

Ginecologia e Colonialidade: intersecções de raça e sexualidade

Nádia Elisa Meinerz¹Jhulia Nelly Dos Santos²

Resumo

Este artigo desenvolve reflexões sobre as relações de poder que constituem a prática ginecológica institucional, com foco nas conexões entre colonialismo, raça e sexualidade. A partir de publicações que abordam a história da ginecologia como especialidade médica, resgatamos as formas de experimentação nos corpos de mulheres negras, escravizadas e ex-escravizadas. Através de pesquisas sobre saúde materno-infantil que exploram a dimensão da raça, observamos a reprodução das iniquidades no campo da atenção à saúde. E por meio da aproximação com a literatura sobre saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, problematizamos a heterossexualidade compulsória inerente às rotinas e aos protocolos técnicos da clínica ginecológica. Considerando a racialização e heterossexualidade compulsória como aspectos constitutivos da colonialidade de gênero, apresentamos um cruzamento analítico entre dados empíricos sobre movimentações sociais contemporâneas que interpelam a ginecologia institucional, protagonizados por mulheres lésbicas e por ativistas da Ginecologia Natural no Brasil.

Palavras-chave

ginecologia; colonialidade de gênero; heterossexualidade compulsória; racismo.

Abstract

This article discusses the power relations that constitute institutional gynecological practice, focusing on the connections between colonialism, race and sexuality. From publications that approach the history of gynecology as a medical specialty, we present the forms of experimentation in the bodies of black, enslaved and ex-enslaved women. Through research on maternal and child health that explores the dimension of race, we observe the reproduction of inequities in the field of health care. And, by approaching the literature on lesbian and bisexual women's health, we criticize the compulsory heterosexuality inherent to the routines and technical protocols of the gynecological clinic. Considering racialization and compulsory heterosexuality as constitutive aspects of the colonality of gender, we present an analysis articulating empirical data on

¹ Doutora em Antropologia Social pela UFRGS. E-mail: nadiameinerz@gmail.com.

² Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães. E-mail: jhulianelly.22@gmail.com.

contemporary social movements that challenge institutional gynecology, led by lesbian women and Natural Gynecology activists in Brazil.

Keywords

Gynecology. Coloniality of Gender. Compulsory Heterosexuality. Racism.

Introdução

A ginecologia moderna se constitui como especialidade médica a partir do século XIX, dando início à produção do cuidado ginecológico em instituições de saúde tal como realizado no presente século. O seu advento ancora-se na pressuposição de uma natureza feminina como absolutamente diferente da masculina, sendo a criação desse ramo da medicina justificada por essa constatação biológica. As discussões no campo da história da medicina e da crítica feminista à ciência, entretanto, vêm chamando atenção para o comprometimento dessa concepção de diferença sexual biológica e da própria clínica ginecológica com uma forma de naturalização das desigualdades de gênero presentes na esfera social e política (ROHDEN, 2001; MOSCUCCI, 1996; MATUS, 1995; LAQUEUR, 2001; SCHIEBINGER, 1987). Na esteira dessa crítica, pesquisadoras do campo da antropologia da saúde evidenciam que, a despeito das transformações sociais que aconteceram ao longo do século XX e início do século XXI, a compreensão naturalizada e universalizável do corpo feminino que orienta a ginecologia moderna parece ainda inalterada.

A história da popularização e consolidação da ginecologia moderna nos mostra como uma determinada forma de cuidado, hegemônica, também aprofunda desigualdades raciais (MARTINS, 2020). Se, por um lado, a examinação ginecológica já foi percebida como intervenção indesejável para as mulheres brancas das classes médias e altas por colocar em risco sua natureza “frágil, delicada e pura” (SANDELOWSKI, 2000), nesse mesmo contexto as mulheres negras escravizadas vivenciaram a exploração de seus corpos para fins experimentais de tratamentos e cirurgias ginecológicas. Registros acerca das práticas do médico James Marion Sims, considerado o pai da ginecologia norte-americana, ilustram como eram tratadas as mulheres negras pelo paradigma médico. Repetidos experimentos invasivos, sem mesmo o uso dos anestésicos já disponíveis na época, revelam como essas condutas se encontravam alinhadas aos ideais de supremacia branca enraizados na formação sócio-histórica estadunidense (OWENS, 2017).

O objetivo deste artigo é colocar em diálogo análises críticas da história da ginecologia com as teorizações de intelectuais feministas negras (GONZALEZ, 1980; DAVIS, 2016; CRENSHAW, 2020; LUGONES, 2020) e intelectuais feministas lésbicas (WITTIG, 1992; RICH, 1999; CURIEL, 2013), que nos desafiam a observar o processo de racialização (com matizes próprios em cada contexto sociocultural) e a heterossexualidade compulsória como elementos estruturantes da clínica ginecológica. As primeiras autoras demonstram como o sistema e pensamento coloniais operam através da desumanização dos sujeitos racializados. A partir dos registros sobre mulheres negras submetidas à experimentação médica, identificamos a continuidade de uma chancela pública das intervenções sobre os corpos de mulheres negras no Brasil, invisibilizada pela pretensa uniformidade dos protocolos técnicos.

Além disso, aprofundamos essa discussão através da aproximação com dados empíricos produzidos junto a diferentes movimentações críticas da abordagem ginecológica no Brasil, nos quais emerge a demanda por uma maior articulação entre raça, sexualidade e cuidado ginecológico. O conjunto de dados³ mais antigo se origina de uma pesquisa antropológica feita em parceria com a Liga Brasileira de Lésbicas da Região Sul entre os anos de 2008 e 2009, na região metropolitana de Porto Alegre. As dificuldades elencadas por mulheres lésbicas para acessarem os cuidados ginecológicos estão relacionadas a um conjunto de experiências negativas no serviço público de saúde que envolvem desconsideração das suas práticas sexuais, falta de diálogo sobre as intervenções corporais, assédio moral e sexual, e discriminação pela aparência masculinizada. O material mais recente é fruto de uma pesquisa de mestrado sobre o movimento de Ginecologia Natural no Brasil e suas críticas ao modelo biomédico de saúde⁴. Esse movimento sociocultural e político se afirma como contra-hegemônico na saúde ginecológica, valorizando a utilização de tratamentos e métodos descritos como “naturais”. Nesses espaços, é denunciada a relação da ginecologia com o colonialismo, sendo preconizada a “descolonização dos corpos” através da autonomia das mulheres, do maior conhecimento sobre seus corpos e tratamentos para questões ginecológicas mais comuns.

³ Serão apresentados aqui dados ainda não publicados da pesquisa “As faces da homofobia no campo da saúde”, conduzida por Knauth e Meinerz (2009) com o financiamento do Ministério da Saúde. Para mais informações sobre a interlocução com a Liga Brasileira de Lésbicas da região Sul, consultar Knauth e Meinerz (2015).

⁴ Serão apresentados aqui dados ainda não publicados da pesquisa de mestrado realizada no Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz Pernambuco, entre 2019 e 2021, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Embora estejam distantes temporalmente em cerca de uma década, os materiais se sintonizam na abordagem dos protocolos ginecológicos que produzem os corpos de mulheres brancas e heterossexuais como alvos privilegiados do cuidado. Eles nos ajudam a sustentar o argumento de que a ginecologia é uma forma bem-sucedida de gestão colonial dos corpos femininos, que opera a um só tempo como tecnologia racial e de gênero através da desumanização das mulheres, reduzindo-as e ajustando-as à sua função reprodutiva. A partir do conceito de colonialidade de gênero, da filósofa feminista argentina María Lugones (2020), compreendemos que a exclusão de sujeitos racializados em parte da história da luta pela libertação das mulheres no Ocidente se relaciona à sustentação do sentido branco de ser mulher. As mulheres não brancas são animalizadas, a partir do pensamento e da prática colonial, e, em um sentido mais profundo, percebidas como “sem gênero”, ainda que marcadas sexualmente como mulheres, porque não correspondem às características de uma suposta feminilidade inerente às mulheres brancas europeias.

