UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

"MULHERES E SAÚDE":
"Cortadas", "costuradas", "ocas"... mas plenas de vida.
Percepções do corpo feminino.

Lílian Rose de Souza Mascarenhas

Belém
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

Lílian Rose de Souza Mascarenhas

"MULHERES E SAÚDE":
"Cortadas", "costuradas", "ocas"... mas plenas de vida.
Percepções do corpo feminino.

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Ciências Sociais do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará, área de concentração em Antropologia.
Orientadora: Prof. Dra. Maria Angélica Motta-Maués

Belém
2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Mascarenhas, Lílian Rose de Souza

Mulheres e saúde: ‘cortadas”, “costuradas”, “ocas”... mas plenas de vida: percepções do corpo feminino / Lílian Rose de Souza Mascarenhas ; orientadora, Maria Angélica Motta-Maués. - 2008

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Belém, 2008.

1. Mulheres - Belém (PA) - Condições sociais. 2. Mulheres - Saúde. 3. Mulheres - Doenças. I. Título.

CDD - 22. ed. 305.4098115

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

LILIAN ROSE DE SOUZA MASCARENHAS

"MULHERES E SAÚDE":
"Cortadas", "costuradas", "ocas"... mas plenas de vida. Percepções do corpo feminino.

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais - Área de Concentração em Antropologia

Data da apresentação: 30 de junho de 2008

Banca Examinadora

_____

Profa. Dra. Maria Angélica Motta-Maués - Orientadora
Universidade Federal do Pará

_____

Profa. Dra. Denise Machado Cardoso - Membro
Universidade Federal do Pará

_____

Profa. Dra. Ana Lídia Nauar Pantoja – Membro
Examinadora externa

_____

Dr. Raymundo Heraldo Maués (UFPA) – Membro Suplente
Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

Agradecer para mim sempre é um momento extremamente prazeroso. Neste caso mais ainda, pois as contribuições, as opiniões, o apoio, a dedicação e as bênçãos que recebi e que ainda receberei pelo desenvolvimento deste curso, precisam ser registradas e gentilmente expressadas.

Primeiro a DEUS. Porque sem Ele eu nem teria começado e muito menos terminado. Nos momentos de dificuldade foi Nele que encontrei paz, amor, graça, misericórdia, verdade, cura, sustento, foi Nele que descansei quando tinha que continuar caminhando, semeando, embora às vezes chorando. Foi Ele que levantou pessoas para me ajudar e por isso sou grata.

A todas as mulheres que participaram deste trabalho. Porque, gentilmente, abriram suas vidas para mim. Contando-me suas experiências me levaram a revisitar as minhas e a repensar minha conduta.

À minha orientadora profa. Dra. Maria Angélica Motta-Maués por tudo o que fez. Por ter sido uma benção e um instrumento de Deus em minha vida, pois nunca mais serei a mesma depois desta experiência. Por suas opiniões firmes e sinceras e por enxergar o potencial que nem eu mesma poderia ver.

À minha família só por existirem. Porque me orgulho de meus pais (Júlio e Joanna Luzia) que investiram em mim, às vezes em detrimento de seu bem estar. Ao meu irmão Ronald e sua adorável família (Claudia- esposa, Lucas e a pequena Lucy – meus sobrinhos), pois eu sempre podia escapar para dar um cheiro neles nos momentos difíceis. A minha prima Ana Rosely e sua família (Teo, Carol, Camila e Davi) por serem como um Maná no deserto que foi muitas vezes a minha vida.

Aos meus amigos e amigas pelo apoio.

A todo o povo de Deus que orou por mim. Em especial a querida irmã, amiga e colega de profissão Malu Lima pela paciência e pelo seu ministério de ouvir. A Alcimar e Rosângela meus primos, casal de oração. A célula Adoração III da Comunidade Evangélica Integrada da Amazônia – CEIA, em especial a Pra. Dagmar e ao Pr. Waldomiro pelas palavras de sabedoria e incentivo. A minha irmã e amiga Fabiana Dias e a sua mãe irmã Suely Dias, por tudo.

A Vanzo Xavier que me ajudou em oração nas últimas braçadas, quando o mar parecia mais revolto, quando a praia estava perto, mas eu, cansada, já achava que não conseguiria. Obrigada por me apoiar.

Aos funcionários da UFPA, todos que estiveram presentes em minha vida nos últimos dois anos, em especial: Rosângela, Paulo, Max, Rosana, Ana. A equipe de professores que fez parte da minha formação.

As pessoas que formam a grande família da Universidade do Estado do Pará - UEPA, onde cresci e amadureci e que me financiou nessa jornada. Agradeço especialmente a equipe do Curso de Fisioterapia da UEPA e ao Departamento de Ciências do Movimento Humano, nas pessoas de Andréa de Cássia Lima Guimarães e Juliana Maciel Queiroz Lourenço por compreenderem minhas limitações e me apoiarem. Obrigada todos esses anos.

A administração do Hospital de Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti, pelo apoio. Especialmente a minha querida amiga Fisioterapeuta Elineth Braga, chefe do serviço de Fisioterapia, que me apoiou incondicionalmente.

A todos que compuseram a equipe de pesquisa do Projeto Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental: Antropologia da Saúde da Amazônia. Em especial ao prof. Antônio Maria de Sousa Santos. Meu pedido de perdão. Realmente eu não tinha idéia do quanto a Antropologia seria importante em minha vida.

A Angélica Homobono Machado, doutoranda em Antropologia pelo PPGCS UFPa., amiga, fisioterapeuta, colega de turma, que me falou sobre o mestrado em Ciências Sociais e me incentivou a tentar os caminhos da Antropologia. Obrigada pelos livros, pelo apoio e pelo espelho.

“ Canção de peregrinos.
Quando o Senhor Deus nos trouxe de volta para Jerusalém, parecia que estávamos sonhando.
Como rimos e cantamos de alegria! Então as outras nações disseram: “ O Senhor fez grandes coisas por eles!”.
De fato, O Senhor fez grandes coisas por nós, e por isso estamos alegres.
Ó Senhor faze com que prosperemos de novo, assim como a chuva enche de novo o leito seco dos rios.
Que aqueles que semeiam chorando façam a colheita com alegria!
Aqueles que saíram chorando, levando a semente para semear, voltarão cantando, cheios de alegria, trazendo nos braços os feixes da colheita.”

Salmos 126.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO: O DESAFIO DE ESCREVER SOBRE O CORPO FEMININO 01

2 CONSTRUINDO EM MEU "OFÍCIO" UM CAMPO ANTROPOLÓGICO 05

2.1 Um novo olhar sobre minhas experiências em fisioterapia 05

2.2 Objetivo e objeto do estudo 20

2.3 Abordagem analítica 22

2.4 A pesquisa 25

3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ 28

3.1 Visão geral da Santa Casa de Misericórdia do Pará 29

3.2 Serviços e profissionais 41

4 CORPO FEMININO 53

4.1 Corpo e simbolismo 53

4.2 Corpo feminino 55

4.3. Ciclo Biológico da mulher 62

4.4 Medicalização do corpo feminino 64

5 "CORTADAS", "COSTURADAS", "OCAS" 72

5.1 Processos cirúrgicos 72

5.2 De pesquisadora a interlocutora... por assim dizer 93

6 CONCLUSÃO : AQUI COMEÇA TUDO DE NOVO 99

BIBLIOGRAFIA 103

APÊNDICES 108

ANEXOS 110

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	PERCEPÇÕES DO CORPO FEMININO DE ACORDO COM AS CIÊNCIAS DA SAÚDE	7
FIGURA 2	PERÍNEO FEMININO	9
FIGURA 3	MULHER EM “TRABALHO DE PARTO” EM FASE EXPULSIVA	11
FIGURA 4	DOENÇAS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININOS	16
FIGURA 5	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ	32
FIGURA 6	SANTA CASA – ENTRADA OLIVEIRA BELO (NOV 2008)	34
FIGURA 7	VISTA DOS JANELÕES E DISPOSIÇÃO DOS LEITOS EM ENFERMARIA NA SANTA CASA	37
FIGURA 8	FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	40
FIGURA 9	MIOMAS	78
FIGURA 10	RETOCELE E CISTOCELE	86
FIGURA 11	GRAVIDEZ ECTÓPICA	91
FIGURA 12	MIOMAS – PEÇA CIRURGICA EMBALADA PARA HISTOPATOLÓGICO	97

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 INTERLOCUTORAS E OS GRUPOS 18

LISTA DE ABREVIATURAS

FSCM	-	Fundação Santa Casa de Misericórdia.
FEEP	-	Fundação Educacional do Estado do Pará
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UEPA	-	Universidade do Estado do Pará

RESUMO

O corpo humano é marcado profundamente, não só por aspectos biológicos, mas também , e principalmente, por aspectos culturais. O corpo feminino tem sido influenciado pelos fatores citados e representa o foco desta dissertação, que tem como proposta apresentar descrição etnográfica e análise antropológica de situações que envolvem a perda de órgãos ou as cirurgias afetando o corpo feminino quando estejam relacionadas a situações tipificadas como “femininas”. A pesquisa tem como locus a cidade de Belém do Pará e a interlocução com três grupos de mulheres: equipe de enfermagem que trabalha na enfermaria Santa Maria, na Santa Casa de Misericórdia do Pará e dois grupos de mulheres “operadas”, o primeiro constituído por mulheres que foram operadas na Santa Casa e atendidas na Santa Maria e o segundo de mulheres operadas em outros hospitais, que não atendem ao SUS.

Palavras-chaves: saúde - corpo - mulheres- - doença

ABSTRACT

The human body is profoundly marked not only by biological aspects, but also and mainly by cultural aspects. The female body has been influenced by factors cited and is the focus of this dissertation, which is to submit proposal description ethnographic and anthropological analysis of situations involving the loss of organs or the surgeries affecting the female body when they relate to situations typified as "female ". The research has the locus of the city of Belém do Pará and communication with three groups of women: the nursing staff working in the infirmary "Santa Maria", in "Santa Casa de Misericordia do Pará" and two groups of women "operated", the first consisting of women who were operated on the "Santa Casa" and met in "Santa Maria" and the second in women operated in other hospitals, which do not meet the SUS.

