instituição patriarcal que foi definida e instituída por homens e, por isso, pode ser e é opressiva para muitas mulheres. Diferente da maternagem, como propõe Andrea O’Rilley, antropóloga e professora de estudos das mulheres na Universidade de York em Toronto, que diz respeito às experiências de maternidade das mulheres que são definidas

e centradas nas mulheres e são potencialmente empoderadoras para elas.<sup>12</sup> Dessa forma, percebo a importância de legitimar e honrar as vivências, prazeres e satisfações particulares das minhas interlocutoras com suas maternidades, mas abrir o debate para refletir sobre outras formas de se pensar e experienciar a maternidade. Segundo a O’Riley, dentro do movimento feminista, a maternidade teve lugar central nas análises das condições materiais e estruturais que as impediam de ter igualdade social com os homens. Em muitos momentos, a maternidade, enquanto instituição, foi culpada pela falta de oportunidades laborais e pelo aprisionamento das mulheres na esfera doméstica. A segunda onda feminista, principalmente, pontuou um desconforto generalizado com as questões maternas por perceber nelas as causas principais das opressões contra as mulheres. A solução, em muitos momentos, foi a negação da maternidade tanto em termos práticos como em termos teóricos. O essencialismo que acreditavam estar impregnado na maternidade, materializado na ideia de mulher-mãe, lhes deixava desconfortáveis, visto que era a manifestação mais clara das diferenças entre homens e mulheres.

Orna Donath (2017), antropóloga feminista israelense, realizou pesquisa em seu país de origem com mulheres que lamentam ter dado à luz. A partir de entrevistas feitas entre 2008 e 2013, ela retrata os caminhos que levaram suas interlocutoras à maternidade, analisa seus mundos intelectuais e emocionais depois do nascimento dos filhos e conceitua seus sofrimentos e angústias resultantes do desejo de não serem mães e o fato de que são mães de seus filhos (Donath, 2017: 13).<sup>13</sup> Sua pesquisa surge a partir do entendimento de que a “maternidade pode ser para as mulheres a relação que lhes permite experimentar, como nenhuma outra, sentimentos de realização, alegria, amor, conforto, orgulho e satisfação”, mas que pode ser, ao mesmo tempo, “[...] uma arena saturada de tensões, ambivalências capaz de gerar impotência, frustração, culpa, vergonha, raiva, hostilidade e decepção” (*ibidem*, p. 10).

Donath reconhece a “tirania biológica” que enreda as mulheres na teia da natureza e as leva à maternidade, como criticado por diversas autoras e feministas nas últimas décadas. Contudo, pontua a crença existente de que toda mãe escolheu livremente a maternidade, o que as leva a terem que suportar todas as dificuldades subjacentes a essa experiência. Essa crença, formulada a partir da modernidade capitalista e das políticas neoliberais, se baseia no

---

<sup>12</sup> Esse debate é sugerido em sua fala Motherhood Hall of Fame Keynote (2014) em Nova York. Ver [https://motherhoodfoundation.files.wordpress.com/2015/05/procreate\\_andrea\\_oreilly\\_july\\_1\\_2015.pdf](https://motherhoodfoundation.files.wordpress.com/2015/05/procreate_andrea_oreilly_july_1_2015.pdf)

<sup>13</sup> Para conhecer mais sobre a autora e seu trabalho ver entrevista disponível em <https://revistacult.uol.com.br/home/orna-donath-entrevista/>

direito das mulheres serem donas de seus corpos e tomarem decisões sobre suas vidas. Como se supõe que as escolhas sejam feitas nesses termos, acredita-se que a transição para a maternidade se deve inteiramente ao desejo da mulher. As promessas sociais oferecidas às mulheres, que garantem a maternidade como a chance de experimentar uma “existência valiosa e justificada” (*ibidem*, p. 28) surgem junto com um julgamento de mulheres que não são mães.

O pressuposto da livre escolha das mulheres à maternidade precisa ser questionado à medida que ignora as desigualdades, o controle social e as relações de poder que diferentes mulheres enfrentam em suas trajetórias, pois:

As mulheres de etnias e/ou classes sociais oprimidas com frequência não dispõem de informações suficientes sobre métodos contraceptivos ou têm acesso limitado a eles, e muitas vezes são consideradas incapazes de tomar as próprias decisões. Há mulheres que engravidam, dão à luz e criam filhos resultados de estupro; interrompem gestações ou as levam adiante devido a pressões e decisões que não são sempre nem necessariamente suas; mulheres com deficiências mentais ou físicas são dissuadidas do parto e da maternidade; e mulheres pobres e/ou não brancas são com frequência privadas do direito - mesmo que “apenas” na teoria - de planejar uma família numerosa. Além disso, mulheres em todo o mundo ainda são bombardeadas com a mensagem de que seu útero deveria ser recrutado em benefício da nação (*ibidem*, p.32).

Dessa forma, para Donath, a maternidade é entendida como uma função biológica feminina de re(produção) ao mesmo tempo que como uma livre escolha individual de cada mulher. Independente da forma como é colocada, continua sendo compreendida a partir de um desejo garantido pela maternidade. Contudo, Donath demonstra como tornar-se mãe pode estar tão imbricado no arquétipo de normalidade de vida que muitas mulheres não conseguem descrever o que as motivou a essa experiência. Os testemunhos coletados pela autora permitem compreender que a maternidade está atrelada a uma ideia de “avançar no curso da vida”, entendida como uma etapa da trajetória normal de vida dentro de uma lógica cultural heteronormativa (*ibidem*, p. 37).

Sua análise dos sentimentos vivenciados por mulheres que seguiram o caminho da maternidade e se arrependeram é de extrema importância por trazer luz a experiências que são invisibilizadas e silenciadas. Muitas delas diferenciam o arrependimento da maternidade do arrependimento de ter seus filhos: deixam claro o amor que sentem pelos filhos, mas ressaltam o desgosto pela experiência da maternidade em si. É importante essa ressalva feita, pois essa diferença “dá forma à luta fundamental das mulheres para se separar da função que

lhes foi atribuída, a fim de serem consideradas sujeitos dotados de individualidade” (*ibidem*, p. 95). O não apreço pela maternidade desconstrói ou revisa a finalidade única do útero para a reprodução. Dessa forma, é necessário que possamos compreender e vivenciar a maternidade de forma libertária, para além das pressões sociais exercidas sobre as mulheres e entendê-la como mais um aspecto possível no decorrer do curso da vida:

Mais do que qualquer outra coisa, aflige o coração pensar que a mulher sem filhos e a mãe são equivalentes, mas deve ser assim - existe uma equivalência exata e uma igualdade, iguais no seu vazio e iguais na sua plenitude, iguais em experiências tidas e iguais em experiências perdidas, nenhum caminho é melhor e nenhum caminho é pior, nenhum é mais assustador ou menos repleto de medo (Saavedra, 2018: 258).

Dentre as 15 interlocutoras com as quais conversei, apenas duas não eram mães. Pude perceber como a histerectomia para elas despertou sentimentos diferentes daqueles vividos por mulheres que, em suas concepções, já tinham cumprido a função de seus úteros. Por isso, é importante a reflexão sobre como foi o processo de histerectomia para quem desejava muito ser mãe e não pode realizar essa experiência de gestar e parir por causa de problemas no útero. A visão sobre o processo se diferencia dos relatados no Capítulo 2 e, pela profundidade do relato e pelas questões importantes que levanta, no próximo tópico contarei a história da minha nona interlocutora, Isadora.

### **3.3 Quando não se é mãe biológica e se passa pela histerectomia**

Mesmo que não se tenham em vida, os filhos se têm para sempre na cabeça própria e alheia. Como marca de uma ausência ou de uma diferença ou de um erro ou de um defeito ou de uma doença ou de um cromossomo manco ou de um crime imaginário (um aborto mental) pelo qual as mulheres-sem-filhos são chamadas sempre a comparecer. (Meruane, 2018: 86).