Neste sentido, o próprio sistema moderno-colonial de gênero, ao racializar e designar o gênero (dentro de um pensamento binário), é co-responsável pelo abuso e pela desumanização historicamente produzida sobre os corpos das mulheres negras, e que as atinge negativamente até a atualidade. Ainda, é interessante notar como a caracterização de mulheres brancas europeias enquanto sexualmente passivas e frágeis é feita em oposição àquelas que experienciaram a colonização como não brancas, incluindo as mulheres indígenas e negras escravizadas nas Américas. Associada a esse pensamento, se fortaleceu a percepção de mulheres racializadas como fortes o suficiente para encarar qualquer tipo de trabalho, essencial para o funcionamento da exploração nas colônias. Lugones (2020) considera que a animalização das mulheres racializadas postulava um tipo de relação ainda mais profunda que aquela estabelecida pela associação das mulheres brancas à natureza, às crianças e aos animais pequenos.

Outra interrogação acerca da colonialidade que se perpetua nas formas contemporâneas de dominação baseadas em raça e em gênero diz respeito à redução compulsória dos corpos com útero às demandas reprodutivas dos estados nacionais. Adrienne Rich (1999) problematiza a heterossexualidade como uma imposição que assegura o acesso físico, econômico e emocional das mulheres aos homens de forma irrestrita e socialmente legitimada. Segundo a autora, o não pertencimento a si mesma é internalizado pelas mulheres desde a infância através de tecnologias de gênero que transformam o casamento, a

maternidade e o trabalho doméstico (todas escolhas sociais) em inclinações inatas, definidas pela sua natureza sexual. Nesse sentido, a existência lésbica é profundamente perturbadora porque enuncia a possibilidade de recusa de um modo de vida obrigatório. A invisibilização das experiências lésbicas é constitutiva desse exercício do poder que opera através da naturalização. Na mesma direção, Monique Wittig (1992) sustenta que a heterossexualidade é regime político e que dentro dele as lésbicas não são mulheres. Essa frase, que se tornou alvo de inúmeros questionamentos, extrapola os limites do imaginário social jogando com os próprios termos da heterossexualidade como inclinação inata das mulheres. Tomando um caminho oposto ao das leituras em torno da homossexualidade – que em sua visão é uma ficção necessária porque complementar à heterossexualidade –, essa autora defende a lesbianidade como posição política. Uma tal posição não pressupõe que todas as mulheres sintam ou expressem naturalmente um desejo erótico por outras mulheres, mas sim o rompimento com uma estrutura social assentada no controle das mulheres a partir da reprodução. Defendemos aqui, como Curiel (2013), que essa apreensão coletiva da experiência lésbica favorece a reflexão sobre a relação entre heterossexualidade compulsória e a formação de estados nacionais perpetuadores das estruturas e mecanismos de saber e poder coloniais. Ao longo do texto, apresentamos evidências de pesquisas empíricas feitas com mulheres lésbicas e ativistas da Ginecologia Natural, que nos convidam a refletir sobre o tipo de assistência à saúde oferecida pela ginecologia que não é neutra, não está fora da história e não atende universalmente aquelas pessoas que se definem como mulheres⁵.

Ginecologia como saber/prática colonial

Os fundamentos filosóficos que organizam a reivindicação da ginecologia como ramo autônomo da medicina estão muito próximos às demais ciências modernas. Dedicamo-nos especialmente à pressuposição de uma natureza feminina (como absolutamente diferente da masculina) e ao postulado de que a reprodução está no cerne dessa diferenciação. Moscucci (1996), em sua análise dos fundamentos da ginecologia na Inglaterra, explora as justificativas de que o sexo e a reprodução são mais importantes para a natureza feminina do que a

⁵ Foge ao escopo deste artigo revisar as pesquisas sobre demandas ginecológicas de mulheres e homens transgênero, os quais enfrentam uma série de barreiras adicionais, que colocam em primeiro plano o julgamento moral dos profissionais de saúde em relação às transformações corporais engendradas pela autodefinição do gênero.

natureza masculina. Enquanto o homem seria homem no sentido reprodutivo do termo em apenas por alguns momentos, a mulher estaria conectada à reprodução por toda a sua vida. A gravidez, a amamentação e o cuidado com os filhos relembram à mulher a sua natureza sexual. Segundo a autora, as diferenças entre homens e mulheres, que até então eram fundamentadas no referencial religioso, passam a ser buscadas na natureza a partir do iluminismo e da instituição de um ordenamento político democrático. Essa interdependência entre as descobertas científicas e as demandas sociais de um determinado momento histórico também é problematizada por Laqueur (2002), a propósito de sua análise de anatomia genital⁶. É apenas com a mudança da ordem política e o advento de uma sociedade burguesa que as diferenças corporais de homens e mulheres passaram a ser pensadas como descontínuas e opostas em virtude dos papéis que assumem no processo reprodutivo. De modo semelhante, Schiebinger (1987) discute a construção da diferença entre homens e mulheres a partir da anatomia óssea, em especial no que diz respeito à dimensão de certas partes corporais, como o crânio e a pélvis. A busca de diferenças anatômicas nos esqueletos de homens e mulheres ao longo do século XVIII, segundo a autora, atende a uma necessidade social de prescrição de papéis e posições sociais distintas. Nesse sentido, a autora mostra como, em relação à variabilidade de feições corporais identificadas indistintamente nos esqueletos de homens e mulheres, determinadas formas anatômicas foram escolhidas como modelos do masculino e do feminino. Os esqueletos exemplares de cada gênero indicavam, nesse sentido, as capacidades corporais atribuídas a partir de valores sociais⁷.

Se a ginecologia moderna surge direcionada a tratar das questões reprodutivas das mulheres, essa história aqui compartilhada apresenta implicações distintas na interação com modelos coloniais e processos de racialização singulares. É possível observar para o contexto inglês inclusive

⁶ De acordo com Laqueur (2001), embora já houvesse evidências técnicas sobre a diferença sexual, a medicina considera a existência de dois sexos opostos apenas a partir do século XIX. Até o século XVIII a concepção científica dominante estava pautada num modelo de sexo único, no qual os órgãos sexuais femininos eram considerados idênticos aos masculinos, porém dispostos corporalmente de maneira inversa. Conforme esse modelo, o homem apresenta uma morfologia sexual mais próxima da perfeição neoplatônica, enquanto, na mulher, a ausência do calor vital apropriado faz com que os órgãos sexuais não sejam externados.

⁷ Assim, os manuais de anatomia forneceram evidências apropriadas de que os homens cujo cérebro é mais desenvolvido no sentido da “maturidade humana” estão mais aptos para as atividades das ciências e da política. As mulheres, cujo desenvolvimento cerebral se aproxima das crianças dos povos primitivos, têm como característica distintiva justamente uma pélvis mais desenvolvida que as habilita à reprodução (SCHIEBINGER, 1987).

variações, como nos mostra Matus (1995), a propósito da noção de “propensão natural” desenvolvida através da análise das teorias vitorianas sobre a diferenciação sexual. Essa autora conclui que, apesar de servir à hegemonia da classe média vitoriana, a teoria da diferença sexual se prestava a outros usos, até mesmo no sentido de apoiar algumas teses defendidas pelas feministas. Em virtude dessa ambivalência, o pensamento médico vitoriano previa também uma margem para as influências externas na determinação das características anatômicas. A referência à possibilidade de mudança na anatomia por interveniência do ambiente ajudava a explicar, por exemplo, as diferenças entre as mulheres de classe trabalhadora, as africanas e as prostitutas.