Keywords: health - body – women – disease.

1 INTRODUÇÃO: O DESAFIO DE ESCREVER SOBRE O CORPO FEMININO

Abordar o assunto 'corpo feminino' neste trabalho foi um grande desafio, principalmente, devido ao fato de minha formação básica ser em Fisioterapia. As percepções sobre o corpo feminino aparecem constantemente nas Ciências da Saúde. Como fruto do processo de construção das identidades das profissões da Saúde, no que destaco a medicina. Durante o exercício da fisioterapia isso não é diferente. Mas, esta não é a única maneira de perceber o corpo. Todo ser humano a tem, cada cultura molda essa percepção e (para o bem, para o mal) convive com ela. As percepções das Ciências da Saúde irão aparecer constantemente na redação desta dissertação, mas, como mais uma das percepções existentes, porque as mulheres que participaram como interlocutoras dessa pesquisa também as possuem.

Meu interesse pela disciplina Antropologia se consolidou através da antropologia da saúde, pois no ano de 1991 mantive contato com temas específicos através de meu primeiro emprego remunerado como profissional recém-formada em Fisioterapia pela Fundação Educacional do Estado do Pará - FEEP, hoje chamada Universidade do Estado do Pará - UEPA. Eu já havia feito a disciplina Introdução a Antropologia e Sociologia durante a graduação, mas como a maioria dos estudantes da área da saúde, não entendia muito bem a importância das disciplinas das ciências humanas em minha formação. Mesmo assim, em decorrência de meu trabalho de conclusão de curso sobre o chamado parto de cócoras fui convidada pelo antropólogo e professor da FEEP, Antônio Maria de Sousa Santos para participar de um trabalho na área. Assim, no período de março de 1991 a dezembro de 1992, trabalhei no grupo de pesquisa em Antropologia da Saúde com ênfase nas questões Amazônicas. Depois disso, o projeto foi encerrado e continuei a trabalhar como Fisioterapeuta Geral, mas buscando informações sobre como a Fisioterapia poderia agir diante da saúde da mulher e a experiência obtida durante a convivência mais estreita na Antropologia da Saúde ficou latente.

Em 1993 comecei a trabalhar na UEPA como professora ligada a várias disciplinas, entre elas Fisioterapia em Saúde da Mulher (moderna terminologia). Em 1998 assumi a disciplina como professora concursada e passei a me dedicar exclusivamente a ela. Como professora da UEPA desde 1993, trabalhando com Saúde da Mulher, pude em 2004, através de convênio entre a UEPA e a Santa Casa – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará iniciar trabalho de atividade prática visando o atendimento de mulheres nas enfermarias do

hospital, utilizando os recursos da fisioterapia. Na disciplina em questão era necessário mostrar aos estudantes os diversos aspectos da ação do fisioterapeuta quando o enfoque era a mulher – o corpo feminino.

Como resultado de minha anterior vivência no projeto de Antropologia e de minha experiência profissional lidando com Saúde da Mulher , surgiu a "inquietação" sobre como as mulheres vêem o corpo feminino, especialmente quando elas precisam ser operadas, isso é, passar por uma cirurgia com intervenção em algum dos chamados órgãos "femininos". Dentre todos os locais, de atendimento e cuidados em que estive na Santa Casa, todos extremamente interessantes, a enfermaria Santa Maria me chamou a atenção, pois nela ficam internadas as mulheres que passam por cirurgias para retirada de órgãos como: útero, trompas, ovários, para correção de problemas que levam a chamada queda de bexiga, perda de urina, perda de fezes, tumores uterinos e ovarianos, entre muitas outras situações. Essas mulheres passam por procedimentos que "mexem" em seus corpos e quando eu atuava como fisioterapeuta, percebi que elas se mostravam de certo modo "espantadas" com as informações sobre a localização desses órgãos e para que serviam, embora tivessem suas próprias interpretações da questão. Esse fato, aliás, é mostrado por Víctora (2001) quando trata das formas como o conhecimento sobre o corpo e a localização dos órgãos internos existe nas pessoas, no caso do trabalho em tela, mulheres, e como as informações *médicas* (grifo meu) influenciam nessa interpretação.

Assim, para a seleção no mestrado, optei por abordar o tema relacionado ao "assoalho pélvico", conhecido mais comumente como períneo, e a maneira como as mulheres internadas e operadas na Enfermaria Santa Maria durante o meu trabalho de campo teriam percepção dessa parte de seus corpos. Gradativamente, conforme fui buscando informações de como desenvolver o projeto esbarrei na impossibilidade de ter contato com as mulheres sem antes ver uma série de protocolos da Santa Casa devidamente atendidos. Esse procedimento diz respeito a toda tramitação referente a pesquisa em seres humanos. Esta situação se mostrou, gradativamente mais complexa, devido a realidade da rotina da enfermaria Santa Maria. O que gerou dificuldade em desenvolver os laços para uma boa relação com as mulheres e afetou as possibilidades de obtenção de informações prestadas, uma vez que o meu papel no hospital envolve a docência e o exercício da Fisioterapia.

Durante as disciplinas do mestrado, que envolveram temas como hermenêutica, globalização, história da antropologia, estudos sobre gênero e família e métodos e técnicas de pesquisa em antropologia, algumas questões começaram a fluir em minha mente. Um dos questionamentos que culminou por embasar essa dissertação dizia respeito ao fato de

mulheres interagirem com mulheres na enfermaria Santa Maria, algumas no papel de "pacientes" e outras no papel de "terapeutas" ou profissionais de saúde e como o fato de conviverem com a situação de perda de órgãos as afetava.

O contato com alguns textos estimularam minha reflexão sobre o papel do trabalho no contexto feminino, ou e como as mulheres encaram o trabalho e que tipo de trabalho elas desempenham. Sobre este aspecto comecei a perguntar: como as mulheres que desempenham suas funções de trabalhadoras na enfermaria Santa Maria encaram seus corpos femininos. E como, através de suas lentes, elas vêem os corpos de outras mulheres, no processo de intervenção a que elas são submetidas.

As mulheres atendidas na Santa Maria têm contato com inúmeras outras mulheres trabalhadoras: administradoras, psicólogas, médicas, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicas de enfermagem, entre outras. E com cada categoria profissional desenvolve uma relação diferenciada. Então decidi enfocar não só as mulheres que foram operadas, mas também as mulheres trabalhadoras da equipe de enfermagem, formada pelas técnicas de enfermagem e as enfermeiras, por se tratarem de pessoas que cumprem plantões que variam de seis a doze, podendo chegar até a vinte e quatro horas. O que faz com que permaneçam mais tempo com as mulheres internadas do que qualquer outra equipe da área de saúde. Este fato poderia favorecer vislumbres das falas das próprias pacientes, mesmo que através das lentes das mulheres trabalhadoras, como se mostrou verdade no caso desta pesquisa.

Assim, optei por trabalhar o tema *"Mulheres e Saúde: "cortadas", "costuradas", "ocas"...mas plenas de vida. Percepções do corpo feminino"* tomando como referência minhas experiências como fisioterapeuta nesses últimos quinze anos de trabalho profissional, entre eles quatro na Santa Casa, associando a isso as interlocuções desenvolvidas com mulheres submetidas a cirurgias na Santa Casa, interlocutoras que foram operadas em outros locais e interlocutoras que atuam como profissionais da saúde na Santa Casa – as primeiras e as últimas já presentes nesses meus anos de trabalho no hospital.

Como forma de desenvolver o tema, organizei a dissertação em seis partes: uma introdução, quatro capítulos e a parte final. Os capítulos estão organizados visando entender a escolha do tema, a escolha do espaço hospitalar como ambiente para a coleta de informações, o corpo em seus aspectos mais amplos e finalmente o corpo feminino e algumas das intervenções a que vem sendo submetido, no caso específico deste trabalho.

No Capítulo 1 - *Construindo em meu "ofício" um campo antropológico* esclareço a forma como minhas vivências em fisioterapia foram revisitadas na elaboração desse trabalho,

aponto o objeto e objetivo do estudo, as questões metodológicas que envolvem a abordagem analítica, a pesquisa e o trabalho de campo.

No *Capítulo 2* – A *Santa Casa de Misericórdia do Pará*, abordo as principais características da Santa Casa de Misericórdia. Enfoco a estrutura da Santa Casa, enfatizando os ambientes, algumas profissões como a fisioterapia, de forma a introduzir o leitor às questões que remetem às relações passíveis de ser estabelecidas entre a fisioterapia e a antropologia.

No *Capítulo 3* *O Corpo Feminino*. Mostro as abordagens e diversos olhares sobre o corpo humano e especialmente o corpo feminino, com ênfase a medicalização do corpo feminino. O capítulo está dividido em quatro partes: na primeira (corpo e simbolismo) busco refletir sobre as representações que o corpo possui e como os aspectos simbólicos estão presentes nas representações do corpo. Na segunda parte (corpo feminino) os aspectos relevantes sobre o corpo feminino são abordados, enfatizando as abordagens antropológicas Na terceira parte (ciclo biológico da mulher) busquei definir como o ciclo biológico e as idéias sobre o mesmo são importantes no contexto da perda de órgãos e por último a medicalização do corpo feminino

No *Capítulo 4* *"Cortadas", "costuradas", "ocas"*...mas plenas de vida, busco o entendimento das intervenções cirúrgicas e as representações sobre sua ação no corpo feminino.

A esse capítulo se segue a última parte do trabalho, 'aqui começa tudo de novo', que representa as aproximações conclusivas da dissertação.

2 CONSTRUINDO EM MEU "OFÍCIO" UM CAMPO ANTROPOLÓGICO

Com as informações que se seguem, busco dar esclarecimentos sobre a escolha de meu tema de estudo e por que decidi falar de corpo, mulheres e saúde. E, para que essas informações que estou chamando de "esclarecimentos" se dêem é necessário que explique primeiro como venho buscando na antropologia os instrumentos que permitam lançar, o que veio a ser para mim, uma nova visão sobre minhas experiências como profissional em fisioterapia.