Acredito que essa é uma das sensações sentidas por mulheres que tiraram o útero e não passaram pela experiência da maternidade biológica antes da cirurgia. O caso de Isadora é extremamente forte por trazer à tona o que as pressões sociais, aliadas ao desejo pessoal, causam em uma mulher que não pode ter filhos devido a uma série de problemas enfrentados no âmbito de sua saúde reprodutiva.

Quando encontrei Isadora eu não sabia de antemão que ela não possuía filhos. Durante os meses de entrevista, já sentia a necessidade de conversar com mais mulheres não



mães que haviam passado pela histerectomia, visto que as falas das interlocutoras já me mostravam que a decisão de retirar o útero, em suas concepções, seria diferente caso ainda não tivessem seus filhos. Dessa forma, quando a encontrei em um prédio comercial na asa norte, no horário do almoço, eu não imaginava a potência de sua fala e do quanto ela mexeria comigo.

Isadora é nutricionista, tinha 43 anos à época de nossa conversa e se mostrou muito aberta para partilhar comigo sua trajetória até a histerectomia. Quando tinha apenas 18 anos, descobriu, durante um *check up* na ginecologista, uma má formação no útero, denominada útero bicornio. À época ela já sentia muitas cólicas, mas não considerava que poderia ser algo fora do normal pois “todo mundo achava que ter cólica era normal”. A má formação pressupunha a existência de dois corpos uterinos e sua médica comentou que ela poderia ter uma dificuldade de engravidar. Na época ela disse ter ficado sensibilizada e com medo de ter um problema, mas como era nova e não pensava ainda em ter filhos ela seguiu normalmente sua vida. Contudo, as cólicas a acompanharam, tornando sua vida bem difícil.

Anos depois, já com 25, para tentar resolver a questão da cólica, ela se submeteu a uma cirurgia de abdômen aberto, tipo cesárea, para tentar resolver essa má formação. A recuperação foi complicada e mexeu bastante com ela. Porém, depois de um ano da cirurgia, seu estado clínico ficou pior do que antes e ninguém cogitava algo além da má formação. As cólicas estavam tão fortes que começaram a afetá-la no trabalho e, por isso, Isadora foi atrás de outras opiniões. A médica achou que seu quadro clínico indicava endometriose e, como estava no começo do diagnóstico dessa doença, a única forma de ter certeza era por via cirúrgica. Essa segunda cirurgia foi por videolaparoscopia. Sobre o resultado, sua médica lhe disse que “tinha endometriose, tinha mioma, tinha pólipos, tinha cisto no ovário: tinha um livro de ginecologia dentro do seu útero”.

Depois da cirurgia e da confirmação do quadro clínico de endometriose, a médica lhe prescreveu um protocolo de tratamento, que consistia em tomar um remédio que era indutor de menopausa. Dessa forma, em meados de seus vinte anos, Isadora experienciou os sintomas da menopausa e todos os efeitos colaterais resultantes do remédio. Após um tempo de injeções, ela foi para a parte mais suave do tratamento à base de pílula anticoncepcional. Sempre lhe ressaltavam que quem tem endometriose não pode menstruar normalmente, pois retomaria a endometriose.

Contudo, é importante pontuar que, em meio a tratamentos, cirurgias e recuperações, Isadora tinha uma vida pessoal. Ela foi casada e tinha vontade de ter filhos. Após o último tratamento, ela se separou, casou de novo e suspendeu a pílula para tentar engravidar. Ela

ressaltou um aspecto interessante de sua vida: nos dois casamentos, seus parceiros tinham filhos. Em ambos os casos, as mães biológicas haviam falecido e ela acabou ocupando esse lugar na criação de seus enteados. Quando conversamos, Isadora ainda era casada com seu segundo marido e a enteada, que conheceu aos seis anos, tinha 19.

Durante o segundo casamento, mesmo sem tomar pílula anticoncepcional ou qualquer outro método contraceptivo, ela não conseguiu engravidar. Seu quadro clínico voltou a piorar a partir das fortes cólicas e a endometriose retomou. Esta reduz as possibilidades da concepção e, por isso, Isadora começou um tratamento específico para engravidar com indução de ovulação e fertilizações. Nessa época, também passou por outras cirurgias para controlar a endometriose. No total, ela passou por quatro cirurgias para tentar corrigir os problemas do útero. As três primeiras fertilizações não deram certo, mas a quarta sim. Porém, infelizmente, ela perdeu os gêmeos com dez semanas de gestação, e o processo de aborto espontâneo durou mais de dez dias. Depois desse processo, que foi complicado e doloroso, ela ainda tentou fazer mais uma fertilização, sem sucesso. Sobre esse processo ela me contou:

Quando você entra em um tratamento para engravidar, ninguém vê que tem uma mulher do outro lado, um emocional, uma conta bancária, um corpo. Eles entram assim tipo "Não, o tratamento é esse! Tentativa, tentativa e erro, tentativa e erro, uma hora vai". Só que em cada tratamento desse você gasta 30 mil reais, fora o impacto emocional porque um tratamento desse você tá botando todo o seu dinheiro e tudo o que você tem nisso. Parece que sua vida, o mais importante de tudo, sua vida vira isso. Não tem outra coisa. E aí quando eu fiz a quinta vez eu fiquei muito chateada "Nenhum médico vai falar pra mim que não tem jeito mais?". Comecei a ficar muito ruim do útero, comecei a ter muito sangramento, muito sangramento a ponto de ter que usar fralda geriátrica e não conseguir ir trabalhar porque não tinha condição de eu sair de casa naquele estado, não tem absorvente que segure, copinho que segure, não tem nada. Uma dor descomunal mesmo. Um estado que você esquece quem você é de tanta dor. [...] Porque dói as costas, as pernas e é uma coisa que você não consegue falar, não consegue raciocinar. Eu só queria ter uma banheira em casa, só queria entrar dentro da banheira e fechar o olho. E que ninguém falasse comigo. E várias vezes tive que ir ao hospital também, tomar remédio na veia e tal porque era muita dor, muito difícil. Todo o processo é muito difícil. [...] E aí eu fiquei nessa enrolação, entre a última tentativa e a cirurgia [de histerectomia] deu mais de um ano. Deu um ano e alguns meses, tentando, tentando, tentando. Nisso eu fiquei muito anêmica, tinha que tomar ferro na veia direto, porque ferro oral não repunha... Era bem difícil, sabe Clarissa? Era muito difícil mesmo. E eu queria muito, tudo o que eu mais queria quando eu ia nas consultas era que o médico falasse "Para, não tem mais jeito, você não tem mais jeito. Você tem que tirar esse útero". Eu queria que alguém me falasse e ninguém me falava. Eu escutei assim "Na medicina, 0.01% é chance. Então não posso dizer que você não tem chance". Aí eu falei "Então você tá dizendo que eu tenho 0.01?" "Não, também não posso dizer". Eu ficava desesperada, eu ficava desesperada.

Foi a partir da ida a um médico em Goiânia, em que ela pediu para ele lhe falar a verdade sobre a condição do seu útero que ela decidiu fazer a cirurgia. Ela explicou para esse profissional que o único motivo para manter o útero era para engravidar e ele lhe disse que não achava que ela iria conseguir chegar bem com um bebê dentro de casa, pois a condição do seu útero, que nesse momento também desenvolveu uma adenomiose, seria muito custoso para ela. Por isso, ele recomendou a histerectomia. Em Brasília, sua a médica sugeriu a histerectomia, mas não opinou sobre: “Você pode tirar, mas pode tentar”, deixando a decisão nas mãos de Isadora. Assim foi, também, com a médica que fez seu ultrassom uterino. A todos os médicos ela pedia opinião, mas só ficava com a sensação de que tirar o útero era uma questão de escolha e não recomendação médica.