No contexto norte-americano, Angela Davis (2016) explora o legado da escravização na definição de parâmetros para inserção das mulheres negras na sociedade norte-americana, demonstrando como o enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz o padrão estabelecido durante o período colonial. Enquanto escravas, as mulheres negras nunca foram tratadas de forma diferente dos homens em relação ao trabalho na lavoura, nas minas de carvão, na fundição do ferro, no corte da lenha, na abertura de valas. Nem mesmo quando estavam grávidas ou a propósito de cuidarem de seus filhos. Elas tornavam-se, inclusive, mais valiosas que seus companheiros homens nas transações comerciais a partir dos cálculos sobre a sua fertilidade.

O legado da animalização e da indistinção entre homens e mulheres negras propiciado pela prática da escravização nos ajuda a compreender o histórico de experimentação cirúrgica nos corpos de mulheres negras escravizadas. Enquanto a intervenção nos corpos femininos brancos configurava uma questão delicada e complexa nesse contexto, com proibições e estratégias de limitações de acesso ao corpo durante a examinação (SANDELOWSKI, 2000), a compreensão das mulheres negras escravizadas como animalizadas e menos sensíveis à dor permitia uma maior porosidade para essas práticas em ascensão. Os tensionamentos e polêmicas relacionados à moral e ao pudor feminino marcaram os movimentos iniciais dessa disciplina, impulsionando o desenvolvimento de um caráter mais “técnico” para a prática, a fim de gerar maior aceitação da utilização de instrumentos como o espéculo vaginal para a visualização e examinação do canal vaginal. Nesse contexto, a fim de garantir maior “objetividade” para a clínica, o uso de experimentação ganha maior relevância.

Para além do gênero, os marcadores de raça e sexualidade no campo do cuidado ginecológico implicam algumas questões particulares. Por um lado, as

mulheres negras escravizadas foram demarcadas como cobaias humanas para o teste e aperfeiçoamento de técnicas a serem utilizadas com a finalidade de prover maior qualidade de vida daquelas que possuíam privilégios de raça e classe que são ultimamente interconectados. Ao mesmo tempo, segundo Owens (2017), no contexto dos Estados Unidos no século XIX, existia o interesse na manutenção da saúde reprodutiva de mulheres escravizadas a fim de dar continuidade à “produção” de mão de obra. Como nos diz a autora: “A ginecologia estava sendo formalizada e legitimada nos órgãos reprodutivos e corpos de mulheres negras, e ainda assim na literatura publicada por médicos, os seus corpos não eram descritos como contribuintes diretos para o crescimento da nova especialidade médica” (tradução nossa). Para Owens, o emblemático caso dos experimentos realizados por James Marion Sims, considerado o “pai da ginecologia moderna”, ilustra o fácil e irrestrito acesso de homens brancos aos corpos de mulheres negras escravizadas. Esse é um fato que se dava através da violência sexual, mas também através da experimentação, sem anestésicos, por anos em mulheres negras escravizadas, como Anarcha, Betsey e Lucy, que hoje têm suas histórias amplificadas nos movimentos feministas e de mulheres negras, incluindo o movimento da Ginecologia Natural no Brasil.

Para as três mulheres, junto a pelo menos outras nove não identificadas nos registros históricos (incluindo meninas), a violência colonial se apresenta duplamente: na exploração do seu trabalho e de seus corpos. Entre os anos de 1844 e 1849, estas desempenhavam as funções descritas favorecendo o desenvolvimento do campo da ginecologia, o prestígio e acumulação de riquezas de Sims. O trabalho doméstico e reprodutivo era feito paralelamente ao papel de enfermeiras a partir da experiência e treinamento que recebiam no mesmo “hospital para escravos” em que eram pacientes experimentais. O desenvolvimento dessas habilidades por essas mulheres é um fato pouco evidenciado nas produções sobre esses acontecimentos, assim destaca Owens.

Enquanto regras e restrições éticas acerca da experimentação em humanos que viriam a ser desenvolvidas posteriormente, no século XX, notadamente influenciadas por acontecimentos como o holocausto (DINIZ; GUILHEM, 2017), dão suporte hoje a uma visão crítica dos experimentos realizados por Sims, os mecanismos de desumanização e objetificação que operavam sob a lógica colonial à época posicionavam seu trabalho dentro de uma normalidade, inclusive na prática médica. O reconhecimento amplo dessas experiências que sustentam o saber e a prática da ginecologia moderna enquanto aspecto constitutivo da empreitada colonial impulsiona a proliferação de grupos

organizados em busca de abordagens menos essencialistas do corpo feminino e menos medicalizadas no que se refere à promoção da saúde das mulheres.

A partir da década de 1970, alinhados às lutas feministas pelo avanço de direitos sexuais e reprodutivos, emergem com expressões significativas nos Estados Unidos movimentos socioculturais e políticos de mulheres com a finalidade de contestar a pressuposta neutralidade da ginecologia institucional moderna e suas práticas, destacando seu aspecto patriarcal e opressivo para as mulheres (MURPHY, 2004; TUANA, 2006). O desenvolvimento do que pode ser identificado como uma “Ginecologia feminista” ou “Ginecologia de autoajuda” (*self-help gynecology*, no inglês) surge como um contraponto à hegemonia estabelecida nessa disciplina médica, valorizando a democratização de informações sobre a anatomia e fisiologia feminina, a realização de práticas como o autoexame ginecológico, e a construção de redes de acesso à contracepção e ao aborto lideradas e construídas por mulheres (SHOTWELL, 2016).

No Brasil, as mobilizações de mulheres pela saúde continuaram a se desenvolver em paralelo ao movimento da reforma sanitária e ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), evento que assegura o direito de acesso universal à saúde em uma sociedade marcada por desigualdades. Documentos como a “Carta de Itapeperica”, escrita na década de 1980 em um encontro de mulheres pela saúde (CARTA DE ITAPEPERICA, 1984), e as formações políticas realizadas pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pela ONG SOS Corpo (DINIZ *et al.*, 2000; PORTELLA, 2001) ilustram como militantes feministas brasileiras denunciavam as desigualdades de gênero no campo da saúde e a relação indissociável da ginecologia moderna com o patriarcado.

A compreensão, na atualidade, de que as práticas da ginecologia institucional para além de patriarcais são também essencialmente coloniais (FAGUNDES, 2021) informa o desenvolvimento de discussões e discursos que compõem o movimento sociocultural e político da Ginecologia Natural. Este propõe uma abordagem da saúde ginecológica pensada a partir da adoção de hábitos e práticas que utilizam recursos naturais, como ervas e plantas medicinais, evidenciando seu potencial para a produção de tratamentos e processos de autocuidado. A demanda por “descolonizar o corpo” e a própria ginecologia emerge como fruto dessa análise crítica das experimentação – em corpos de mulheres negras escravizadas – e da exclusão das mulheres do campo profissional, assim como da repressão às práticas da medicina tradicional (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Se, por um lado, "descentralizar a reprodução" enquanto política populacional é uma das principais agendas do feminismo lésbico, por outro, "descolonizar o corpo" emerge como uma pauta recente, mas que é também um desdobramento explícito do debate feminista sobre a saúde reprodutiva. Nossa chave de análise para aproximar esses dois aportes teóricos é a noção de colonialidade de gênero. Assim como María Lugones (2020) consideramos que tanto o gênero quanto a raça são "ficções poderosas" que constituem a ginecologia a partir da autoridade naturalizadora da biomedicina, operando a patologização do corpo a par e passo com a supressão da autonomia das mulheres. Nesse sentido, embora estejam atravessadas por apreensões profundamente contraditórias sobre feminilidade, esses referenciais convergem enquanto pauta em que a intersecção entre raça e sexualidade é incontornável.