2.1 Um novo olhar sobre minhas experiências em fisioterapia

Minhas reflexões sobre o exercício da fisioterapia a partir das novas lentes da antropologia são como o de muitas pessoas que ao se aproximarem desta disciplina, trazem sua bagagem profissional e se vêem diante de novos rumos, novos olhares. Como foi o caso de Carlos dos Santos que apresenta reflexões sobre sua "história" na antropologia – "como e quando pode um arquiteto virar antropólogo?". Ao ler o artigo que tem tal título, foi impossível não fazer um paralelo com minha própria trajetória. Pois me vi, como ele, diante de minhas dúvidas e estranhamentos, não podendo negar minha formação, mas tendo que revisitar minhas experiências agora munida de novos instrumentos, novas lentes :

> É como se você fosse andando, muito decidido, por um caminho reto e, aos poucos, fosse percebendo que ele ia se estreitando, mudando de características e virando um beco. Aí você acaba dando de cara com uma parede. As suas opções seriam: 1)- ficar parado, olhando para o obstáculo sem entender nada, desesperado e desanimado; 2)-esmurrá-lo na esperança de derrubá-lo a socos;3)- declarar que só continuaria a andar quando chegasse o dia certo em que todas as barreiras cairiam e todos os caminhos passariam a ser livres e sem empecilhos e consolar-se com a idéia; finalmente, você poderia 4)- dar meia-volta, olhar na direção oposta e pensar- aqui começa tudo de novo. A última alternativa parece a mais simples. De fato não o é. Todos os fins trazem, implícito e embutido, um começo. Só que para reconhecê-lo, é preciso dar uma virada completa com a cabeça.(DOS SANTOS. 1980. p. 37)

O processo de desconstrução e construção pelo qual passei, e venho passando, em minha trajetória como aprendiz de antropóloga têm me proporcionado grandes oportunidades

de “virar a cabeça” e observar as situações e pessoas com novos olhares. Assim, a dissertação foi trabalhada a partir de meu interesse e desejo em construir um olhar antropológico sobre questões ligadas a gênero, especialmente quando o enfoque recai sobre o corpo das mulheres.

Em 1985, ao ingressar na UEPA, no curso de Fisioterapia e iniciar meus estudos sobre o ser humano, sobre a saúde, gradativamente, fui me interessando pelos temas relacionados à mulher (ver figura 1 p. 7), sob o ponto de vista, principalmente, das sociedades ocidentais; as doenças que o acometem e como estes temas e situações influenciam os movimentos que o corpo humano possui. Inicialmente, por identificar situações que encontrava em meu cotidiano, como: menstruação, funções reprodutivas, “males” femininos de que ouvia falar, entre as mulheres de minha própria convivência, que só as mulheres possuíam, “mudanças” como a menarca, a menopausa, o parto, a gravidez, e que sempre eram contadas e referidas durantes as conversas e depois se tornaram uma constante quando iniciei minha carreira como fisioterapeuta.

Minha trajetória acadêmico-profissional foi, e continua se dando, nas áreas da educação e saúde. Graduei-me em Fisioterapia (1985 a 1989) pela UEPA[1], apresentando Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A *importância da Fisioterapia no Parto Natural de Cócoras* (1989)”[2]. No ano de 1991, já como fruto do referido trabalho, como já referi, fui convidada a participar do Projeto *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental: A Antropologia da Saúde na Amazônia*, que foi desenvolvido a partir do convênio entre o Museu Paraense Emílio Goeldi e a UEPA (1991 a 1992), sob orientação do Prof. Antônio Maria de Sousa Santos,pesquisador dessas instituições e também atuando como professor (de Antropologia) na Escola de Enfermagem do Estado, no qual desenvolvi atividades relaciona-

[1] Naquela época a UEPA ainda funcionava, existia institucionalmente, como Fundação Educacional do Estado do Pará – FEEP. Em 1993 ingressei na UEPA como professora temporária e estive envolvida com a ministração de várias disciplinas, entre elas a Fisioterapia em Saúde da Mulher (nova denominação para Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia ou Fisioterapia nas disfunções Urogenitais e pré e pós-parto). No ano de 1995 me especializei em *Educação e Problemas Regionais* pela Universidade Federal do Pará. Em 1998, assumi, como professora concursada, a disciplina Fisioterapia nas Disfunções Urogenitais e Pré e pós-parto. Em 2002, conclui outra especialização, essa em *Programa de Saúde da Família – (PSF),* com ênfase no papel do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família e suas Representações na Saúde Pública (O PSF é o Programa que atua na saúde familiar, com enfoque maior na prevenção e atenção à saúde, prestada a um número definido de famílias sob a responsabilidade da equipe que desenvolve ações como:visita domiciliar e mapeamento das necessidades específicas de cada família e área. Em Belém o programa existe e se encontra em expansão). Considero estas informações necessárias para o entendimento de meu interesse pela antropologia e especificamente, pela linha de pesquisa Identidade, Etnicidade e Gênero.

[2] O parto de cócoras é um tipo de parto vertical, que é bastante comum entre as mulheres indígenas, não só no Estado do Pará, como também entre as etnias do Sul. A terminologia “cócoras” é usada por se tratar da posição em que a mulher fica durante o ato de expulsar a criança.

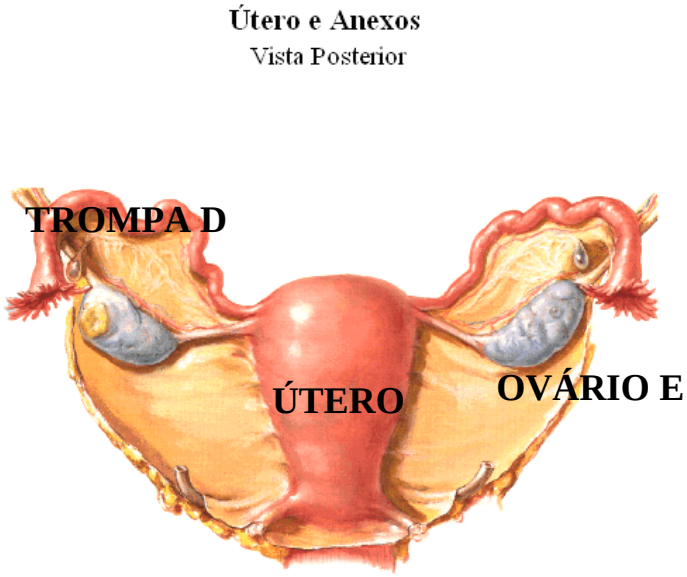
FIGURA 1 PERCEPÇÕES DO CORPO FEMININO DE ACORDO COM AS CIÊNCIAS DA SAÚDE Uma das formas de perceber o corpo feminino é através das lentes dos profissionais de saúde, que não é única, mas que pode influenciar a percepção de outras áreas do conhecimento , ou de grupos de pessoas.

1. Órgãos genitais internos – órgãos pélvicos em separado: útero (1) , trompas (2) e ovários(2). (No artigo de Motta – Maués " Lugar de Mulher" (1994 – p.114), esses órgãos são referidos,respectivamente,pelas moradoras de Itapuá como: "útere", "cordas" e "orvalho". A forma como as Ciências da Saúde denominam os genitais não é a única forma, o artigo citado mostra que as mulheres interlocutoras do estudo possuem suas próprias representações).

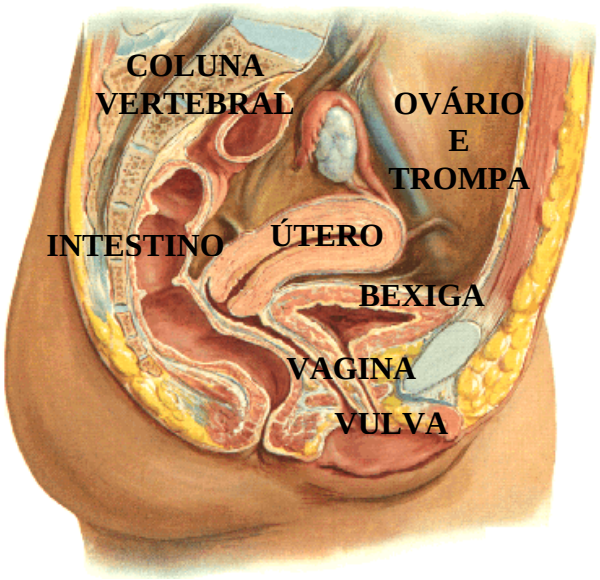
2. Órgãos pélvicos femininos – genitália interna; localização e relação com outros órgãos como bexiga, intestinos, coluna vertebral. Vê-se também a genitália externa, chamada de vulva (grandes e pequenos lábios, clitóris, entrada da vagina, monte de Vênus) conhecida como "partes" ou também "partes pudendas".

FONTE: NETTER (2004)

1



2



nadas ao estudo do chamado parto de cócoras, tendo como

referência a comunidade Mundurukú, localizada na reserva indígena chamada Mundurukânia (fronteira do Pará com Mato Grosso do Sul).

Durante minha experiência com a Antropologia da Saúde, pude encontrar grande afinidade entre minha linha de trabalho como professora e fisioterapeuta e os estudos antropológicos com que estava em contato, então.

No que se refere ao ponto chave de meu interesse de estudo, desde 1988 mantenho contato com os estudos sobre o corpo feminino, através das discussões elaboradas na disciplina Fisioterapia nas Disfunções Urogenitais e Pré e Pós-parto. Este contato se estende até hoje, visto que no ano seguinte à conclusão do projeto Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental, em 1993, ainda na UEPA, iniciei carreira como professora da mesma disciplina e até hoje a ministro. E, tanto como professora, quanto no dia a dia da fisioterapia tenho observado com interesse, vários aspectos do corpo humano, especialmente, do corpo feminino, tais como, a forma como as mulheres tratam seus corpos, como se referem aos órgãos internos que tem relação direta com aspectos biológicos, reconhecidamente, femininos, como a gestação e o parto,por exemplo. Entre esses aspectos biológicos, fisiológicos e funcionais alguns chamam a minha atenção, como é o caso do *assoalho pélvico*, que possui grande importância na qualidade de vida feminina, sendo na verdade conhecido, referido por todos, inclusive pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem), no seu trato com as pacientes e por qualquer outra pessoa como períneo (ver figura 2 p.9)[3]. E que mesmo no exercício da Fisioterapia é mais abordado e conhecido pela Fisioterapia em Saúde da Mulher.