No momento em que foi explicitamente dito que o melhor era retirar o útero, começaram a surgir as angústias e dúvidas sobre a histerectomia. Como vai ser? Como vai ser a relação sexual e a libido? Como os hormônios vão funcionar? Ela passou por várias consultas para conseguir o mínimo de explicações, mas os médicos pareciam não sanar todas as dúvidas. Ela me disse que conseguiu ficar mais tranquila com as possíveis consequências da cirurgia conversando com mulheres que tinham passado pela histerectomia, durante um trabalho de autoconhecimento do qual participou. Estas outras mulheres lhe contaram suas experiências e ressaltaram que foi bom fazer a cirurgia e que estava tudo mais fácil.

Esse foi o caminho de Isadora até a cirurgia. A cirurgia foi especialmente difícil para ela, pois o fato de não poder ter filhos biológicos pesou muito. Ela me disse que queria muito ver seu útero depois da cirurgia, para poder enterrá-lo apropriadamente. Mas esta última etapa lhe foi negada. Ela pediu para pelo menos ver uma fotografia:

A sensação que eu tinha é que eu precisava de uma prova de que eu estava sendo correta de ter tomado essa decisão, porque eu tinha uma culpa muito grande, tipo "Ah, Isadora agora desistiu de ter filho, ela não tem filho porque ela não quis não porque ela não pode" sabe? Tinha esse peso. [...] Quando eu vi meu útero aberto tive muita raiva dos médicos que insistiam.

A cirurgia ocorreu bem e o começo do processo de recuperação foi tranquilo. Mas depois dos primeiros vinte dias ela passou por uma grave crise de ansiedade que a deixou de licença por mais três meses. Durante os quatro meses que ficou de recuperação ela teve que tomar anti-depressivos para lidar com o processo. E quando voltou a trabalhar ainda teve que ter um tempo de adaptação para a retirada do remédio, o qual foi bem difícil também.

Quando conversamos fazia pouco mais de um ano que ela havia passado pela cirurgia. No momento da nossa conversa ela ressaltou como o que mais tem pesado em seu processo

de retirada é o “discurso do feminino, do sagrado feminino, que sempre tem útero”. Esse movimento, que é integrado majoritariamente por mulheres brancas, de classe média e urbanas, ressalta a centralidade do útero para os ciclos femininos e o considera como uma fonte energética do corpo. Como ela é terapeuta corporal além de nutricionista, seu ciclo de amizades perpassa o convívio com muitas mulheres que se alinham a essa perspectiva. Contudo, ela fez uma forte crítica a este movimento por não incluir a vivência de mulheres sem útero.

O fato de não haver grupos de apoio para mulheres histerctomizadas ou grupos de mulheres sem útero foi complicado nesse momento de lidar com os resultados da cirurgia. Ela já se sentia separada das mulheres que têm filhos biológicos e agora se sente, também, das mulheres que têm útero. Por isso, ressaltou fortemente sua antipatia com o movimento por ser inclusivo para poucas mulheres: “Hoje eu tô muito conectada com a hipocrisia do discurso, sabe? Porque, na hora do vamos ver mesmo, a gente não tá do lado da outra mulher”.

Pude perceber, com o relato de Isadora, como a retirada do útero pode ser um processo muito delicado. Ela me contou que, fisicamente, retirar o útero foi bom, pois ficar livre das dores foi essencial. Isso lhe permitiu pegar um ritmo de vida e tirar um peso grande, mas que só sente esse alívio quando para pensar nele. Mas o processo em si ainda é difícil:

Mas eu ainda sinto... é que na verdade, não sei se vale pra pesquisa, mas no fundo no fundo, tirou o órgão, tirou essa dor que era muito física, mas o que tá por trás disso ainda permanece... Então acabou que eu arrumei outros problemas, né? Tipo, arrumei outras dores. Não tão graves e nem tão avassaladoras. Mas essa coisa de não conseguir ficar bem permanece... [...] Eu sinto que agora que eu tô voltando mesmo, fazer exercício direito, ter uma rotina de cuidado com o corpo. De resgatar mesmo sabe? Agora, um ano e meio depois. Arranjei uns 15 problemas depois da cirurgia, mas tudo rápido, tudo pontual. Aí eu falei "Pera aí. Acho que fiquei viciada em ter problema". Agora não quero mais problema. Me reconhecer no mundo sem essa dor, ainda tá rolando, ainda não tem conclusão, capítulo final ainda, sabe? E o momento que tô é esse, de questionar. Que sagrado feminino é esse que essas mulheres não entram? Então é isso mesmo, quem tira o útero não é nem mais mulher e nem mais sagrada?

A história de Isadora me parece ser de extrema importância por trazer luz a situações complexas vividas por diferentes mulheres sobre a maternidade, a percepção sobre o útero e a forma de encarar o processo de histerectomia. Por mais que a maioria das mulheres tenha enfrentado a decisão e perspectiva de viverem sem seus úteros de uma forma mais tranquila, é revelador e importante pensar os porquês de outras mulheres experienciarem dor,

sofrimento e luto pela perda do útero. Esses sentimentos parecem advir de todo o processo biomédico que ela enfrentou ao longo dos anos e, também, das sucessivas perdas durante essa trajetória: o fato de ter assumido duas enteadas órfãs e ter se relacionado com dois maridos viúvos, o aborto sofrido, o útero adoecido, a necessidade de retirá-lo (e tentativa de enterrá-lo) e, por fim, a perda da possibilidade da maternidade biológica. Isadora enfrentou sucessivamente muitas experiências de perda e morte.

O aspecto que me parece mais relevante de sua fala é seu comentário sobre a tentativa de ter opiniões dos profissionais com as quais se consultou e estes se mostrarem relutantes em indicar a cirurgia para ela. Em comparação com a vivência das demais interlocutoras, que receberam a sugestão da histerectomia de forma mais imediata, parece que os médicos não querem dar um ponto final e indicar a retirada do útero para Isadora porque ela não tinha sido mãe biológica. Essa atitude dos profissionais que a acompanharam parece justificar a raiva que sentiu ao ver seu útero adoecido, pois nesse momento ela percebeu como de fato era grave o seu quadro clínico e que ninguém se dispôs a informá-la de forma honesta que não haveria possibilidades reais para gestar.

Acredito que esse tratamento desigual é cruel e determinou em sua vivência mais sofrimento do que ela precisava enfrentar. Se tivesse tido o apoio de médicos e médicas que compreendessem a complexidade do seu processo, ela poderia ter tomado essa decisão sem culpa e sem sentir que precisava provar que a escolha que tomou era a melhor, que ela não teve filhos não por falta de vontade, mas porque não pôde. Quando explicita que essa tomada de decisão parece uma escolha e não uma recomendação médica, podemos perceber o quanto as mulheres que enfrentam problemas no útero e não conseguem engravidar são tratadas de forma distinta das demais, além de terem que lidar com os sentimentos e sensações íntimas que provêm desse experiência, lidam ainda com pressões sociais sobre seus corpos e suas não maternidades.

É revelador pensar sobre sua experiência com a dor, pois ela nos conta os processos físicos difíceis que enfrentou com cólicas e sangramentos ao longo dos anos. Somada à essa dor, há a dor de aceitar e lidar com o fato de que não poder gestar e parir como gostaria de fazer. Lidar com a dor é necessário, e foi este um dos motivos que a fez optar pela histerectomia, mas isso não significa que a dor foi embora. Se transformou em uma dor emocional que reflete a reflexão de Lina Meruane: os filhos se têm para sempre na cabeça própria e alheia.