Para Barros (2020), a noção de raça, enquanto um fator determinante da vida nas sociedades modernas, é um construto histórico mediado pelo advento do colonialismo. reflexivo do processo da racialização possibilitada e sustentada pelo colonialismo. No Brasil, a racialização é definida pela suposta existência de uma "democracia racial". Lélia Gonzalez (1980) compreende que essa crença na possibilidade de harmonia em uma sociedade racializada e a própria persistência do racismo na modernidade tem efeitos violentos para a condição social das mulheres negras no Brasil. A autora destaca uma articulação entre o racismo e o sexismo que é chave para a nossa reflexão sobre a ginecologia como ferramenta colonial. Ela explora as formas de valorização das mulheres negras na sociedade brasileira: no contexto do carnaval a mulher negra é celebrada como a "mulata", tendo seu valor medido por sua capacidade de atrair o olhar e o investimento erótico masculinos; no cotidiano essa mesma mulher será a "doméstica" e a "mãe preta", valorizada pela sua disposição irrestrita ao trabalho e pela capacidade de maternar a prole das mulheres brancas. Mais do que estereótipos negativos, essas são imagens de controle (COLLINS, 2019) que sustentam ideias hegemônicas sobre sexualidade, capacidade reprodutiva e trabalho, na continuidade das dinâmicas de abuso e exploração desenvolvidas no período da colonização.

No campo da assistência à saúde, ao se considerar as práticas ginecológicas e obstétricas em especial, os estereótipos socialmente construídos sobre as mulheres brancas e não brancas atuam ao facilitar ou limitar condutas médicas, e a própria abordagem clínica e interpessoal. Compreendemos que é justamente a "marcação sexual" de mulher, mas sem as características de feminilidade, que se traduziriam em uma maior fragilidade corporal, como nos

diz Lugones (2020), que permite que as mulheres negras sejam percebidas como “supercorpos”, passíveis do maior uso de força e violência, possuidoras de um limiar de dor mais elevado. Práticas como a violência obstétrica (TESSER *et al.*, 2015) e as barreiras enfrentadas por mulheres em situação de abortamento (GÓES, 2018) ilustram o cenário posto para as mulheres racializadas no Brasil.

O conceito de “racismo obstétrico”, postulado pela autora afro-americana Dána-Ain Davis (2018), se posiciona na interseção entre a violência obstétrica (baseada no gênero) e o racismo médico (baseado na raça). Esse conceito é útil para compreender como as mulheres não brancas no Brasil vivenciam a violência sistêmica também nos serviços de saúde, denunciando que ainda são insuficientes as políticas que visam promover a saúde “materno-infantil”. Williamson (2021) se apropria dessa definição de racismo obstétrico em sua análise da implantação da Rede Cegonha na Bahia entre os anos de 2012 e 2017. A autora defende a necessidade de se falar em danos iatrogênicos, ou seja, causados por formas de organização social e política que promovem a saúde e a dependência de instituições médicas para cuidados, mas que na prática não curam as pessoas. Para a autora, esse tipo de dano não pode ser mensurado sem um ajuste de foco que permita capturar a sua imbricação com o racismo estrutural e a forma como ele opera no Brasil. Ela traz para o primeiro plano de sua análise a leitura de ativistas negras feministas no campo da saúde sobre as políticas públicas de saúde materno-infantil. Ao mesmo tempo que apoiam as críticas à supermedicalização e as medidas desenhadas na Rede Cegonha para combatê-la, essas ativistas destacam a existência de uma negligência médica estrutural e histórica para com as mulheres negras. Assim como observamos em alguns estudos sobre morte materna na pandemia de COVID-19 (SIQUEIRA *et al.*, 2021), é justamente a falta de intervenção oportuna e de cuidados ginecológicos de qualidade que vitimiza, de diferentes formas, as mulheres negras durante a gravidez e no parto.

Leal *et al.* (2017) apresentam uma análise das iniquidades da atenção pré-natal e no parto em relação aos marcadores de raça e cor para os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012. Em suma, o argumento que as autoras apresentam é que em nosso país a dor, entendida como a falta de oferta de procedimentos analgésicos, tem uma cor bem definida. Essa constatação não evoca apenas a internalização do racismo em avaliações cotidianas sobre “melhor adequação da pelve para o parto” das mulheres negras, mas atualiza uma sequência de cuidados básicos com a saúde que têm sido considerados “desnecessários” para parcelas significativas da população. Trazemos a seguir um trecho da discussão feita pelas autoras e que

encontra um interessante paralelo nas análises sobre a discriminação racial a partir da noção de colorismo (DEVULSKI, 2021).

Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura. Mesmo após controle das variáveis sociodemográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto. Ainda que as mulheres pardas e pretas tenham apresentado diversas similaridades no tocante aos desfechos investigados, foram observados piores resultados para as últimas em relação à qualidade da atenção pré-natal. (LEAL *et al*, 2017, p. 6).

As autoras sustentam que a disparidade impacta negativamente os indicadores finais de saúde, já que não parece suficiente que eles ilustrem a violação de direitos contra as mulheres negras. Importa para nosso argumento observar como as realidades das mulheres marginalizadas revelam que a técnica é política, como nos fala Carmen Simone Grilo Diniz (2005, p. 633): “A técnica é política, e inscrita nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão ‘encarnadas’ as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras”.

Ginecologia e heteronormatividade

Em 2007, a partir da parceria com ativistas da Liga Brasileira de Lésbicas da região Sul, foi organizada uma pesquisa sobre as dificuldades das mulheres lésbicas com a consulta ginecológica e a consequente exclusão desse público das rotinas relacionadas ao cuidado em saúde. Essa demanda é fruto de um conjunto amplo de articulações do ativismo lésbico brasileiro, pautando a invisibilidade da experiência da homossexual e bissexual entre mulheres, especialmente no campo da saúde (FACCHINI, 2004; ALMEIDA, 2005, 2009). Problematicando a exclusão das políticas de prevenção à AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, principalmente, o viés reprodutivo das políticas de “saúde da mulher”, essas militantes lésbicas e feministas destacam não apenas as demandas específicas das mulheres lésbicas

e bissexuais, mas a urgência de políticas que considerem a sexualidade e a expressão de gênero como parte inseparável do cuidado à saúde.

A pesquisa contemplou entrevistas com médicos e médicas do serviço público de saúde e com mulheres lésbicas e bissexuais de classe popular na região metropolitana de Porto Alegre entre os anos de 2008 e 2009⁸. As entrevistas com os profissionais corroboram a pressuposição de heterossexualidade da abordagem clínica. Ainda que percebam que algumas de suas pacientes têm preferências homoeróticas e considerem que, para estas, a consulta ginecológica tem a mesma relevância do que para as mulheres heterossexuais, não há qualquer preocupação com a adequação do atendimento. Trago aqui um exemplo de uma ginecologista que considera que a falta de uma rotina ginecológica faz com que muitas mulheres lésbicas cheguem ao serviço de saúde com situações graves de adoecimento. Na entrevista ela conta sobre uma cirurgia feita às pressas em uma paciente que nunca havia consultado um ginecologista:

É uma paciente com convênio que foi ao hospital com uma dor na barriga, aí descobriu anemia. Estava anêmica e aí fui examinar ela, tinha um útero enorme, todo miomatoso, o útero gigantesco e tava provocando um sangramento que ela nem estava se dando conta. Como ela era, tinha uma relação homossexual há muitos anos, nunca tinha ido a um ginecologista, nem nova, nem mais velha e era a paciente que eu, que a gente tirou o útero dela, porque era um útero todo deformado.