A Fisioterapia possui como principal elemento de estudo o movimento humano, suas possíveis disfunções e a maneira como favorecer o desempenho adequado de cada função, utilizando-se para isso recursos físicos naturais e artificiais[4]. Como a maioria das profissões da área da saúde e acompanhando o processo de especialização do conhecimento, a

[3] O termo assoalho pélvico é usado dentro das ciências da saúde, mas, mesmo assim, como disse acima, é mais comumente referido pelos profissionais que lidam com a saúde da mulher como períneo. Será este o termo utilizado nesta dissertação.

[4]Alguns dos recursos aos quais me refiro são o *próprio movimento* realizado através de técnicas manuais, exercícios e manipulações – massagens/ cinesioterapia; *a água* – usada como tratamento (hidroterapia) e os movimentos realizados na água (hidrocinesioterapia) ; *o calor* e sua ausência- termoterapia/ crioterapia; *a luz* – fototerapia; *a eletricidade* – eletroterapia e combinações destas categorias de recursos, de modo a prevenir, tratar e reabilitar o ser humano em seu movimento e nas funções relacionadas a ele.

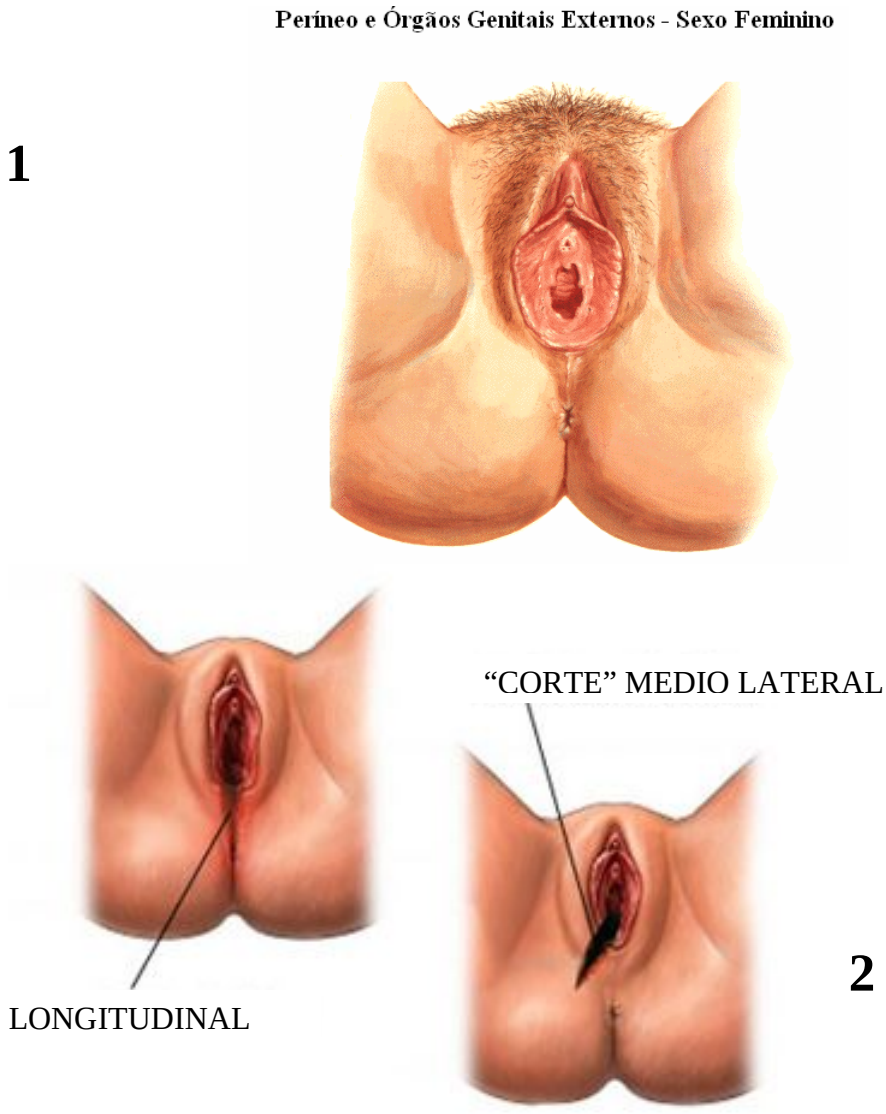
FIGURA 2 - PERÍNEO FEMININO

1. O Períneo e a região onde estão localizados os genitais externos, aqueles que são mais visíveis e portanto mais conhecidos.

FONTE: NETTER (2004)

2. O Períneo poderá ser cortado durante o parto através da episiotomia, um tipo de cirurgia que é muito comum de ser realizada em hospitais, feita por seus adeptos, com objetivo de aumentar a área de saída para a criança, mas que pode ter conseqüências desagradáveis para mulher, como dor durante o sexo, formação de cicatrizes dolorosas e grandes (quelóides). No caso da figura em questão, são mostradas duas formas de realizar a episiotomia. Uma em que o "corte" é longitudinal (longo) indo da vagina em direção ao ânus e outra médio-lateral (do meio para o lado). Depois do nascimento o "corte" e "costurado" (sutura – episiorrafia) e a mulher precisa passar por um período de "resguardo" para evitar rompimento dos pontos. Até que o ferimento esteja cicatrizado as funções do períneo fiam limitadas e devido a sua localização a episiotomia pode levar a conseqüências que limitam as funções do períneo. Pode haver hiper ou hiposensibilidade local, além de diminuição da força muscular do períneo.

FONTE:http://www.kentri.org/body.cfm?id=199&chunkiid=103889



Fisioterapia também trabalha dentro de linhas de especialidades. A *Fisioterapia em Saúde da Mulher*, moderna nomenclatura para Fisioterapia nas Disfunções Urogenitais e Pré e Pós parto, é uma das especialidades da Fisioterapia, que se detém em estudar a mulher e vários aspectos relacionados com sua saúde, as doenças ou situações que envolvem a saúde da mulher, especificamente os seus movimentos. Em todas essas situações existe um fator que é tanto funcional quanto biomecanicamente imprescindível, o períneo, principalmente porque devido a sua localização, na base da pelve (ancas, cadeiras) , participa direta ou indiretamente de várias funções do organismo humano[5] (ver FIG 3 p. 11). Assim, a base da pelve, possui grande importância, visto que muitas atividades dependerão do desempenho do períneo. Consideremos que esta base é composta por músculos, com dupla característica, fibras musculares que podem ser controladas pela vontade e uma parte de fibras que não podem ser controladas pela vontade.[6] Elaborada para suportar pressões, mas também passível de treinamento devido às fibras musculares voluntárias que possui (BARACHO,2004. BARACHO 2007).

Os estudos Biomecânicos e de Fisiologia do Exercício já demonstraram que o esforço imposto aos músculos voluntários, quando devidamente dosado e bem orientado produz, aumento da força e da resistência à fadiga. (FOX, BOWERS e FOSS, 1991,p. 112).[7]

O períneo se beneficia bastante com os exercícios, como qualquer outro grupo de músculos voluntários ou mistos do corpo. Essa observação é específica de meu olhar fisioterapêutico, uma vez que essa região do corpo possui percepções diferentes de acordo

---

[5] A historiadora Mary Del Priore em seu livro "Corpo a Corpo com a Mulher" tece comentários sobre a pelve, usando o termo "ancas", tal qual os textos históricos o registram: "Ancas eram o símbolo da mulher sexuada, desejável e fecunda" (DEL PRIORE. 2000. p. 58). A pelve ou quadril, ou "ancas" corresponde a um conjunto de estruturas localizadas estrategicamente entre as estruturas do tronco e as pernas, sendo especialmente importante para atividades como:caminhar, correr , respirar, ficar de pé, defecar, urinar, o ato sexual e, no caso da mulher, na gravidez, menstruação, parto, pós-parto.

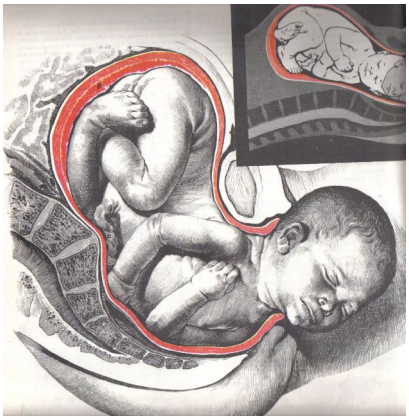
[6] Existem no corpo três tipos de fibras musculares: *voluntárias*, que podem ser controladas pela vontade, como por exemplo, os músculos do braço; fibras musculares *involuntárias*, como as do estômago e intestinos e fibras musculares do *coração*, que também são involuntárias, mas especiais. O períneo é formado por fibras mistas: tanto pode ser controlado, ou como no ato sexual, durante o orgasmo, quando poderão contrair sem o controle voluntário.

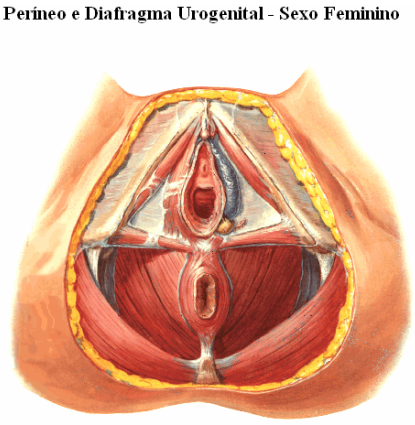
[7] Estes elementos são importantes para o desempenho das funções do períneo, pois, como já frisei, ele se relaciona diretamente aos mecanismos do *ato sexual*, visto que há necessidade de controle voluntário para contrair e relaxá-lo durante a execução do ato gerando maior prazer para a mulher e para o parceiro; da *menstruação*, visto que o canal de escoamento do fluxo menstrual, a vagina, é uma das estruturas que atravessam o períneo; da *gravidez* onde a função de sustentação do peso da criança incide diretamente sobre a pelve e conseqüentemente sobre sua base; do *parto*, quando a fase de expulsão da criança e da descida da placenta em partos via vaginal, necessitam de uma boa elasticidade do períneo, podendo ainda necessitar de intervenção médica, através da *episiotomia* (incisão cirúrgica feita na saída do canal de parto, atingindo as estruturas do períneo e que profissionais da saúde estão discutindo como ineficaz, como procedimento de rotina, em seu objetivo de proteger o períneo de problemas relacionados com as lacerações –rasgos, e,principalmente, da fraqueza) e no *puerpério* (pós-parto) quando o assoalho pélvico, mais freqüentemente em partos via vaginal, é afetado pela passagem da criança.