A partir do relato de Isadora, pude refletir mais profundamente sobre a experiência de passar pela histerectomia. Seu caso é específico por conter muitos elementos que

compõem as discussões em torno de saúde, parentesco, maternidades, novas tecnologias reprodutivas e luto. Acredito que cada um desses tópicos merecem uma reflexão mais elaborada, que não darei conta de fazer nesse momento. Porém, ressaltar estes aspectos como componentes das nossas subjetividades em torno da reprodução e da maternidade, além da própria experiência de ter um útero, é de suma importância para trazer luz sobre os casos de mulheres histerectomizadas que significam e pensam sobre seus processos corporais de forma distinta da maioria das interlocutoras. Casos como o de Isadora nos impelem a desnaturalizar as complexas teias de significado que são construídas sobre nossas concepções de ser mulher, de gestar e parir, e aqui especificamente, passar pelo processo de retirada do útero.

### **3.4 O útero sob a perspectiva do Sagrado Feminino**

Dentro da discussão que proponho sobre a histerectomia e uma visão funcionalista e utilitária do útero, acredito ser importante ressaltar as visões que vão de encontro a essa perspectiva e percebem o útero atrelado ao “divino” e a processos metafísicos das mulheres. Como comentado por Isadora, um dos movimentos que busca essa associação é o Sagrado Feminino, movimento de mulheres que tem ganhado cada vez mais adeptas nos últimos anos. Além dele, outras religiões e movimentos espiritualistas significam o útero e a maternagem de formas distintas do que apenas a função biológica de reprodução, como é o caso do Candomblé. Como esse foi um tópico que surgiu em algumas entrevistas, acredito ser importante trazê-lo para discussão em torno do que significa ter um útero.

O Sagrado Feminino traz a perspectiva de que os ciclos corporais das mulheres estão diretamente relacionados os ciclos macros da Terra, como as fases da Lua e das estações. Entendendo essa ciclicidade como uma fonte de poder e criação, busca mudar a visão negativa desses processos, entendendo-os como potencialmente empoderadores e fonte de autoconhecimento para as mulheres. Esses ciclos são entendidos a partir de energias de expansão e contração, que revelam ciclos de vida-morte-vida da natureza.

Nessa perspectiva, o ciclo menstrual feminino faria parte de mais um dos vários ciclos naturais que passam por esse movimento de nascer e morrer. Observar o ciclo menstrual a partir dos arquétipos de cada fase (pré-ovulatória, ovulatória, pré-menstrual e menstrual) em conjunto com as fases da Lua, possibilitaria entender melhor o corpo, suas sensações e emoções e, conseqüentemente, tornar-se mais inteira e viver de uma forma que respeite e integre as necessidades de cada fase do ciclo.

A visão do Sagrado Feminino vai ao encontro do que é entendido como "espiritualidade feminina", que busca tirar a centralidade dada pelas religiões aos símbolos patriarcais e permitir um reconhecimento das mulheres com as diversas figuras divinas. Muitas escritoras trazem a perspectiva de uma Antiga Religião, existente em culturas matrifocais (Faur, 2011: 42). Mas é possível reconhecer traços e influências de outras vertentes tais quais o neopaganismo, a tradição celta e nórdica, além de práticas da Wicca. Dessa forma, pode-se compreender o Sagrado Feminino como

Um retorno do ser humano para a Deusa, o princípio criador feminino; é o crescente reconhecimento da Terra e da mulher como partes Dela, imbuídas de sua sacralidade. [...] O significado básico da Tradição da Deusa é o reconhecimento da energia divina feminina como uma força benevolente, criadora e criativa, de fortalecimento e sustentação das mulheres, as quais podem utilizá-la para proteger, mudar e melhorar suas vidas, sem precisar do amparo de figuras salvadoras masculinas (*ibidem*, pp. 24-25).

Muitos grupos de mulheres se reúnem em ocasiões de solstícios e equinócios, além dos marcos da Lua Nova que marcam o começo de uma nova luação, como forma de ritualizar e entrar em contato com esses arquétipos através da ciclicidade de dentro e de fora. Mulheres adeptas ao movimento do Sagrado Feminino discutem novas possibilidades de vivenciar o ciclo menstrual a partir de métodos contraceptivos menos hormonais e que permitam a compreensão do ciclo de forma "natural", além de valorizarem o sangue menstrual como nutritivo e poderoso, e muitas vezes o retornarem à Terra, abençoando o novo ciclo que se inicia e, também, buscam uma autogestão de seus corpos a partir de ervas e autoexames.

A importância dos ciclos femininos, os mesmos que possibilitam a geração de uma nova vida, centra-se no útero por ser o órgão que materializa essa capacidade e que gera o ciclo menstrual. Por mais que não seja visto e entendido apenas pela capacidade de gerar vida fisicamente, mas também por ser um centro energético capaz de gestar o que cada mulher desejar criar (sonhos, arte, escrituras, etc), muitas vezes, na proliferação dessa perspectiva, é comum perceber um essencialismo das funções corporais femininas, por atribuir à categoria "natural" aos eventos físicos femininos. E essencializando, muitas vezes, é determinada uma relação estanque do que é e significa ter o útero:

É fundamental que nos conectamos com nossos úteros como espaço sagrado, visualizando-o como uma fonte de poder central em nossas vidas; senti-lo, acariciá-lo e amá-lo; começar por honrá-lo, representando-o em nossas vidas como elemento

de fertilidade da terra, para encontrar um equilíbrio em seu cuidado e não esquecer que todo ser humano atravessou o corpo de uma mulher, um útero para vir ao mundo (Pérez San Martín, 2015: 119).

As mulheres que integram a visão do Sagrado Feminino muitas vezes buscam deixar claro que não se trata de uma questão de gênero e nem da biologia determinista dos corpos, ressaltando que a perspectiva é o resgate de uma energia feminina (em âmbitos sociais, inclusive) que foi renegada através de inúmeros processos históricos e que integrá-la em suas vidas e trabalhar com ela não é ato exclusivo de mulheres com útero, mas de todas as pessoas que buscam se conhecer melhor através da ciclicidade que permeia todos os corpos e a natureza. Dessa forma, homens, mulheres trans e mulheres sem útero poderiam integrar, da mesma maneira, os rituais, bênçãos e celebrações dessa tradição.

Acredito que a fala de Isadora e seu ressentimento com os discursos que perpassam essa visão se justificam pela centralidade dada a um corpo de mulher com um funcionamento normal (natural?) e, na maioria de vezes, na fase reprodutiva e fértil da vida das mulheres. A percepção do útero como essa fonte energética e sua exaltação pelas potencialidades de gerar vida pode ser cruel com mulheres que desejam gestar e por diferentes motivos não podem e também com mulheres que não tem o órgão. Acredito que é importante questionar, também, o fato de coexistirem diversas formas de concepção e maternidades que surgiram a partir das tecnologias reprodutivas e que elas complexificam o entendimento do útero e dos processos reprodutivos.

A percepção do ciclo menstrual e todos os resultados que podem vir dele (tanto o sangue como uma possível concepção), como central para a auto-percepção, muitas vezes afasta as mulheres que não se sentem capazes de ter um estudo sobre os seus corpos porque não têm útero e o sinalizador das fases do ciclo menstrual - o sangue - e questionam a sacralidade atribuída ao útero, pois não se sentem menos sagradas e nem menos mulheres por não terem esse órgão. Esse foi o caso da maioria das mulheres dessa pesquisa. Algumas entrevistadas falaram sobre como chegaram a questionar a retirada com medo do impacto energético que teria em suas vidas, mas que depois da cirurgia perceberam que não houve diferença alguma.

Uma interlocutora em particular trouxe uma percepção sobre seus processos corporais, desde o parto, passando pela histerectomia até a menopausa, que se aproxima dessa visão do Sagrado Feminino. Paula é geóloga, tem 55 anos e quatro filhos. Fez carreira na área da Geologia, passando por empresas privadas, pelo governo e pela universidade, ressaltando ao longo da nossa conversa a importância e centralidade de seu trabalho em sua



vida. Ela buscou uma carreira que a possibilitasse uma autonomia financeira e o exercício do “papel de mulher” na sociedade de maneira plena.