Quase todos os profissionais se mostraram preocupados e de certa forma informados sobre as possibilidades de adoecimento ginecológico por parte das mulheres lésbicas. Outro médico mobilizado pelos questionamentos reflete que as mulheres homossexuais que não têm filhos correm mais risco de desenvolver patologias relacionadas às mamas pelo fato de não amamentarem. Porém, o fato de se preocuparem com as pacientes não heterossexuais, entretanto, não torna a abordagem clínica menos heteronormativa.

A abordagem da sexualidade está subordinada aos questionamentos e procedimentos relacionados à saúde reprodutiva, não figurando nas consultas,

⁸ Em relação aos profissionais de saúde, a estratégia metodológica foi de entrevistas individuais com médicos e médicas, em seus próprios consultórios nas duas unidades básicas de saúde e de um serviço de referência de IST e Aids. As mulheres lésbicas foram abordadas em contexto etnográfico, seguindo um roteiro semiestruturado cujas questões foram abordadas em entrevistas de grupo e entrevistas individuais (gravadas e transcritas), além de conversas informais registradas em diário de campo. O projeto foi aprovado no comitê de ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

a não ser que isso seja explicitamente demandado pela paciente. A pergunta sobre orientação sexual, sobre práticas ou parceiros não faz parte da abordagem rotineira de nenhum dos 14 profissionais entrevistados. Eles esperam que a paciente aborde o assunto, revelando a sua orientação sexual em resposta aos questionamentos sobre contracepção. A principal justificativa é de que a sexualidade é um assunto de foro íntimo, não cabendo ao médico ou à médica falar a respeito. Ao mesmo tempo que o dado remete a uma discussão mais ampla sobre a presunção de heterossexualidade nas questões que são pautadas na anamnese, também evidencia o que entendem como um “limite” da intervenção profissional. A preocupação em não invadir a intimidade aparece também nas situações em que desconfiam que a paciente seja lésbica, mas preferem não perguntar.

Outras pesquisas que ouviram profissionais de saúde destacam esse resultado. Palma e Orcacita (2019), que entrevistaram profissionais com muitos anos de experiência no campo da saúde da mulher em Cali, na Colômbia, argumentam que essa dificuldade está relacionada à falta de preparo teórico e prático dos mesmos. Nos dados apresentados por essas autoras, os profissionais também outorgam às mulheres a responsabilidade por identificar elementos nas suas práticas sexuais que possam ser relevantes para o seu diagnóstico. Segundo as autoras, o desconhecimento por parte destes das IST que podem ser transmitidas entre mulheres, as lacunas na formação profissional que dificultam a compreensão da diversidade sexual e a variabilidade das expressões de gênero, e especialmente a falta de ferramentas de comunicação sobre o tema da sexualidade, se convertem em barreiras para o acesso à saúde pelas mulheres lésbicas. Nessa direção, Valadão e Gomes (2011), a partir de uma revisão sistemática de literatura, traçam um argumento que relaciona a invisibilidade à violência, apontando que, ao terem apoio por parte dos profissionais de saúde para verbalizar a sua orientação sexual, são forçosamente excluídas do cuidado ginecológico.

A falta de uma formação específica para abordar as questões relativas à sexualidade que é amplamente descrita na literatura (LIONÇO, 2008; MELO, 2010; PORTELLA, 2014; PALMA; ORCACITA, 2019, SILVA; GOMES, 2021) é uma constante entre as médicas e médicos entrevistados. Vale destacar a observação de uma nuance entre o que alguns profissionais consideram necessária e inclusive buscam por conta própria capacitações relacionadas à “sexologia” e uma maioria que sequer considera o assunto relevante. Esses dados se tornam mais significativos quando justapostos à percepção das mulheres lésbicas em relação ao atendimento ginecológico. Participaram do

estudo também 35 mulheres entre 25 e 60 anos, provenientes de grupos populares da região metropolitana de Porto Alegre. Dentre elas, 15 se declaram negras, pardas ou indígenas, enquanto as demais se declaram brancas. No que tange à expressão de gênero, 22 se definem a partir do seu “jeitão” ou “jeito de ser” mais masculino que feminino⁹.

Dentre os resultados empíricos, é importante destacar o número alto (6 entre 35) de mulheres entrevistadas que nunca foram ao ginecologista. Entre as que já tiveram essa experiência, os questionamentos sobre qual o tipo de contracepção utilizado, que geralmente dão início à anamnese, são considerados por elas como perguntas sem sentido. Elas não são percebidas como uma boa oportunidade para revelar a sua orientação sexual. O elemento mais recorrente entre as entrevistadas é a dificuldade em contar para o médico sobre o fato de se relacionar com mulheres.

Entre as participantes destacamos a fala de Otilia, uma mulher negra de expressão masculina de 47 anos, liderança política na região, que reforçou em público a importância de fazer exames de saúde periodicamente e de falar para o médico sobre o fato de ser lésbica. No entanto, na entrevista individual, quando responde sobre a periodicidade que ela vai ao ginecologista, a fala muda de tom: “Eu vou, mas vou te dizer assim, eu relaxo. Sei que tenho que fazer [os exames] periodicamente agora, ainda mais os meus exames e eu não faço”. Ela conta que fez a sua última consulta ginecológica há mais de dois anos e, que, ao contrário do que ela mesma prega, nunca contou para o médico que se relaciona com mulheres. Essa dúvida é comum também a outras mulheres que não são militantes, mas que de certa forma se sentem constrangidas a buscar o ginecologista sem saber exatamente se vale a pena não contar para o médico acerca dos seus relacionamentos homoeróticos.

Barbosa e Facchini (2009) encontraram o mesmo dilema nas entrevistas com mulheres de classes médias e também de grupos populares. A decisão sobre falar ou não para o médico acerca da homossexualidade implica uma avaliação prévia quanto ao risco de passar por algum tipo de discriminação. Em alguns casos, a decisão em contar ao ginecologista sobre a homossexualidade não resultou numa melhora em relação aos cuidados, pelo contrário, foram observadas, inclusive, mudanças negativas na atitude do profissional como comentários preconceituosos, falta de oferta de exames preventivos. Rodrigues e Falcão (2021) exploram em profundidade a questão da visibilização da sexualidade, trazendo elementos para pensar as diferenças entre as consultas

⁹ A categoria “jeitão” é discutida em profundidade por Meinerz (2011).

em que a orientação sexual é revelada e aquelas em que o silêncio é mantido. Essas autoras também demonstram como a visibilidade expõe as mulheres a vivências discriminatórias e não garante a elas qualquer possibilidade de negociação acerca das condutas que lhes causam desconforto.

De outra perspectiva, Brown *et al.* (2014) demonstram como mulheres lésbicas na Argentina consideram desnecessário revelar ao médico sua orientação sexual. Neste estudo, à medida que detalham as políticas de invisibilização da sexualidade lésbica no país às experiências de discriminação das entrevistadas, a preferência delas por ginecologistas mulheres, os autores avançam na análise sobre os limites das adequações possíveis para incluir esse público. Seu argumento é de que se faz necessário romper com o enquadramento heteronormativo, incluindo um repertório mais amplo de práticas sexuais (descoladas de identidades hetero ou homossexuais). Em resumo, eles defendem que os ginecologistas precisam aprender a fazer outras perguntas que não pressupõem que a preocupação sobre reprodução seja a única razão para que as mulheres frequentem seus consultórios¹⁰.

Os dados coletados na região metropolitana de Porto Alegre também apontam algumas situações mais graves de tratamento diferenciado que envolvem humilhação pública, assédio sexual e a negligência diante do agravamento de problemas de saúde. Todas as experiências que, quando compartilhadas, impactam as decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Uma situação emblemática é descrita por Karla (nome fictício), uma mulher branca de 43 anos, cuja expressão de gênero masculina é valorizada no seu ambiente profissional. Ela atua como comerciante e apesar de não ter concluído o primário, se orgulha de gerenciar o estabelecimento comercial que construiu em parceria com a esposa.