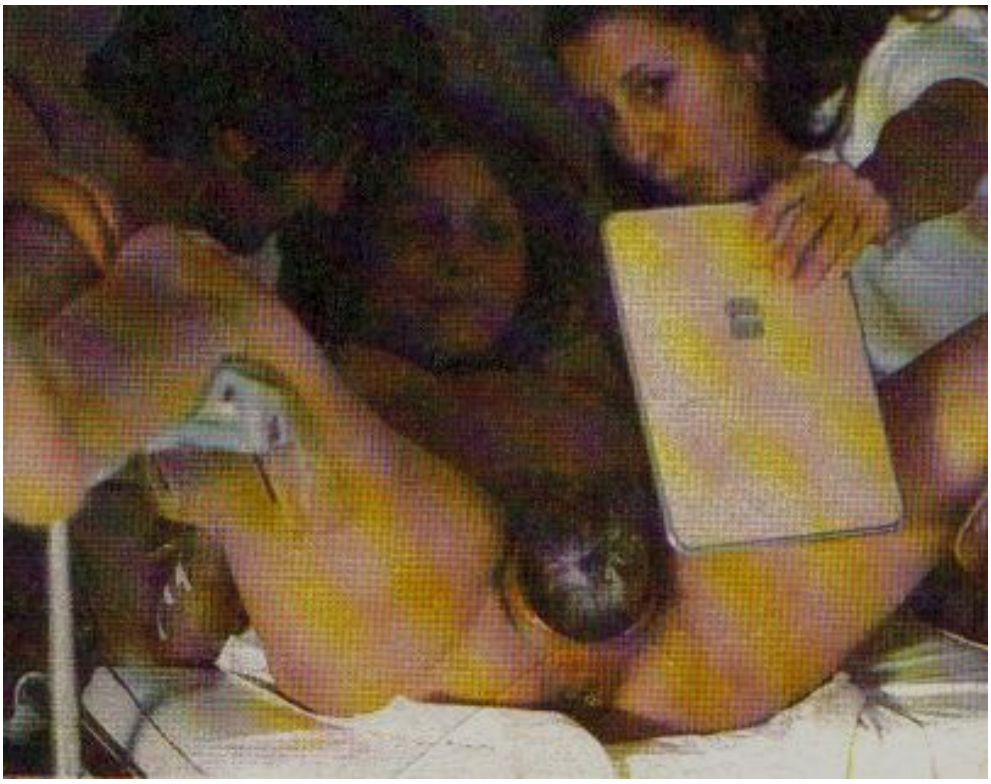
FIGURA 3 - MULHER EM "TRABALHO DE PARTO", NA FASE EXPULSIVA.

1. Nessa fase a criança está saindo do útero e o grau de elasticidade que os músculos do períneo precisa ter , reflete a importância que eles tem para as mulheres, não só nessa fase, mas em outras situações como a relação sexual, defecação (fezes), micção (urina). FONTE: MACY E FLAKER (1979).

2. Músculos do períneo. Responsáveis pela capacidade de contrair e relaxar a vagina e o ânus. FONTE: NETTER 2004







com quem está informando, mesmo entre os profissionais de saúde. Esse entendimento de como o períneo, principalmente, por sua capacidade de contrair, pode ser trabalhado e influenciar o parto, a gravidez, o ato sexual, entre outras situações, mesmo dentro da Fisioterapia é encontrado, quase exclusivamente, em profissionais que trabalham com saúde da mulher.

Em todos os anos em que estive trabalhando com mulheres, esse sempre foi um fato que me chamou atenção. Costumeiramente abordava as pessoas como fisioterapeuta falando sobre a importância do períneo, chamando atenção para as implicações que um períneo fraco teria sobre o ato de defecar, ou de urinar, ou do próprio parto e da gravidez, mas só consegui atenção quando comecei a utilizar como estratégia, falar sobre a importância do períneo para o ato sexual. O interesse crescia e as mulheres me davam mais atenção, perguntando e participando mais. O períneo, então, foi abordado a partir da pesquisa entre as pessoas, especialmente mulheres, que foram interlocutoras deste estudo. Embora em minhas interlocuções raríssimas vezes, alguma mulher falou abertamente do períneo e de suas funções, elas mostravam interesse em saber mais sobre as percepções dos profissionais de saúde, principalmente como forma de desenvolver maior prazer sexual.

Existem pesquisadores trabalhando com aspectos relacionados ao corpo, nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Cada grupo de estudiosos imprime em suas pesquisas características e interpretações específicas. Baracho (2004) é um exemplo na Fisioterapia. Goldenberg (2002) o é nas Ciências Sociais.

Miriam Goldenberg, na apresentação de "Nu e Vestido" explica que o corpo, como é analisado nos artigos do livro, "é uma construção cultural e não algo 'natural'". Neste sentido, "também é roupa, máscara veículo de comunicação carregado de signos que posicionam os indivíduos na sociedade" (GOLDENBERG. 2002. p. 10). Na orelha da coletânea de artigos citada, observamos David Le Breton[8] falando sobre o livro e sobre as transformações do "corpo ocidental" , que é o enfoque de minha pesquisa pois trabalhei com mulheres urbanas na cidade de Belém do Pará:

> O corpo ocidental está em plena metamorfose. Não se trata mais de aceitá-lo tal como ele é, mas sim de corrigi-lo, transformá-lo e reconstruí-lo. O indivíduo contemporâneo busca em seu corpo uma verdade sobre si mesmo que a sociedade não consegue mais lhe proporcionar. Na falta de realizar-se em sua própria essência, este

[8] Referência obtida na obra "Nu & Vestido " (GOLDENBERG, 2002). Decidi incluir o comentário sobre a obra assinado por David Le Breton na orelha do livro, por entender que se adequa à situação que exponho no momento. David Le Breton é professor da "Universidade Marc Bloch, de Strasbourg (França), autor de livros como: Anthropologie du corps et modernité; L'Adieu au corps; Corps et sociétés; Les passions ordinaires: anthropologie des émotions."

> indivíduo procura realizar-se através de seu próprio corpo. Ao mudá-lo ele busca transformar a sua relação com o mundo, multiplicando os seus personagens sociais[…]A sociedade do espetáculo, cada vez mais poderosa, erige a aparência física em dever e responsabilidade de cada indivíduo. A profundeza do eu encarna-se a flor da pele, o corpo torna-se o lugar da salvação, sendo uma forma de não passar despercebido, uma maneira de destacar-se na cena social. (LE BRETON in GOLDENBERG, 2002 – texto da orelha do livro.)

Considerando o que venho estudando, em meus contatos com mulheres na prática da Fisioterapia, encontro muita dificuldade quando abordo a percepção da importância do períneo e das demais áreas do corpo feminino, independentemente do grau de instrução e ou da camada social dessas mulheres. Neste ponto, ressalto que tal comportamento não é exclusivo e nem determinante por serem elas mulheres usuárias dos serviços de saúde públicos, portanto pertencentes, via de regra, as camadas populares, pois também mantenho interlocuções com outras mulheres em minhas redes de relações, na sua maioria também profissionais de saúde[9] que se mostram curiosas e interessadas sobre as informações relacionadas ao corpo feminino, mas externando as mesmas dúvidas e até "espanto" quando o assunto é esse mesmo corpo. Isso tem relação direta com a curiosidade natural que existe sobre as percepções diferentes das que elas possuem. Porque enfoco os assuntos anteriormente citados usando as percepções que o profissional de saúde tem, mais especificamente o fisioterapeuta em Saúde da Mulher. O que não anula as próprias percepções que elas possuem e o conhecimento sobre o funcionamento de seus corpos. Ibáñez- Novión (1978) mostra especialmente, como as percepções anatômicas estão presentes. Em o "anatomista popular", interlocutor do autor, deteve-se em explicar detalhadamente o genital feminino, frisando a existência da "*bacia*", da "*escadeira*", que de acordo com o autor, fazendo correlação com a chamada anatomia científica, que venho abordando e identificando com as ciências da saúde, "constituem em seu conjunto o que se convencionou chamar cintura-pélvica" O interlocutor continua explicando sobre o genital feminino e indica a "*mãe do corpo* (ovário)"; um pouco abaixo da *mãe do corpo* e ligada a esta por uma *sorte de cordão*, encontra-se a *postesta* (útero), existindo ainda a madre (vagina), que é o "portão" de saída para a"misturação" e através da "madre" é que se efetua o parto. (IBÁÑEZ- NOVIÓN. 1978 p. 102- 104).

[9] Trabalho hoje em dois hospitais públicos – um hospital geral (Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti – conhecido como HPSM da 14 ou simplesmente Pronto Socorro) e na Fundação Santa Casa, para todos apenas Santa Casa (através da UEPA), com médicas, fisioterapeutas, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, técnicas de enfermagem e profissionais sem formação básica na saúde mas com atuação comprovada na equipe de saúde como as psicólogas e assistentes sociais.

Entretanto, considerando que minha abordagem tem sido predominantemente, fisioterapêutica, continuo buscando ampliar o olhar através da investigação antropológica, com vistas a interpretação dos saberes, das representações, das interpretações que as mulheres possuem sobre o assunto.

Por este motivo e também como conseqüência de minha experiência na Antropologia da Saúde em 1991, ingressei no mestrado em Ciências Sociais - Antropologia em 2006 , pois a construção do olhar antropológico que venho buscando, tem me ajudado a obter maiores informações sobre aspectos de gênero e sobre o corpo feminino. Abordando o corpo feminino através da antropologia e em associação com minha experiência de profissional da saúde, isso facilita também ampliar meu desempenho como fisioterapeuta e como professora.