Aos 29, anos ela descobriu uma endometriose, mas que diagnosticaram como mioma benigno. Acredito que isso tenha a ver com o que Isadora comentou sobre os diagnósticos sobre endometriose terem ocorrido recentemente, no começo dos anos 2000. Ela me disse que sempre teve muita cólica e um sangramento intenso durante a menstruação, o que para ela era normal pois acreditava que o processo era assim mesmo. Quando descobriu que tinha endometriose isso não afetou muito na intensidade dessas dores e sangramentos, pois pensava que era seu corpo envelhecendo. Depois de anos acompanhando a endometriose e as possíveis consequências, os sangramentos aumentaram e geraram um quadro anêmico. Dessa forma, a histerectomia foi recomendada como alternativa necessária para seu quadro clínico no momento. Sobre a retirada do útero,

Paula: Pela histerectomia em si eu nem achei tão complicado, primeiro porque eu deixei de ficar anêmica, eu deixei de ter aquela menstruação tão forte, que me atrapalhava. E... era a quantidade de sangue mesmo que me atrapalhava. [...] Eu sentia assim, eu não sentia um vazio de útero porque eu tenho quatro filhos né, então eu falo assim "Sou muito grata ao meu útero, fui muito fértil, pude ter quatro filhos". Então, nesse aspecto eu não senti nenhum vazio não, nunca senti.

Clarissa: E o seu útero, antes da cirurgia, representava o que para você?

Paula: Ah, ele me representava isso, esse poder de ser mãe. Era um poder mesmo da maternidade né. Pra mim era o lugar onde meus filhos cresciam, onde eu nutria meus filhos, era o meu feminino muito sagrado assim.

Sobre essa percepção sagrada do seu útero, ainda adicionou, em momento posterior na entrevista, as impressões sobre os grupos de Sagrado Feminino que já frequentou e como essa experiência reverberou com o seu processo de histerectomia:

Paula: Eu já fui em uns grupos de Sagrado Feminino, a minha filha mais velha que me levou no primeiro... Já participei de grupos do Sagrado Feminino com minha filha mais nova, e a primeira vez que fui numa bênção do útero foi muito restaurador, foi muito bom. E eu vi meu útero muito dourado, muito limpo. É, não tinha nada escuro nele, nada difícil, era um útero muito generoso, muito aberto, muito cheio de luz... Então, eu sentia que... (começa a chorar) só gratidão né? (silêncio)

Clarissa: E esses grupos de Sagrado Feminino foram bons? Você continua indo?

Paula: É, de vez em quando eu vou. Às vezes eu acho um pouco... assim, é... tem várias mulheres que tão em várias fases da vida, eu acho que sempre posso ajudar, contribuir. Mas às vezes eu sinto que sou pouco ajudada né? Que as pessoas tão muito... tem dias que eu tô mais disposta de doar, aí eu vou, mas... não sei, as pessoas... cada um tá numa fase de descoberta né?

Sua fala demonstra como o seu útero está ligado ao “poder da maternidade” que se materializou nos quatro filhos que gerou e criou. Dessa forma, por mais que traga uma visão sagrada para esse órgão, ele ainda aparece ligado à capacidade reprodutiva feminina. Porém, é interessante pensar como movimentos como o da Bênção do Útero<sup>14</sup> podem ser restauradores e importantes no enfrentamento de processos de saúde e doença pois, como Paula revelou, foi importante para ela ver seu útero para além das imagens negativas da endometriose e das dificuldades que enfrentou durante sua vida reprodutiva a partir dessa problemática. Ela também traz a crítica de que muitas vezes não se sente ajudada nos grupos de Sagrado Feminino pois as mulheres estão em diferentes fases de descoberta, o que acredito ir ao encontro do que Isadora revelou ser a composição desses grupos por mulheres jovens que estão em um momento de lidar com processos específicos de menstruação, métodos contraceptivos e gestação, assuntos como menopausa e mesmo as problemáticas que afetam o útero não são pautas nesses grupos, na maior parte das vezes.

Pode-se concluir que as visões que perpassam uma simbologia mais metafísica sobre o útero em muitos momentos coincidem com a visão funcionalista sobre esse órgão. Por mais que busque trazer elementos que extrapolem os contidos na frase “útero só serve para ter filho ou dar problema”, a centralidade do processo reprodutivo é destacada ao pensarmos na associação direta entre útero e maternidade e sacralidade do materno. Por mais que essa não seja uma visão estanque e única dentro do Sagrado Feminino, é importante que as integrantes do movimento tomem cuidado com a linguagem para torná-la sempre mais inclusiva e evitar cair em essencialismos dos processos físicos femininos. A partir das falas de Paula e Isadora, é possível compreender em que momentos um movimento que prega união entre mulheres deixa a vivência de várias pessoas fora de destaque e, dessa forma, cria distâncias e não diálogos e construções positivas sobre as diferentes experiências das mulheres.

Para além de fazer uma crítica ao movimento em si, é importante entendê-lo como apenas mais uma alternativa dentre várias de pensar e significar o “ser mulher”, e sua pauta não é trazer verdades absolutas sobre essa vivência, mas permitir com que as pessoas explorem outras formas de conceber esses processos físicos e sua relação com eles. Acredito que o debate em torno do tema é extenso e se direciona por diversas áreas do conhecimento, além de ter uma conotação bastante pessoal por tangenciar processos míticos e espirituais.

---

<sup>14</sup> “Esta sincronização da Bênção do Útero é uma simples oferenda - uma oferenda a todas as mulheres de qualquer idade e experiência que queiram recebê-la – de energia para trazer cura à nossa feminilidade, ao nosso útero e ao seu ciclo, à nossa criatividade e fertilidade, à nossa sexualidade e espiritualidade.” Descrição retirada do site <http://www.wombblessing.com/portuguese-invitation.html>

Busquei aqui apresentar essa perspectiva, a qual a cada dia ganha novas adeptas que buscam uma nova forma de se relacionar com seu corpo, assim como tentei compreender como esses discursos reverberam nas mulheres que passaram pela histerectomia.

### 3.5 E quando para a “produção”?

Refletir sobre a histerectomia nos leva a pensar sobre como é viver sem o útero e, conseqüentemente, sem os ciclos menstruais e sem a menstruação. Essa ausência já é esperada em algum momento da vida reprodutiva da mulher, quando chega o processo do climatério e o útero já não pode gerar uma vida. Contudo, a histerectomia adianta para algumas mulheres as preocupações e sintomas que a menopausa criaria. Durante as entrevistas, busquei compreender como as mulheres percebiam e estavam vivenciando a menopausa e surgiram muitas questões interessantes sobre o tema.

Há uma diferença entre o climatério e a menopausa, a qual eu não tinha muito conhecimento antes de dialogar com minhas interlocutoras. O climatério se caracteriza como um período de transição: do período fértil da vida da mulher para o período não reprodutivo, "devido à diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários variando o quadro de sinais e sintomas em cada mulher, até que esta chegue à menopausa, a parada completa" (Souza e Araújo, 2015: 152). Dessa forma, a menopausa é um evento dentro do climatério, que se caracteriza pelo cessamento da menstruação e da ovulação. Cada mulher vivencia essa transição de forma pessoal e os possíveis sintomas que podem surgir (como ondas de calor, suor, dificuldade para dormir, dentre outros) são variáveis e dependem, segundo o Ministério da Saúde, de três fatores: o ambiente sociocultural, a situação familiar, conjugal e profissional de cada mulher e a diminuição de estrógeno endógeno (Brasil, 2008: 18).