Eu já sofri discriminação por causa da orientação sexual no hospital né, por causa do meu jeito. A médica não quis ficar sozinha com a porta fechada comigo dentro. Ela abriu a porta e deixou um guardinha do lado, assim. [Nádia: pra te examinar?] É para fazer exame médico, ela fez aquilo. Eu achei um horror aquilo ali porque quando eu estava na fila eu estava vendo que as pessoas entravam e ela fechava a porta e não tinha guarda nenhum.

Situações pontuais, porém graves como essa, ganham contornos ainda mais acentuados no cotidiano da socialidade lésbica diante da necessidade de

¹⁰ Barbosa e Koyana (2006), ao abordarem a dificuldade de mensuração da população homossexual feminina e bissexual, apontam para uma direção semelhante para pensar ações de prevenção às ISTs.

antever as dificuldades que serão encontradas na busca pelos cuidados ginecológicos. É importante destacar que não está em jogo apenas a declaração da orientação sexual, mas principalmente a intersecção entre questões de classe, de raça e expressão de gênero. Semelhante à análise feita por Falu (2020), importa aqui perceber como a heterossexualidade compulsória e o racismo se emaranham nas situações de atendimento ginecológico. Embora possamos afirmar que as mulheres negras da região metropolitana de Porto Alegre (entrevistadas em 2008 e 2009) expressem uma autodefinição racial diferente das mulheres lésbicas negras na Bahia (entrevistadas em 2011, 2012 e 2013), nos dois contextos se observa uma aproximação entre a socialidade lésbica e o pertencimento a religiões de matriz africana. Nos dois casos, as situações de constrangimentos físicos descritas pelas mulheres nas consultas ginecológicas ilustram como a racialização e a performance de gênero atípica desafiam e deslocam o referencial de feminilidade que orienta a conduta clínica.

A pauta da descolonização no movimento da ginecologia natural

Como vimos na seção anterior, as demandas em torno da descentralização da reprodução na abordagem ginecológica e da consideração da sexualidade como aspecto constitutivo da atenção à saúde da mulher permeiam a agenda de pesquisadores e dos movimentos lésbicos brasileiros. Em suma, o que as pesquisas com mulheres lésbicas demonstram é a incompatibilidade entre os cuidados ginecológicos disponíveis e as suas demandas de atenção integral à saúde. Nosso argumento prossegue, ponderando que a insatisfação com a oferta dos serviços, tanto na rede pública como na suplementar, também afeta as mulheres brancas, de classe média, que reiteram as expectativas heterossexuais e reprodutivas. A seguir, dialogamos com as pesquisas que vêm sendo conduzidas sobre o movimento da ginecologia natural.

Os dados empíricos originados de uma pesquisa realizada em 2021 com mulheres inseridas no movimento da Ginecologia Natural em Recife (PE) e região metropolitana apontam para um tipo de movimentação crítica à ginecologia, que caminha na direção contrária, em que se destaca a denúncia e a recusa de intervenções percebidas como excessivas e desnecessárias. No estudo, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas individuais para explorar temas previamente identificados como importantes no movimento utilizando um roteiro com perguntas norteadoras, a partir da perspectiva de seis mulheres praticantes da Ginecologia Natural e que atuam

profissionalmente como terapeutas, professoras, e profissionais da saúde, como médicas e enfermeiras.

As questões que compõem o roteiro foram pensadas a fim de obter relatos das mulheres acerca de temas diversos, desde as suas percepções sobre o campo, de forma geral, até sua visão sobre as principais potencialidades e desafios da Ginecologia Natural. Devido à pandemia de COVID-19, todas as entrevistas foram conduzidas à distância através de plataformas de videochamada.

O perfil dessas entrevistadas se mostrou homogêneo em relação à escolaridade (todas possuíam o ensino superior completo), com faixa etária entre 32 e 40 anos. Metade das entrevistadas se autoidentificou como “branca”, e a outra metade como “parda” ou “não branca”. As participantes da pesquisa integram o movimento da Ginecologia Natural de formas diversas, seja através da organização de “vivências” e cursos, como uma pós-graduação em Ginecologia Natural pioneira na América Latina, até atuação direta no Sistema Único de Saúde (SUS), ao abordar estratégias de cuidado que fogem à hegemonia posta em serviços de saúde reprodutiva.

A partir das narrativas dessas mulheres, buscamos identificar as principais críticas do movimento da Ginecologia Natural ao modelo biomédico. Entre elas se destaca a *medicalização e mercantilização da vida e da saúde*, que aparece no trecho a seguir, da entrevistada Lola.

Existe uma forte medicalização, feita pelos médicos, né, acho que a ginecologia talvez esteja no *top* dez das medicinas medicalizadas, porque vai no consultório ginecológico e dificilmente você não sai com amostra grátis, é impressionante a quantidade de amostras grátis de Fluconazol... remédio pra... anticoncepcional, sabe? Eu já fui em várias ginecologistas e elas abriram a gavetinha assim com uma pilha de remédio, e ofereciam caixas e caixas de amostra grátis. E isso é muito grave. Porque isso significa que existe uma indústria farmacêutica movendo a clínica daquela pessoa. Às vezes a gente tem uma tendência a minimizar isso, mas na verdade isso aí é enorme (Lola, Terapeuta corporal, 36 anos, parda).

Para a participante, conjugada a crítica à medicalização está aquela direcionada à mercantilização da vida e da saúde, fenômeno também viabilizado pelo avanço da Biomedicina. Nessa visão, que ela identifica como compartilhada por militantes do movimento da humanização do parto e nascimento em suas demandas por mudanças na atenção obstétrica, o modelo biomédico, orientado por uma concepção da saúde enquanto mercadoria, compromete o fortalecimento do direito universal à saúde e à qualidade de vida das mulheres em nome dos interesses do mercado. Essa percepção é

compartilhada entre todas as interlocutoras da pesquisa ao descreverem suas experiências negativas com a ginecologia institucional e suas práticas “medicalizantes” como um fator motivador para a busca de alternativas que as levaram ao encontro da Ginecologia Natural.

Na perspectiva dessas ativistas, o movimento é permeado por diferentes concepções sobre o corpo feminino e sua relação com a Biomedicina, com a presença, por um lado, de discursos que enfatizam a necessidade da ação e conscientização política para mudança de práticas sistêmicas opressivas, e, por outro, falas que indicam um foco no “autocuidado” individualizado através de opções oferecidas por um novo mercado de produtos, serviços e cursos de uma valorização do “ser mulher”. As primeiras refletem aspectos dos movimentos que se desenvolvem a partir da década de 1970. Já outros se concentram na comercialização de bens e experiências consideradas mais holísticas e que se desenvolvem de modo avesso à politização do assunto. Na fala das interlocutoras, essas práticas e definições serão, por vezes, compreendidas como essencialistas. As entrevistadas Maria e Tieta refletem sobre os significados do movimento:

[...] Porque, tem uma parte, assim, né... de mulheres que acham que Ginecologia Natural é uma coisa que fica exaltando útero, e... e super romantizando o ser mulher, a menstruação, e tal, tal, tal. E eu não acho que Ginecologia Natural é isso. Acho que não tem nada a ver com isso, na verdade. É... eu acho que, que Ginecologia Natural tem muito mais a ver com uma forma contra-hegemônica de você fazer saúde da mulher (Maria, Enfermeira, 32 anos, branca).

Eu entendo que tem algumas limitações porque você vai ter muitas mulheres entendendo que Ginecologia Natural é uma discussão mais resumida de como utilizar as plantas medicinais pro autocuidado, mas eu entendo que, a Ginecologia Natural, ela precisa discutir o porque eu vou usar as plantas por meio de autocuidado, né. (Tieta, Terapeuta ginecológica, 35 anos, branca).