Assim sendo, a questão principal que busco são os "usos", as idéias, entendidos aqui como a forma de perceber o próprio corpo, como as mulheres se vêem na condição de "pacientes", de mulheres "cortadas", "costuradas", "ocas" [10] e também na condição de mulheres trabalhadoras da área da saúde, lidando com mulheres.

Este interesse surgiu de minha experiência como fisioterapeuta, pois tenho observado que as mulheres na maioria das vezes tinham certa dificuldade em identificar as situações que envolviam o funcionamento de seus corpos, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde, embora essa não seja a única forma de entendimento do corpo humano, foi a que me chamou a atenção devido à influência que pode representar para as pessoas que tem contato com esses profissionais, especialmente, como é o caso de minha dissertação, para as mulheres interlocutoras de minha pesquisa (VÍCTORA 2001). Quando estive trabalhando na Enfermaria Santa Maria da Santa Casa de Misericórdia, exercia dupla função: professora da UEPA e fisioterapeuta. O Curso de Fisioterapia da UEPA possuiu e ainda possui convênio com várias instituições para o desenvolvimento de atividades práticas pelos estudantes dos dois últimos anos do curso. Cada disciplina dos dois últimos anos é responsável pelo desenvolvimento de atividades que incluem o atendimento de pessoas pelo professor e, especialmente, pelos estagiários. Em meu caso, fui e ainda sou responsável pela disciplina Fisioterapia em Saúde da Mulher e desde agosto de 2004 interagi com várias mulheres, que se tratavam na FSCM e as profissionais que trabalhavam na enfermaria Santa Maria e observei durante a avaliação fisioterapêutica, que o conhecimento de partes do corpo como o períneo, existia, mas havia grande dificuldade em externar as interpretações delas frente ao

[10] "Cortadas" diz aqui respeito ao ato de fazer uma incisão para realizar uma cirurgia. "Costuradas" diz respeito a ráfia ou "pontos" que são dados para fechar o ferimento que é feito durante a realização da cirurgia. "Ocas" diz respeito a percepção de "ausência" de órgão ou órgãos que são retirados durante o procedimento cirúrgico. São expressões recorrentes em minhas interlocuções e por isso usarei os temos freqüentemente.

conhecimento do profissional de saúde. Embora o conhecimento sobre o corpo existisse, eu não possuía condições de identificar suas interpretações. Essa, uma das razões do interesse por uma abordagem antropológica**.**

Inicialmente minha dissertação estava concentrada somente em abordar as mulheres que tinham sido operadas na Santa Casa e que ficaram internadas na Enfermaria Santa Maria . Elas eram submetidas a cirurgias que tinham ligação direta ou indireta com os genitais femininos, como a retirada do útero (histerectomia), ou a retirada de miomas (miomectomia), ou a correção de quedas de órgãos como a bexiga (cistocele) ou a queda do útero (histerocele) (ver FIG 4 p. 16).

Durante o desenrolar das disciplinas do mestrado, novas idéias foram surgindo e, como já mencionei antes, dois novos grupos foram vislumbrados por mim: o das mulheres que trabalhavam atendendo aquelas mulheres "cortadas", "costuradas" e "ocas" e o das mulheres de minha rede de relações que também passaram por processos cirúrgicos mas, fora da Santa Casa, em hospitais particulares ou que atendem a clientela específica que não o SUS (como é o caso de Hospital das Forças Armadas).

Quanto as interlocutoras profissionais de saúde, decidi centrar o trabalho na equipe de enfermagem, devido o tempo que permanecem no hospital e por terem contato por mais tempo com as mulheres internadas. Sobre o trabalho feminino, pude constatar que na Santa Casa as atividades laborativas estão relacionadas e sofrem influência das relações de gênero. Neste contexto o trabalho da equipe de enfermagem chamou-me a atenção, visto que, como já disse, de todos os profissionais de saúde que circulam pela Santa Casa, esta equipe é a que permanece mais tempo junto às pessoas, e ela é composta , principalmente, ou mesmo basicamente, por mulheres, já que existem homens fazendo parte da equipe,mas em muito menor número. Alias, essa é a característica primordial do corpo técnico da Fundação Santa Casa de Misericórdia, onde mais de 70 % do contingente é de mulheres. Por conta disso busquei observar as questões relacionadas ao corpo feminino sob a ótica das mulheres membros da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), de modo a saber como elas vêem seus corpos, como desenvolvem seu trabalho usando os movimentos de seus corpos e como vêem os corpos das mulheres que se tratam na Santa Casa e as quais elas atendem diuturnamente.

Um ponto importante foi a investigação das partes do corpo que eram mais referidas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem, principalmente porque o períneo, que me

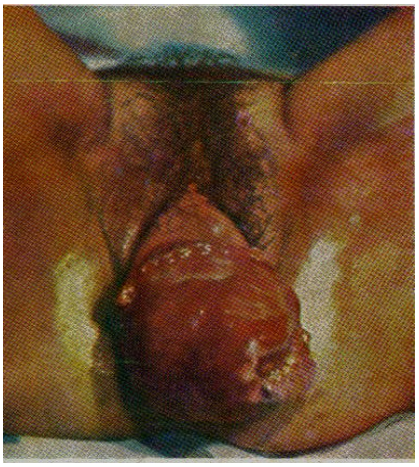
FIGURA 4 - DOENÇAS DOS ÓRGÃOS FEMININOS

1. Queda de útero: o útero está exteriorizado pela vagina. Além disso, há um ferimento no colo uterino (câncer). Nesse caso a indicação e de retirada cirúrgica do útero (histerctomia). Como fonte de grande representação, encontrei a perda do útero como uma forma de resolver problemas intensos de mudança de posicionamento e de perdas de sangue que enfraqueciam as mulheres, mas como referiu uma de minhas interlocutoras da equipe de enfermagem: “só depois que a ficha caia é que elas ficam deprimidas”

2. Queda de útero: outra fotografia realizada momentos antes do processo cirúrgico. Nesse caso também existe exteriorização do útero (histerocele ou queda do útero) e há indicação médica de retirada do útero (histerectomia).

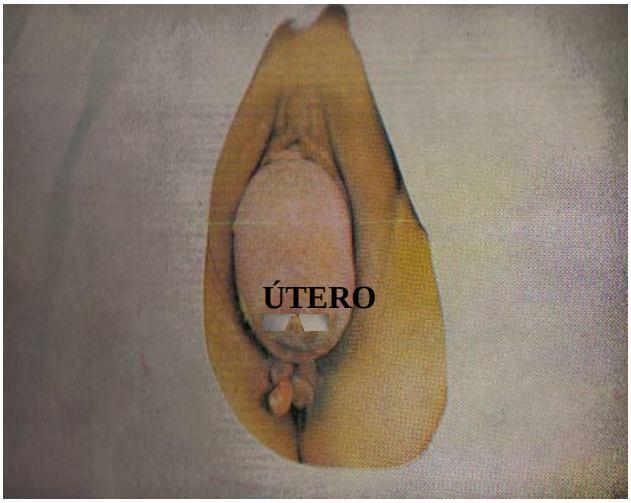
3. Miomas e outros tumores benignos. Está mulher teve o útero (histerectomia), as trompas (salpingectomia) , os ovários (ooforectomia) e os tecidos de sustentação dos órgãos (anexectomia) removidos cirurgicamente. Compare com o item 1 da FIG.1 na p. 7 . Representa a percepção das ciências da saúde dos mesmos órgãos sem nenhum tido de doença. Algumas doenças que modificam e deformam os órgãos genitais internos são vistas nas mulheres internadas na Santa Casa de Misericórdia.

FONTE: NOVAK (1979).

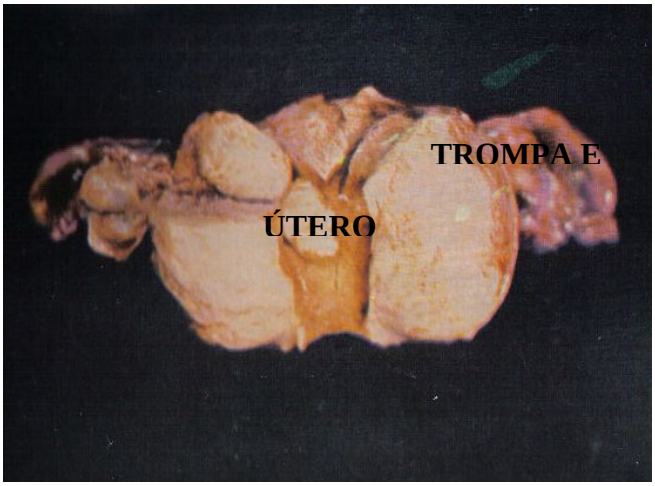


ÚTERO

1



2



3

interessava a princípio, mais investigar, não foi referido como algo essencial. Esse fato não representa uma exclusividade da profissão de enfermeira, o que posso afirmar baseada em minhas interlocuções passadas sob o enfoque da fisioterapia, já que desde que iniciei minhas atividades relacionadas a saúde da mulher em 1989, tive a oportunidade de manter interlocução ampla e continua com mulheres de várias profissões da área da saúde e embora a percepção do corpo exista em todas as profissionais da saúde, mesmo entre fisioterapeutas, que são profissionais que lidam com a funcionalidade e o movimento humano, não há grande referência ao períneo, exceto no caso do grupo particular das fisioterapeutas em Saúde da Mulher.

Assim é que posso dizer que não tenho encontrado em meus contatos com mulheres na prática da Fisioterapia uma boa percepção da importância das partes do corpo feminino com um todo, especialmente o períneo, independente do grau de instrução e informação mais ou menos qualificada dessas mulheres. Ou antes, elas tem deixado de falar sobre o assunto, talvez por se tratar de algo muito 'escondido', íntimo que não se fala corriqueiramente.