Mesmo não sendo entendida enquanto uma doença ou disfunção corporal, a medicalização da menopausa ocorre através de terapias de reposição hormonal, além da própria histerectomia em alguns casos. Essa medicalização pode ser benéfica e auxiliar muitas mulheres que enfrentam dificuldades em lidar com os sintomas da menopausa, como foi o caso de Nicole. Em nosso diálogo, ela me contou que decidiu fazer a reposição hormonal quando o seu processo de menopausa começou. Ela sentia muito os calores e isso a incomodava muito:

O único problema que tá sendo pra mim é com relação a isso, porque é muito incômoda essa história do calor sabe? As minhas amigas riem quando eu falo, porque

algumas também tão na mesma fase [de menopausa], outras não. Então assim, é muito esquisito, é triste, é vergonhoso. Tô aqui conversando com você e começa um calorão, você começa a pingar, suar, suar, suar. E você olhando pra pessoa, de uma hora pra outra você tá desmanchando (risos). Então às vezes no trabalho acontecia isso e eu ficava agoniada.

O seu caso representa a sensação de outras interlocutoras também. Os calores advindos da menopausa e o estranhamento que eles geram podem afetar a qualidade de vida das mulheres, que buscam formas de lidar com os sintomas a partir do que acreditam ser o melhor para elas. Algumas delas não sabiam se já tinham entrado na menopausa ou não justamente porque, como não possuíam mais o útero e a menstruação, não tinham o marcador que poderia sinalizar o processo de menopausa. Algumas diziam sentir alguns sintomas, mas não terem ido atrás de médicos para procurar saber e outras preferiram pensar que esse processo nem existia. Pude perceber que a forma como a menopausa chega e é vivenciada é muito específica para cada uma delas e, por isso, os mecanismos de pensar, significar e lidar com ela são bem pessoais e perpassam as necessidades de cada uma.

O processo de envelhecimento foi intenso para Nicole, pois além dos calores, ela percebeu diferenças físicas em seu corpo. Lidar com essas mudanças pode afetar a auto-estima e a reposição hormonal, aqui, aparece como uma forma de autocuidado:

Pra mim não teve coisa melhor [a histerectomia] porque era muito incômodo! Muito incômodo mesmo nas hemorragias que eu tinha. E eu nunca mais tive nada! Não tenho corrimento, tenho mais nada, nada, nada, nada. Só que eu faço reposição hormonal, porque eu tenho os ovários. Ficou os dois ovários, então eles continuam produzindo hormônio, mas tá diminuindo, cada vez mais. Aí eu tô já fazendo reposição hormonal. [...] Eu tenho sentido um pouco de incômodo com aqueles calores aqueles negócios... Mas com a reposição tem melhorado muito. E fora esses calores e a gente começa a sentir diferença na pele... então... mas é uma coisa que a vida né? Não tem como fugir. [...] É, a gente tava até... tava até conversando com uma amiga sobre isso. Que a gente, a mulher tem já ir se preparando porque quando a gente tá novinha assim a gente não pensa nessas coisas né? E se preparando porque tudo vai mudando. [...] E daí, o tempo foi passando, agora tô com 55 anos e, assim, cada vez mais tô vendo que tenho que me cuidar mesmo, não tem jeito. A gente fica tentando procurar um jeito de repor o que vai perdendo, mas a pele vai mudando, o cabelo vai mudando.

Várias interlocutoras ressaltaram, quando iam me contar sobre seus processos de histerectomia, que o útero foi retirado, mas os ovários não e, por isso, o funcionamento hormonal dos seus corpos não foi alterado. Muitas atribuíram um valor positivo para isso, percebendo que os hormônios regulam o corpo feminino e permitem a normalidade de seus processos físicos, mesmo sem o útero. É interessante refletir sobre a distinção do útero e do

ovário e entender o porquê o primeiro é considerado inútil e descartável e o segundo é entendido a partir da lógica da regulação e normalidade das atividades femininas.

Fabíola Rohden (2008) pensa esse processo a partir da categoria “corpo hormonal”, sobre a qual as mulheres têm sido o principal foco de análise. Essa associação advém de uma percepção de que “a vida das mulheres é indiscutivelmente governada pelas transformações hormonais inerentes aos seus estados cíclicos e instáveis” (Rohden, 2008: 134). A construção histórica da percepção da fisiologia feminina baseada nos hormônios ocorreu no início do século XX a partir da compreensão do ciclo menstrual e da descoberta dos hormônios sexuais. Esse conhecimento levou a uma mudança no entendimento do corpo feminino o qual era pautado de forma negativa a partir dos ovários, estes sendo entendidos como causadores de desordens e perturbações. A nova lógica privilegiava as secreções ovarianas e os próprios ovários como importantes para a saúde feminina e para a feminilidade e pregavam a reposição dessas substâncias como forma de garantir o bem-estar físico e mental das mulheres. Rohden diz que

Se as mulheres, até a passagem para o século XX, eram governadas pelos ovários, os órgãos da feminilidade, agora elas o são pelos hormônios, as substâncias que determinariam seu sexo e seu gênero. [...] Nesse novo modelo, as perturbações que antes foram tratadas pela remoção dos ovários só poderiam ser solucionadas considerando o equilíbrio dos hormônios. É a partir daí que se pode compreender a transformação de um padrão, baseado no excesso, para outro, centrado na falta de feminilidade, e a decorrente necessidade de reposição das substâncias típicas das mulheres (*ibidem*, p. 147).

Essa lógica da insuficiência persiste em nossa forma de conceber as diferenças entre os sexos e a necessidade de atuação sobre os corpos femininos quando estes deixam de funcionar “normalmente”. Emily Martin (2006) argumenta que a visão da menopausa como um estado patológico que deve ser tratado perpetua uma lógica que privilegia os corpos femininos em seus estados férteis e está associada não só aos “estereótipos negativos associados ao envelhecimento da mulher em nossa sociedade, mas também à consequência lógica de se ver o corpo, antes de tudo, como um sistema de processamento de informação hierárquico” (Martin, 2006: 87). Dessa forma, privilegia-se os hormônios em detrimento dos eventos fisiológicos que marcam e materializam a ausência da concepção, a menstruação e a incapacidade de reprodução, a menopausa.

Se, como vimos, os papéis atribuídos às mulheres baseiam-se na sua capacidade reprodutiva e nas suas maternidades, a menopausa, junto com os seus sintomas, pode

significar a perda da identidade de mulher. Parar de menstruar não parece ser algo negativo para a maioria das minhas interlocutoras, estas inclusive sentem-se aliviadas em não terem mais essa preocupação em suas vidas. Mas a diminuição da produção dos hormônios parece marcar de forma mais intensa o processo de envelhecimento do corpo. Parece que, mais do que o útero, são os hormônios que marcam a identidade feminina, característica presente na fase da vida produtiva das mulheres.

Pode-se perceber como a significação do útero está imbricada em relações complexas que perpassam a sua capacidade de gerar vida. A função do útero foi construída historicamente como forma de estabelecer uma organização social conveniente aos arranjos capitalistas, que precisam das mulheres ocupadas com a (re)produção de pessoas. Essa redução à maternidade aproximou as categorias “mãe” e “mulher” ao ponto de, muitas vezes, serem entendidas como sinônimos. A criação da instituição maternidade por esse viés pode torná-la difícil e complexa pela romantização e homogeneização dessa experiência. A percepção das mulheres enquanto reprodutoras torna-se complexa, também, à medida em que elas vivenciam o final da vida reprodutiva, momento em que os ciclos cessam, e à menopausa e ao processo de envelhecimento são atribuídos a ideia de inutilidade.

Para essas mulheres que são mães, a necessidade de passar pela histerectomia parece não ser um evento traumático e complicado pois elas já cumpriram a função de seus úteros: elas possuem os seus filhos. Muitas disseram que se não fossem mães à época da cirurgia, provavelmente teriam repensado a decisão e vivenciado o processo de maneira distinta. Pelo fato de já serem mães, parece que são os ovários e seus hormônios que devem se manter funcionando dentro do corpo, pois estes regulam a atividade feminina. Contudo, a experiência de histerectomia de mulheres que não puderam vivenciar a maternidade biológica pode ser muito difícil e dolorosa por não ter a chance de vivenciar os processos corporais da forma como gostariam.