Neste sentido, para as entrevistadas, o movimento é por vezes reduzido à busca por uma cura individual utilizando plantas, ao empoderamento individual, e mesmo a uma romantização do que significa ser mulher, localizando-se no sentido oposto às pautas gerais dos movimentos feministas, também plurais em demandas. Observa-se que as interlocutoras apresentam uma visão similar acerca dos significados da Ginecologia Natural, demonstrando um maior alinhamento com discursos críticos acerca da ginecologia institucional articulados com a politização do cuidado em saúde.

Ainda para as participantes da pesquisa, no Recife e região metropolitana, a localização de espaços de promoção de práticas e discussões da Ginecologia Natural ainda se configura um cenário majoritariamente elitizado:

Mas, assim, é... o público é mais ou menos esse, sabe? Geralmente essas pessoas brancas, pardas assim, né, poucas mulheres negras... (Terapeuta do feminino, 37 anos, parda).

O perfil é de mulheres brancas de classe média. Ponto. Tá? Majoritariamente, a gente tem esse perfil (Terapeuta ginecológica, 35 anos, branca).

As entrevistadas demonstraram também um interesse na transformação desse cenário a fim de tornar o acesso às discussões e práticas da Ginecologia Natural mais democrático. Assim, relatam iniciativas das quais fazem parte e que colaboram, em sua visão, para uma diversificação do campo. Também são relatadas estratégias como participação em oficinas e atendimento através de permuta e pagamento de valores solidários. Como ilustrado pela fala de Tieta: “Então, assim, a gente já fez na Ilha de Deus, essa oficina de Autoexame. A gente já fez em Maracaípe, com as mulheres, pescadoras de lá, da comunidade de lá. (...) A ocupação Marielle Franco que foi aqui e eu fiz também”.

Como discutido por Dieguez, Alzuguir e Nucci (2021) e Fagundes (2021), nesse movimento problematiza-se também o aspecto colonial da ginecologia moderna em determinados espaços de discussão e práticas (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021) e em materiais e manuais informativos (FAGUNDES, 2021). De modo geral, onde se constrói uma perspectiva anticolonial no campo da Ginecologia Natural, questiona-se, sobretudo, o apagamento e repressão das práticas tradicionais em nome da modernidade e de um dito projeto civilizatório do colonialismo em suas expressões na América Latina. Ainda, há um reconhecimento das violências imbricadas nas origens dessa disciplina médica e sua relação com a escravidão. No Manual de introdução à Ginecologia Natural (2018) da chilena Pabla Pérez San Martín, as histórias de Anarcha, Betsy e Lucy são utilizadas para ilustrar a subjugação ao qual as mulheres, em especial aquelas racializadas, foram e são submetidas em nome da medicina.

A proposta de uma descolonização dos corpos e da ginecologia é, portanto, pensada a partir de mudanças em práticas estruturais, no sentido de promover o resgate dos denominados conhecimentos ancestrais que foram subjugados à prática médica oficial e reprimidos pela violência colonial imposta na América Latina pela colonização espanhola e portuguesa séculos atrás. A ideia de um

“resgate” de práticas e da emergência de um “novo-velho” é trazida na seguinte passagem:

[...] então assim pra mim é uma relativa novidade, essa categoria ‘Ginecologia Natural’, ela chegou no Brasil tem pouco tempo com esse nome, mas aí empacotado nesse nome eu fui mergulhando em coisas que eu tinha muita familiaridade, né.

[...] Porque ele, na verdade, esse termo, essa categoria chega pra organizar algo que é de um saber de muita ancestralidade, né...

Então é um novo-velho campo em construção, eu gosto de chamar de novo-velho campo e gosto também dessa forma de olhar numa perspectiva de um grande movimento, né, que eu diria que é um desdobramento talvez da própria, do próprio debate do parto humanizado (Rita, Médica de família e comunidade, 40 anos, branca).

Tal como é praticado entre as ativistas em Recife e região metropolitana, a Ginecologia Natural é percebida como uma forma de promover a autonomia das mulheres no cuidado de sua saúde, a partir de ferramentas ancestrais e caminhos anteriormente traçados por aquelas que se organizaram no passado contra a opressão patriarcal vivenciada na clínica ginecológica.

Dentro do movimento da Ginecologia Natural no Brasil, diverso e plural, ainda em construção e expansão, se insere a consciência das raízes coloniais da ginecologia institucional, podendo não ser reconhecida hegemonicamente no campo. Essa percepção aponta a necessidade de que outros circuitos e trajetórias que também integram estratégias de cuidado não hegemônicas sejam explorados.

A reivindicação de um corpo descolonizado e da descolonização da ginecologia, que pode ser identificada de forma explícita na análise de publicações como manuais e cartilhas independentes (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021), não é reproduzida diretamente na fala das interlocutoras da pesquisa, embora possa ser uma influência presente em suas trajetórias políticas e visões de mundo. Mais especificamente, argumentamos que suas críticas à Biomedicina, e também o que percebem como correntes despolitizadas no próprio movimento que integram, se constroem a partir de um outro lugar: o da compreensão do corpo das mulheres enquanto um território político e da ginecologia institucional enquanto um campo onde se inserem relações generificadas e hierárquicas que precisam ser transformadas através da mobilização social.

Considerações finais

Os dados sobre o movimento da Ginecologia Natural oferecem novos *insights* sobre a pluralidade da demanda pela descolonização dos corpos, inerentes a um campo ainda em construção, mas que apresentam linhas de continuidades em relação a demandas de outros movimentos contestatórios da autoridade biomédica. Ao invés de uma análise situacional dessas movimentações, propusemos um olhar cruzado com outros discursos e práticas sociais que reclamam os corpos com útero como território colonizado. Nosso objetivo foi propor, enquanto exercício acadêmico, aproximações ainda imprevistas na arena política. Relacionar demandas de ativistas lésbicas da região sul do Brasil em iniciativas datadas da primeira década dos anos 2000 com as articulações recentes do movimento da Ginecologia Natural no Recife, região Nordeste do país, impõe limites óbvios à generalização argumentativa. Aqui apresentamos esse cruzamento a partir de seu potencial para reflexão sobre a pertinência e abrangência da abordagem decolonial.

Esse tipo de análise da ginecologia moderna nos convida a reconhecer eventos históricos em que os avanços dessa disciplina médica se efetivam a par e passo com o acúmulo de prestígio e poder para aqueles creditados por novas técnicas e práticas, por um lado, e pela exploração através da experimentação com corpos de mulheres racializadas, por outro. Explicitamos, assim, como seu advento favoreceu a implementação de um projeto de nação que só se faz viável através do controle reprodutivo. Dialogamos com um conjunto de pesquisas que têm identificado o marcador de raça como determinante social para a inaplicabilidade programada das boas práticas em saúde materno-infantil às mulheres negras em nosso país. Já o aporte do feminismo lésbico nos permitiu colocar em perspectiva o heterocentrismo não apenas como princípio filosófico que orienta a construção das ciências modernas, mas também como regime político que desempenha um papel fundamental na consolidação dos estados nacionais. A partir dessa fundamentação, argumentamos que o próprio “corpo feminino” precisa ser compreendido como uma ficção necessária e ao mesmo tempo um território colonizado.

O cruzamento dessas demandas nos permite afirmar que, quando está presente a intersecção entre raça e sexualidade, como no caso das mulheres negras lésbicas ou bissexuais, por exemplo, a interação com os cuidados ginecológicos se complexifica exponencialmente. Diferentes contingências se articulam na experiência de encarnar corpos invisíveis e não elegíveis para os cuidados ginecológicos disponíveis, levando ao adoecimento evitável e

desassistido. Vimos como as dificuldades das mulheres lésbicas em relação aos cuidados ginecológicos evidenciam a desconsideração por parte dos profissionais da sua existência, bem como de suas expectativas e experiências negativas. Porém pouco se conhece ainda dos itinerários alternativos das mulheres lésbicas e bissexuais.