Considerando a necessidade de proteger a identidade das interlocutoras, utilizarei aqui nomes fictícios distribuídos de acordo com os grupos por mim trabalhados: a) mulheres operadas e atendidas na Santa Casa que estiveram internadas na Enfermaria Santa Maria, que receberam pseudônimos iniciados com a letra "A": Ana, Amanda, Augusta; b) mulheres da equipe de enfermagem da Santa Casa que trabalham na Enfermaria Santa Maria, que receberam pseudônimos iniciados pela letra "B": Bianca, Bruna, Berenice; e c) mulheres que foram mulheres operadas e atendidas fora da Santa Casa que estiveram internadas em outros hospitais que não os da rede do SUS (particulares e das forças armadas), que receberam pseudônimos iniciados com a letra "C": Carmem e Conceição. (ver quadro 1.p.18).

As interlocuções que envolveram o grupo "**A**" ocorreram fora da Santa Casa, embora os primeiros contatos com as mulheres tenham ocorrido anos antes, no segundo semestre de 2004, quando iniciei a atividade na Santa Casa, o que foi o caso de Amanda e Augusta, que tinham sido atendidas por mim na qualidade de fisioterapeuta quando estava exercendo a dupla função de professora da UEPA, como já esclareci. Ana faz parte de minha rede de relações e foi operada na Santa Casa para retirada do útero em virtude de ser portadora de mioma. Todas foram contatadas através do telefone, onde mantive uma conversação preliminar, restaurando o contato, explicando de forma breve a natureza de minha pesquisa e solicitando que me recebessem em suas casas, o que ocorreu em todos os casos exceto em relação a Ana, que me recebeu em seu ambiente de trabalho, por ser para ela "mais prático".

QUADRO 1 - INTERLOCUTORAS E OS GRUPOS

GRUPO	CARACTERÍSTICAS	NOME fictício	Estado civil declarado	IDADE	OBSERVAÇÃO
A	Interlocutoras que foram atendidas na Santa Casa no período de 2004 a 2005, com as quais estive em contato antes do período de trabalho de campo em 2007, mas que concordaram em participar da pesquisa fora do ambiente da Santa Casa. Em sua maioria foram ouvidas em suas residências, exceto ANA.	ANA	Casada	46	Submetida a histerectomia devido miomas que causavam falha menstrual e depois perda sanguínea. Fizeram também ooforectomia Tem três filhos.
A		AMANDA	Casada	42	Salpingectomia e depois cirurgia para reparar queda de bexiga. Tinha perda de urina. Três filhos.
A		AUGUSTA	Separada	44	Miomas. Submetida a histerectomia. Na época da interlocução estava com incontinência urinária que a obrigava a usar absorventes constantemente. Duas filhas.
C	Interlocutoras que foram submetidas a intervenções cirúrgicas em outros hospitais que não a Santa Casa. Foram ouvidas em ambientes por elas escolhidos que não suas residências.	CARMEM	Casada	35	Estudante do penúltimo ano de fisioterapia. Salpingectomia a esquerda. Um filho e a espera de uma filha.
C		CONCEIÇÃO	Separada	48	Fisioterapeuta. Salpingectomia e ooforectomia total a direita e parcial a esquerda. Nenhum filho biológico.

As interlocuções que envolveram o grupo "**B**" ocorreram nas dependências da Santa Casa e envolveram a observação direta, pois não foi possível o uso da observação participativa uma vez que as características do trabalho das mulheres da equipe de enfermagem possuem limitações éticas que inviabilizavam esse tipo de observação sob o aspecto de incorporar as práticas das interlocutoras, pois a legislação que norteia o exercício profissional da Enfermagem é bastante específica, hoje. Esse grupo se mostrou bastante acessível, mas em função do horário de trabalho e da quantidade de atividades desenvolvidas os encontros foram mais esporádicos. Esta opção foi concretizada a partir do "estar lá" durante o dia a dia da equipe de enfermagem. Tal qual especifica Beltrão (1982) sobre os esclarecimentos a serem prestados às interlocutoras quando da apresentação em campo, busquei informar o objetivo da proposta e como estaria conversando com elas e observando-as durante seu trabalho.

A equipe de enfermagem atua ininterruptamente e se reveza a cada seis ou doze horas[11]. Busquei, junto às mulheres que aceitaram participar da pesquisa, acompanhar e observar a atuação nos turnos possíveis[12], mas não foi possível acompanhar o trabalho das profissionais no "noturno", como é, naquele meio, chamado o turno que se inicia as 19:00 horas e é concluído as 7:00 horas da manhã. A abordagem foi complementada com as entrevistas semi-estruturadas, além de conversas informais, que se mostraram sempre muito ricas, não somente em informações, mas para o conhecimento mais próximo dos, por vezes, pungentes dramas vividos pelas mulheres.

Quanto às interlocutoras do grupo "C" que abordei fora do âmbito da Santa Casa, mantive contato telefônico inicial com elas , seguido de entrevistas em locais estipulados pelas mesmas, desenvolvidas a partir do horário que elas apresentaram como adequado. Nesse grupo, mantive contato telefônico com mais pessoas que, em sua maioria, se mostraram bastante interessadas em participar da pesquisa, embora em dois casos não tenha sido possível concretizar o encontro, devido problemas de conciliação de horários por se tratar de pessoas que trabalhavam e só chegavam muito tarde às suas residências. Entretanto, as duas pessoas que concordaram em participar da pesquisa foram muito receptivas.

---

[11] Algumas vezes, por motivos financeiros, ou por troca de plantões motivada por questões pessoais ou troca de favores, as mulheres, e os homens também, podem desenvolver plantões de até 24 horas. Isso significa que o descanso desses especialistas da área da saúde se dá nos breves intervalos noturnos entre um atendimento e outro. Eles especificam esse comportamento usando o termo "virada" ou "de virada".

[12] Manhã (7:00 às 13:00) e tarde (13:00 às 19:00). Além desses dois horários, existem pessoas que trabalham de 19:00 às 7:00 (plantão noturno), mas essas pessoas se encontram num regime de folga diferente das chamadas "diaristas", que fazem os horários anteriormente citados.

Em todos os grupos de mulheres contatadas, além do caderno de campo, também utilizei o gravador,não para gravar a interlocução, mas, para momentos depois da conversa registrar ,minhas observações, uma vez que o gravador as estava “intimidando”. Assim optei por não utilizá-lo durante o contato com as mulheres em todos os três grupos. Devo dizer, porém, que , se por um lado isso pode ter significado a ausência mais representativa da “fala” das interlocutoras, por outro não impediu a coleta- e o registro o mais fiel possível – de ricos e densos relatos pessoais, valendo alguns inclusive como verdadeiras histórias de vida – construídas a partir de eventos provocados por intervenções médicas em seus corpos.

É necessário esclarecer porque o número de interlocutoras, no caso oito. Quando comecei a ter dificuldades em acessar as mulheres na Santa Casa, passei a receber ajuda das pessoas de minha rede de relações. Pelo menos três pessoas se prontificaram a me colocar em contato com mulheres de suas próprias redes de relações que passaram por algum tipo de intervenção cirúrgica. Duas dessas pessoas eram minhas colegas de turma e a terceira minha familiar.

Ao todo, consegui o contato de vinte e duas mulheres. Destas só foi possível efetivar a interlocução com oito que fazem parte do trabalho aqui exposto. Em sua maioria, não houve possibilidade de estreitar laços, em muitos casos nem de sequer falar com a pessoa por telefone. As mulheres com quem consegui falar por telefone, foram muito educadas, mas não possuíam disponibilidade de tempo para me receber. Em um dos casos, havia um imenso bloqueio em falar do assunto, pois ao perder o útero, a mulher perdeu as esperanças de ter um filho. O que segundo a pessoa que era nosso contato, a traumatizou muito, pois ela e o marido estavam esperando a oportunidade ideal para terem um filho e foram pegos de surpresa com a notícia da histerectomia.

2.2 Objetivo e objeto do estudo

O objeto desta pesquisa é buscar a percepção que as mulheres possuem de seus corpos. Mas não quaisquer mulheres. Dialoguei com mulheres que passaram por processos cirúrgicos ginecológicos que envolveram a retirada de órgãos como útero, trompa(s), ovário(s) ou outras cirurgias nessa área divididas em dois grupos: mulheres que se trataram na Santa Casa e mulheres que passaram por processos similares, mas não foram atendidas na Santa Casa.

Dialoguei também com as mulheres da equipe de enfermagem[13] que prestam seus serviços profissionais às usuárias da enfermaria Santa Maria localizada na Santa Casa de Misericórdia de Belém, que atende à mulheres que passaram por cirurgias ginecológicas , conforme já abordei anteriormente.

Deste modo, busquei a compreensão da percepção que as interlocutoras da pesquisa possuíam do corpo humano de modo geral, do corpo feminino, mais especificamente, e do seu corpo mais particularmente ainda. No caso das mulheres da equipe de enfermagem, procurei ver como, através de suas interpretações, emergiam informações sobre as mulheres por elas assistidas, ou seja, as percepções, interpretações e idéias sobre corpo:enfoques relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem e sua visão sobre o corpo delas mesmas e das mulheres que se encontram internadas na Enfermaria Santa Maria.

Como objetivos específicos de minha pesquisa, procurei identificar algumas das características das interlocutoras da equipe de enfermagem da Enfermaria Santa Maria e como elas encaram seus corpos – a relação que ele possuíam com a execução de suas funções de trabalho- e os corpos das usuárias que recebem seus serviços. Procurei também refletir sobre o que as mulheres disseram sobre o corpo feminino, ouvindo mulheres que passaram por processos cirúrgicos e registrando suas impressões.

Um dos objetivos foi também o de observar como aparecem no discurso das participantes da pesquisa, as referências às funções do corpo e às características femininas, especialmente se o períneo surge como referência quando se trata do corpo das mulheres, sendo que esse aspecto permaneceu no silêncio, mesmo entre as profissionais da saúde que participaram da pesquisa.