Se a capacidade de gerar vida foi utilizada contra as mulheres por muito tempo como forma de domá-las e lhes atribuir papéis sociais específicos, que podem limitar suas vivências enquanto indivíduos plenos, hoje podemos perceber como as vivências em torno do útero são múltiplas e que muitas mulheres quebram essas expectativas sociais sobre os seus corpos. A maternidade, para muitas mulheres, não é o objetivo de suas vidas e isso não as torna menos mulheres do que as mulheres que são mães. Os dados indicam que a desconstrução do destino biológico de ser mulher não passa pela inexistência do útero, mas pela existência da maternidade. É preciso desconstruir a maternidade coercitiva para que tanto as pessoas que querem ser mães e são felizes com essa vivência, como aquelas que não desejam experienciar

essa relação, sejam livres na gestão de seus corpos e trajetórias. O debate sobre a integralidade no atendimento à saúde das mulheres precisa perpassar o fato de que nem todas as mulheres são iguais e que, por isso, os atendimentos precisam ser diversificados para atender a todas. É de suma importância, também, que retiremos a centralidade da identidade feminina e da categoria “mulher” dos corpos e valorizemos mais suas subjetividades, individualidades e liberdade de escolha de cada pessoa sobre como gerir e viver suas decisões no âmbito reprodutivo.

## CONCLUSÕES

Ter tido a oportunidade de conversar com minhas 15 interlocutoras sobre seus processos de histerectomia foi fundamental para eu expandir minhas pré-noções sobre o útero e os processos ligados a ele. De fato, uma das primeiras constatações sobre a histerectomia é que o útero não está só, junto a ele os ovários, as tubas e o colo representam e possuem significados específicos para as mulheres. Quando pensamos sobre o sistema reprodutor feminino, a imagem que vem à mente é de um sistema único no qual os ovários e o útero são ligados fisicamente. Contudo, pude perceber que mesmo exercendo influências uns sobre os outros, a cada órgão são atribuídos significados de maneiras distintas.

O útero, como pude perceber, se vincula de várias formas à maternidade. Talvez por ser o órgão que recebe o embrião caso ocorra uma concepção, e ser ele, também, o órgão referencial quando pensamos sobre os processos de gravidez, muitas imagens sobre maternidade surgiram nas conversas com diferentes mulheres. A maioria delas vincula seus úteros à capacidade de gerar e isso é determinante para a decisão de passar ou não pela histerectomia. Elas ressaltaram o fato de serem mães como importante para a decisão de retirar o útero, pois a função dele já havia sido cumprida. Pontuaram, também, que se não fossem mães à época da cirurgia talvez tivessem lidado com o processo de maneira distinta. Essas falas me permitiram perceber a visão funcionalista do útero que perpassa tanto os discursos das mulheres, quanto os dos profissionais de saúde. E, principalmente, que a categoria “mulher” está mais atrelada à maternidade do que ao útero em si.

Ademais, além de capacidade de gerar como central em seus processos de histerectomia, pude perceber como gerir a própria saúde é importante no processo de diagnóstico, prognóstico e pós-cirúrgico. As mulheres tiveram que perceber uma alteração em seus fluxos menstruais, estabelecer um limite para suas dores e desconfortos e entender até que medida gostariam de tentar um tratamento ou outro. A gestão de seus corpos não é de todo tomada pela biomedicina, por mais que esta atue e tenha papel central nas trajetórias até a histerectomia. A decisão de retirar o útero não foi imposta, as mulheres tiveram agência durante os seus processos de saúde e doença, não foram meramente passivas, o que demonstra que a relação com a biomedicina não é linear e nem homogênea e, como pude constatar, depende do contexto e dos valores de cada mulher.

Pensar sobre a histerectomia à luz dos relatos das entrevistadas possibilitou, também, tensionar as imagens do feminino, de gênero e corpo e de sexualidade. A partir da associação direta do útero com a sua capacidade de gerar, foi possível questionar o porquê dessa



associação visto que nem todas as mulheres têm útero e nem todas querem engravidar. Pude perceber, então, que os fenômenos sexuais e reprodutivos femininos estão envoltos em processos históricos de disputas de poder que buscaram demarcar, controlar e homogeneizar os corpos das mulheres, tendo como principal argumento a equivalência das categorias “mulher” e “mãe”. Políticas e discursos nesse sentido continuam sendo proferidos e limitam a vivência dos processos corporais de muitas mulheres. Enquanto concluo essa monografia, tramita no Senado Federal a “PEC da Vida” que busca garantir a inviolabilidade da vida desde a concepção. Na prática, o que percebemos é um ataque aos direitos sexuais e reprodutivos e a criminalização de diversas mulheres que desejam tomar as suas próprias decisões sobre seus corpos e suas trajetórias. Como argumenta Manica (2018) é necessário:

Exorcizar o fantasma, num totalitarismo fascista sempre iminente, da redução da nossa existência a essa condição de “reprodutoras” [...] Mas sem desvalorizar o desejo e as potências da procriação e das diversas, múltiplas e prazerosas formas de maternagem. Desvincular, enfim, a relação determinante entre corpo e gênero, e abrir formas possíveis de vida para múltiplas expressões dos afetos e das corporalidades (Manica, 2018: 36).

A histerectomia, além de revelar questões identitárias, demonstrou como o útero e seus processos delimitam temporalmente a vida das mulheres. Esses processos demarcam a vida das mulheres de várias formas e suas trajetórias são pensadas, muitas vezes, a partir da menarca, da menstruação, da gravidez, dos partos e da menopausa. O útero, assim, é um marcador dos diferentes processos e fases de vida.

Durante a conversa com uma entrevistada, pude perceber como a histerectomia, por suscitar todas essas questões elencadas, deve ser tratada com sutileza e sensibilidade. Luiza comentou comigo que durante uma meditação que frequentou a condutora da prática falou para as mulheres colocarem a mão sobre o útero. Ela me contou que são nesses momentos que se lembra da ausência do órgão e como a falta de cuidado com a fala pode ser ruim para as mulheres que passaram pela histerectomia. Ela me sugeriu que a condutora poderia ter utilizado a palavra “ventre” ao invés de útero, visto que ventre todas temos.

O cuidado em se referir ao órgão, à sua função e à necessidade de mantê-lo ou não me parece de suma importância dentro do contexto de diagnóstico até o pós-cirúrgico pois, como demonstrado, cada mulher vivencia esses processos de forma pessoal. A sensibilidade com a fala, além de ser fundamental como forma de respeito à individualidade de cada pessoa, permite a expansão de categorias que provocam exclusões entre mulheres. É fundamental desestabilizar o que é tido como “natural”, como os processos que envolvem a

reprodução feminina, para que possamos compreender e legitimar as múltiplas formas de habitar um corpo com ou sem útero e as implicações que isso possa vir a ter para cada mulher, garantindo a liberdade de cada pessoa perceber e significar essas potencialidades de forma livre e espontânea. Inspirada por Manica (2018), acredito que escrever e refletir sobre a histerectomia se alinha com a proposta de “positivar as antropologias dos úteros”, que:

É algo que fica entre um re-encantamento do corpo, objetificado pela tecnociência, um resgate do seu valor generativo, da potência criativa que é/pode ser o “útero”; e a insistência na atribuição de mais valor às experiências, múltiplas e complexas, da maternagem e do cultivo da vida, que incluem o doméstico e a nutrição. Mas que seja um movimento que não aprisione esses corpos na obrigatoriedade compulsória da gestação e da maternidade, que não atualize versões normativas de um essencialismo biológico sufocante, e que, portanto, reconheça “mulheres” e demais minorias em sua plena “humanidade” - o que envolve o direito de decidir se, quando e como gerar, parir e amamentar. Envolve o direito básico de existir (*ibidem*, p. 36).