De outro enquadramento, vislumbramos a pauta da descolonização do corpo feminino e da própria ginecologia que emerge no movimento sociocultural e político da Ginecologia Natural, a partir da experiência majoritariamente cis-heteronormativa e, em grande medida, branca e da classe média. Do alto da branquitude e da *performance* reprodutiva desejável, vimos emergir demandas de reapropriação pelas mulheres das decisões sobre seus corpos e de valorização/reinvenção de saberes e práticas tradicionais. Elas têm sido analisadas desde uma cuidadosa perspectiva crítica, como só a pluralidade da tradição acadêmica feminista é capaz de oferecer e que foge ao escopo do artigo revisar. Nos interessa aqui reagregar na arena política ações e agenciamentos que se organizam a partir das experiências contraditórias que permeiam as demandas de acesso à saúde mulheres lésbica e de desmedicalização do corpo pelas ativistas da ginecologia natural. Se a ginecologia se constituiu uma prática tão eficiente de gestão colonial operando a um só tempo enquanto tecnologia racial e de gênero, reduzindo e ajustando os corpos com útero às suas funções reprodutivas, precisamos articular esses ativismos heterogêneos que encorajam àquelas que se reconhecem como mulheres a reinventar seus corpos e a fertilizar umas às outras a partir de afinidades reflexivas.

Referências

- ALMEIDA, G.
(2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, 301-331.
- (2005). *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do 'corpo lésbico' na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- BARBOSA, Regina; FACCHINI, Regina.
(2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*.
- BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Mitti Ayako Hara.
(2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1511-1514.
- BROWN, Josefina Leonor *et al.*
(2014). Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. *Interface*, v. 18, n. 51, p. 673-684.

- BARROS, Douglas Rodrigues.
(2020). In: SIQUEIRA, Jean; RODRIGUES, Thiago (Org.). *Racismo*. Coleção: *Desconstruindo o Lugar Comum*. Edições Brasil / Editora Fibrá.
- CARTA DE ITAPEKERICA.
(1984). Itapekerica da Serra/SP.
- COLLINS, Patricia Hill.
(2019). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo, Boitempo Editorial.
- CRENSHAW, Kimberlé.
(2020). Mapeando as Margens: Interseccionalidade, políticas identitárias e violência contra as mulheres de cor. In: Martins, Ana Cláudia Aymoré; Veras, Elias Ferreira (Org.). *Corpos em Aliança: Diálogos interdisciplinares sobre gênero, raça e sexualidade*. Curitiba, Appris, p. 23-98.
- CURIEL, Ochy.
(2013). *La Nación Heterosexual: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Bogotá, Brecha Lésbica, en la frontera.
- DAVIS, Angela.
(2016). *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo, Boitempo.
- DAVIS, Dána-Ain.
(2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, v 38, n. 7, p. 560-573.
- DEVULSKI, Alessandra.
(2021). *Colorismo*. São Paulo: Jandaíra.
- DIEGUEZ, Roberta Siqueira Mocaiber; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi; NUCCI, Marina Fisher.
(2021). "Descolonizar o nosso corpo": ginecologia natural e a produção de conhecimento sobre corpo, sexualidade e processos reprodutivos femininos no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo.
(2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.*
(2000). Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. *Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde*. São Paulo.
- DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce.
(2017). *O que é bioética*. São Paulo, Brasiliense.
- FALU, Nessette.
(2020). Ain't I Too a Mulher? Implications of Black Lesbians' Well-being, Self-care, and Gynecology in Brazil. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, v. 25, n. 1, p. 48-66.
- FACCHINI, R.
(2004). Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: Luís Felipe Rios; Vagner de Almeida; Richard Parker; Cristina Pimenta; Veriano Terto Jr.. (Org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, p. 34-43.
- FAGUNDES, Aline Veingartner.
(2021). *Narrativas e práticas feministas de (s) colonizadoras no Manual de Introdução à Ginecologia Natural*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- GÓES, Emmanuelle F.
(2018). *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- GONZALEZ, Lélia.
(1980). Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, p. 223-244.

- KNAUTH, D.R; MEINERZ, N. E.
(2009). *Relatório Técnico do Projeto "As faces da Homofobia no Campo da Saúde"*. Ministério da Saúde do Brasil.
- LAQUEUR, Thomas.
(2001). *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- LEAL, Maria do Carmo *et al*.
(2017). The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 33.
- LIMA, Michael August Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Wweba.
(2020). (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], v. 40.
- LIONÇO, Tatiana.
(2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 11-21.
- LUGONES, María.
(2020). Gênero e Colonialidade. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). *Pensamento Feminista Hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro, Bazar do tempo.
- MARTINS, Ana Paula Vosne.
(2020). A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 27, p. 241-264.
- MATUS, Jill L.
(1995). *Unstable Bodies: Victorian Representations of Sexuality and Maternity*. Manchester, Manchester University Press.
- MELO, Ana Paula Lacerda.
(2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- MEINERZ, Nádia Elisa.
(2011). *Mulheres e Masculinidades: uma etnografia das afinidades de gênero entre mulheres em relacionamentos homoeróticos na região metropolitana de Porto Alegre*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MOSCUCCI, Ornella.
(1996). *The Science of Woman: Gynecology and gender in England (1890 – 1929)*. Manchester, Manchester University Press.
- MURPHY, Michelle.
(2004). Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement. *Feminist Studies. Fem Stud.* vol. 30, n.1.
- PALMA, Diana M; ORCASITA, Linda Teresa.
(2019). Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 23.
- PORTELLA, Ana Paula.
(2014). Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*. Brasília: MS; p. 23-30.
- OWENS, Deirdre Cooper.
(2017). *Medical bondage: Race, gender, and the origins of American gynecology*. Athens, University of Georgia Press.
- RICH, Adrienne.
(1999). Heterossexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. In: NAVARRO, Marysa; Stimpson, Catherine R. *Sexualidade, gênero y roles sexuales*. Buenos Aires, Editora Foundo de Cultura Económica.

- ROHDEN, Fabíola.
(2001). *A Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro, Ficocruz.
- RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto.
(2021). Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 30, n. 1.
- SANDELOWSKI, Margarete.
(2000). 'This most dangerous instrument': propriety, power, and the vaginal speculum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 29, n.1, p. 73-82.
- SAN MARTIN, Pabla Pérez
(2018). *Manual de introdução à ginecologia natural*. Ginecosofia Ediciones,
- SCHIEBINGER, Londa.
(1987). Skeletons in the Closet: The First Illustration of the Female Skeleton in Eighteen-Century Anatomy. In: GALLAGHER, Catherine.; LAQUEUR, Thomas Walter (Org.). *The Making of the modern body*. California, California University Press.
- SHOTWELL, Hannah Grace Dudley.
(2016). *Empowering the Body: The Evolution of Self-help in the Women's Health Movement*. Tese de doutorado apresentada a The University of North Carolina at Greensboro.
- SILVA, Adriane das Neves; GOMES, Romeu.
(2021). Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 3.
- SIQUEIRA, Thayane Santos *et al.*
(2021). *Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by COVID-19 in Brazil: a national population-based*. The Lancet Regional Health -Americas.
- TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo.
(2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12.
- THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís.
(2018). Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3505-3516.
- TUANA, Nancy.
(2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, v. 2, n. 3, p. 1-19.
- VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu.
(2001). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*, v. 21, n. 4, p. 1451-1467.
- WITTIG, Monique.
(1992). *The Straight Mind and other essays*. Boston, Beacon Press.
- Recebido em**
março de 2022
- Aprovado em**
agosto de 2022