## REFERÊNCIAS

### Documentos e bases consultadas

Autos de Janaína Aparecida. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/1INTfDLL9zGVgsTHu2QoMcRd6laXdGNIU/view>>. Acesso em 23/05/2019.

Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em 23/05/2019

Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf). Acesso em 23/05/2019.

Política Nacional de atenção à saúde da mulher. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em 23/05/2019.

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de Leiomiomas de Útero. Disponível em <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio\\_PCDT\\_leiomoma\\_de\\_uterio\\_CP\\_35\\_2017\\_1.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_leiomoma_de_uterio_CP_35_2017_1.pdf)> Acesso em 23/05/2019.

**She is Beautiful when she is angry.** Direção de Mary Dore. 2014. Documentário.

### Bibliografia

ARAUJO, Thália V. Barreto de; AQUINO, Estela M. L.. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 2, p. S407-S417, 2003.

BELAUNDE, Luisa Elvira. A força do pensamento, o fedor do sangue. Hematologia e gênero na Amazônia. In: **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 2006, V. 49, p

BIDASECA, Karina. “No hay otro del otro”: La construcción de la alteridade y la representación del Otro. Entre el Eurocentrismo y los Estudios Poscoloniales. In: **Pertubando el texto colonial**. Los estudios (pos)coloniales em America Latina (Buenos Aires: SB), 2010.

BOCLIN, Karine de Lima Sírío; FAERSTEIN, Eduardo. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde . **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 301-313, June 2013 .

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CAUX, Camila. A lua e o outro lado da Terra: Menstruação, concepção e gestação entre as Araweté. In: **MANA** 24(2): 9-36, 2018.

CARNEIRO, Rosamaria G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARSTEN, Janet. Introduction: blood will out. In: **Journal of the Royal Anthropological Institute** (N.S.), 2013.

Chazan, Lilian K. “**Meio quilo de gente**”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Coleção Antropologia e Saúde, 2007.

CONNEL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. **Gênero: uma perspectiva global**. São Paulo: nVersos, 2015.

CONRAD, Peter. **Medicalization: Context, Characteristics, and Change**. In: \_\_\_\_\_ *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore. 2007. p.3-19. Disponível em: <<http://www.easewellbeing.co.uk/downloads/Peter-Conrad-The-Medicalization-of-Society.pdf>>

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. In: **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1/2): 147-177, 1996.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça de gênero. In: **VV. AA. Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004.

DAVIS, Angela. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 205-223.

DONATH, Orna. **Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

DOS SANTOS, Lúcia Robertta Matos Silva; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. In: **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 3, p. 349-356, Dec. 2011.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Bruxas, Parteiras e Enfermeiras: uma história das curandeiras**. Disponível em <[https://we.riseup.net/saude\\_autonomia/bruxas-parteias-e-enfermeiras](https://we.riseup.net/saude_autonomia/bruxas-parteias-e-enfermeiras)>. Acesso em 3 mar. 2018

FAUR, Mirella. **Círculos sagrados para mulheres contemporâneas**. São Paulo: Pensamento, 2011.

FEDERECI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante. 2017.

FELITTI, Karina. El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. In: **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 22, pp.175-206, 2016.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, Buchudas e Aperreios**. Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Editora Paka-Tatu, 2010.

HARAWAY, Donna. “Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”. In: TADEU, Tomaz (org.), **Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. pp. 33-118

HETI, Sheila. **Maternidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

hooks, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

KAFAI, Shayda. Re-coding Blood: Menstruation as Activism. **The STEAM Journal**: Vol. 2: Iss. 2, Article 17, 2016.

KAUR, Rupi. **The sun and her flowers**. EUA: Andrews Mcmeel, 2017.

MALUF, Sonia. Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação. In: **Campos 14** (1-2): 131-158, 2013.

MANICA, Daniela; RIOS, Clarice. (In)visible Blood: menstrual performances and body art. IN: **Vibrant** v.14 n.1 p.124-148.

MANICA, Daniela. Estranhas entranhas: De antropologias, e úteros. In: **Amazôn., Rev. Antropol.** (Online) 10 (1): 20 - 41, 2018.

\_\_\_\_\_. **Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória**. Tese de Doutorado, Campinas: Unicamp.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo: Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

MCCALLUM, Cecília. Aquisição de gênero. Habilidades produtivas: o caso Kaxinawá. **Revista Estudos Feministas**, v. 7, n. 1-2, p. 157-175, 1999.

MERUANE, Lina. **Contra os filhos: uma diatribe**. São Paulo: Todavia, 2018.

MIES, Maria; SHIVA, Vandana. **Ecofeminismo**. Lisboa: Instituto Piaget (Col. Epistemologia e Sociedade), 1993.

MOHANTY, Chandra Tapadle. De vuelta a “Bajos los ojos de Occidente”: la solidaridad feminista a través de las luchas anticapitalistas. In: **Descoloizando el feminismo**. Teorias y prácticas desde los márgenes. Madri: Cátedra, 2008.

NUNES, Maria da Penha da Rosa Silveira et al . Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 574-581, Sept. 20

ORTNER, Sherry B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In ROSALDO, Michelle Zimbalist & LAMPHERE, Louise (org.). **A mulher, a cultura e a sociedade**, 95-120. (Coleção O Mundo, hoje, 31) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

OYEWUMÍ, Oyèrónké. Conceituado o gênero: os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. Tradução para o uso didático de OYEWUMÍ, Oyèrónké. Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies. In: **African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms**. CODESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, CODSRIA, 2004, p.1-8, 2004.

PÉREZ, Pabla San Martín. **Manual introductorio a la Ginecologia Natural**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Melisa Wortman Moreno, 2015.

RAPP, Rayna. Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. In: **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, Vol. 15, No. 4, Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond (Dec., 2001)

ROHDEN, Fabiola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 2001.

\_\_\_\_\_. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2008, vol.15, suppl., pp.133-152.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 196-202, Apr. 2010.

SAAVEDRA, Carola. **Com armas sonolentas: um romance de formação**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SALVADOR, Rachel e atl. Sexualidade e histerectomia: mitos e realidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n.2, 2008. pp. 320-323.

SANABRIA, Emilia. The Body Inside Out: Menstrual Management and Gynecological Practice in Brazil. In: **Social Analysis**, Volume 55, Issue 1, Spring 2011, p. 94.

SBROGGIO, Adriana Magrin Rivera; OSIS, Maria José Martins Duarte; BEDONE, Aloísio José. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo v. 51, n. 5, p. 270-274, Oct. 2005. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302005000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000500018&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Aug. 2018.

SARDENBERG, Cecília. "De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica". **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, v. 2, n. 2, p. 315, 1994.

SEGATO, Rita. Gênero e colonialidade: em busca de chave de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. In: **E-Cadernos CES**, vol. 48, 2012.

SILVA M., Ma. Antoinette. Importância de uma intervenção psicoeducacional na sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia. Uma revisão da literatura. **Rev. chil. obstet ginecol** Santiago, v. 82, n. 6, p. 666-674, dez. 2017.

SOUZA, N.L.S.A.de, & Araújo, C.L.de O. (2015, abril-junho). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(2), pp. 149-165. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

STRATHERN, Marilyn. “Sem natureza, sem cultura: o caso Hagen”. In: **O Efeito Etnográfico e Outros Ensaios**. São Paulo: Cosac & Naif, 2014 [1980]. 23-76.

TAYLOR, Janelle S. Big Ideas: Feminist Ethnographies of Reproduction. In: **American Ethnologist**, Vol. 31, n. 1, pp. 123-130, 2004

VEGA M., Genaro et al. Frequência e fatores associados à histerectomia obstétrica em um hospital de segundo nível no México. **Rev. chil. obstet ginecol** Santiago, v. 82, n. 4, p. 408-415, out. 2017

VELHO, G. Observando o familiar. In: VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para um a antropologia da sociedade contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002.