Devo dizer também que este trabalho me estimulou à reflexão sobre de que maneira as Ciências Sociais, em especial a Antropologia, podem favorecer um novo olhar sobre a atuação profissional dentro das Ciências da Saúde, em especial, no meu caso, da Fisioterapia, tendo como objeto principal o corpo feminino, suas representações e simbolismos, principalmente quando se trata da abordagem da "cura". "Cura" essa, pretensamente oferecida por profissionais da área da saúde, mediante várias intervenções, entre elas, com muito destaque, no caso particular desse estudo, os processos cirúrgicos. Não pretendi, nem poderia pretender isso, esgotar o tema, uma vez que, entre outra coisas, as implicações da abordagem profissional na área da saúde, vão muito além da relação "profissional" e "paciente" e passam

[13] A equipe não é formada exclusivamente por mulheres, mas a grande maioria e das camadas baixas e médias urbanas.

por aspectos mais profundos e complexos, que não são passíveis de ser alcançados em toda a sua dimensão em um trabalho acadêmico.

2.3 Abordagem analítica

O corpo e suas representações como enfoque de pesquisas está presente em inúmeros estudos da antropologia que assim demonstram o interesse que o corpo humano tem nos mais diversos contextos, sejam biológicos, sociais, culturais, econômicos.

Uma destas situações diz respeito a crescente discussão sobre as questões que envolvem o interesse pelo "cultivo" de hábitos e comportamentos mais "saudáveis" visando um corpo mais saudável e "eficaz".

Quando se observa um desses trabalhos, Goldenberg (2002), vê-se bem em diversas formas e momentos esta situação definida. É Importante fazer o paralelo com esta autora e os outros estudiosos do tema que participam da discussão na coletânea aqui referida, pois embora o comportamento citado esteja presente em grande parcela da população que tem acesso aos meios de comunicação, principalmente através da mídia televisiva, fica claro que a preocupação com o corpo, evidenciada nos tantos artigos do livro e em muitos outros textos consultados, concentra-se em suas características mais facilmente perceptíveis seja visualmente, seja pela função que a parte do corpo representa em relação ao todo, embora haja referência ao funcionamento do corpo de um modo geral, partes externas e internas[14].

O aspecto sobre a informação que é prestada às mulheres pelos profissionais de saúde foi evidente nas interlocuções que vivenciei nos últimos quatro anos desde que iniciei o trabalho na Santa Casa; as mulheres por mim abordadas, muitas vezes, desconheciam o que lhes estava acontecendo e até mesmo ignoravam que tipo de cirurgia havia sido realizada, ou , como dado anterior a tudo isso, como seus órgãos internos se organizavam a partir das representações das Ciências da Saúde. Isso não significa que não possuíam suas próprias representações, apenas apareceu em suas histórias a dificuldade em assimilar o vocabulário usado pelos profissionais de saúde.E muito mais a correspondência em relação ao seu próprio sistema classificatório.

---

[14] Conferir por exemplo: Adorno et al (1994) em *"Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano*, Ferreira (1994) em *O Corpo sígnico*, Leal (1994) em *Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas*, Motta-Maués (1994) em *"Lugar de mulher"* e Víctora (2001) em *As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos*.

Víctora (2001) em seu interessante trabalho sobre representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriacões dos modelos médicos, entre grupos populares em Porto Alegre, mostra como as representações das mulheres com quem trabalhou estavam relacionadas naquele universo tanto com suas características biológicas e funcionais, quanto com a leitura que cada uma fazia destes órgãos, estando portanto sujeitas às informações prestadas pelos profissionais de saúde que acabam se misturando com as informações existentes na cultura popular que essas mulheres partilham. Assim, ela nos diz:

> O estudo das práticas e representações femininas a respeito da sexualidade, da gravidez e da contracepção vincula-se de forma contundente ao entendimento do corpo como uma matriz de significados. Mas, ao mesmo tempo em que o corpo adquire significado na experiência social, ele próprio é um discurso a respeito da sociedade, passível de leituras diferenciadas por diferentes agentes sociais. Sua postura, sua forma, sua disposição, suas manifestações, suas sensações emitem significados, os quais são compreendidos através de uma imagem, construída também por um interlocutor..." (no caso da autora os profissionais de saúde)(VÍCTORA, 2001. p. 75).

A fim de por em pauta as diversas representações que as pessoas possuem, no caso deste estudo, especialmente as mulheres, é necessário discutir o corpo e sua percepção sob o olhar da antropologia. Enquanto disciplina da interpretação e do simbólico, a Antropologia estuda as questões relacionadas com o corpo e sua representação também no âmbito do gênero. Autoras como Motta- Maués (1993 [1977]), Leal (2001) Víctora (2001), apontam, neste particular, uma base para o desenvolvimento e elaboração deste trabalho, uma vez que apresentam em seus estudos, diversas características das representações de gênero, especificamente, mas não apenas, das mulheres e seu conhecimento sobre suas habilidades e seus corpos.

Em seu estudo "Trabalhadeiras e Camarados", originalmente sua dissertação de mestrado em Antropologia, Motta-Maués (1993 [1977]) aborda os aspectos do ciclo biológico da mulher, como: menarca, menstruação, gravidez, parto, menopausa (climatério), puerpério. Que, conforme já tratei na justificativa, estão diretamente relacionados às funções do períneo e como as mulheres encaram, em Itapuá, local de seu estudo, cada uma destas fases de suas vidas. No estudo, a autora mostra as implicações que o ciclo biológico da mulher tem em seu desempenho, como, por exemplo, ao estar menstruada a mulher fica restrita à atividades e a alimentos permitidos, havendo interdição de outros. O que ocorre também com a puérpera. Em contrapartida a mulher na menopausa, deixa de ter essas e quaisquer outras restrições. Em meu trabalho, não encontrei referência direta, ou explicita às interdições alimentares ou de comportamento, mas o "resguardo" é esperado e obedecido pela mulher que pariu. Entre as

mulheres entrevistadas neste estudo, os órgãos genitais, tanto os externos quanto os internos, que são retirados durante as cirurgias realizadas na enfermaria Santa Maria na Santa Casa, possuem relação direta com o seu ciclo biológico. Então, a retirada de um deles afeta a representação que a mulher tem de seu corpo e do próprio ciclo biológico, como é o caso de duas de minhas interlocutoras do grupo de mulheres que foram operadas fora da Santa Casa, em outros hospitais; em ambos os casos houve perda de uma das trompas e o medo de não engravidar novamente tornou-se muito intenso.

Leal (2001) em "Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas" aborda, mediante evidência etnográfica, a relação existente entre o período fértil e a menstruação e suas conseqüências na eleição de métodos contraceptivos. O enfoque permite observar novamente a relação entre o conhecimento das culturas populares e a informação prestada pelos profissionais de saúde, levantando discussões sobre temas como contracepção, ato sexual e menstruação, temas estes diretamente relacionados com o ciclo biológico da mulher. As formas como as mulheres desse estudo externaram suas percepções mostrou a influência que as abordagens dos profissionais de saúde tem sobre a percepção das mulheres. Nas mulheres de meu estudo, a influência das percepções dos profissionais de saúde se mostrou também muito forte, pois os grupos estavam em contato direto com os profissionais ou, no caso da equipe de enfermagem, eram elas mesmas profissionais da saúde.

Quando iniciei o mestrado em antropologia em 2006, tinha a idéia de que o períneo não era considerado como importante no corpo feminino pelas mulheres com quem tive contato durante a abordagem fisioterapêutica, mas no decorrer do curso, fui observando que o períneo era sutilmente omitido nas conversas, por se tratar de algo "escondido". A ausência de citação dessa parte do corpo feminino foi uma constante nas minhas interlocuções, mesmo entre as mulheres profissionais de saúde. O períneo está como que "guardado" da curiosidade de todos, inclusive dos profissionais, por se tratar de uma "chave do prazer da mulher" de quem ninguém (mulheres) deseja, ou se sente à vontade para falar. Não falar sobre o períneo parece estar ligado à relação que ele possui com o prazer sexual, e não só com ele, mas também com outras funções como o ato de defecar, urinar, a perda de sangue menstrual que se dá pela vagina através do períneo, do nascimento que ocorre através da vagina e da passagem da criança através do períneo.

O períneo foi minha fonte de interesse inicial, mas não a única, pois os genitais femininos possuem representações que são ou podem ser, abordadas diretamente em diferentes culturas. Especificamente na cultura ocidental encontram-se referências a forma

como o corpo feminino foi abordado: “incompleto”, “sugador das forças masculinas”, “um poço profundo”.

2.4 A pesquisa

O *locus* da pesquisa foi a cidade de Belém e ela foi desenvolvida em três frentes.

A *primeira* diz respeito às mulheres usuárias dos serviços da Santa Casa e que foram “operadas” lá, ou seja, que foram submetidas a algum procedimento cirúrgico. Essas mulheres concordaram em participar da pesquisa, mas meu contato inicial com elas se deu no período de agosto de 2004 a dezembro de 2007, quando do exercício da docência em fisioterapia pela UEPA na Santa Casa. As interlocutoras desse grupo estiveram em algum momento de seu tratamento internadas na Enfermaria Santa Maria[15]. Essa enfermaria recebe as mulheres que foram submetidas a cirurgias que classifico como ginecológicas, ou seja, onde o cirurgião está abordando a genitália da mulher, seja para correção de quedas (prolapsos), retiradas de órgãos (útero, trompas, ovários) ou procedimentos corretivos como a perineoplastia. Está dividida em Santa Maria I e Santa Maria II[16], a diferença está no número de leitos de cada uma, respectivamente 18 e 08 leitos e na clientela atendida em cada uma das enfermarias. A abordagem fisioterapêutica na Enfermaria Santa Maria se dava através de uma conversa inicial, chamada avaliação funcional, que iniciava com a leitura do prontuário[17], seguida de uma conversa e de uma verificação da situação dos movimentos que a mulher possa ter perdido como conseqüência do procedimento cirúrgico. O que é esperado, devido aos cortes que ela recebe durante a cirurgia. Esse contato inicial é mais difícil, pois a mulher está debilitada pela cirurgia, ou nervosa aguardando o procedimento. De qualquer forma, a conversa, inicialmente se estabelecia em bases “frias”, mas de acordo com a freqüência das visitas ia amenizando e dando lugar a “conversações informais”. A Fisioterapia na Santa Casa é um serviço mantido pelo próprio hospital, mas no período em que realizei minhas interlocuções a equipe era ainda muito pequena para suprir as necessidades do hospital. Hoje

[15] No capítulo 2 que trata da Santa Casa ampliarei as informações sobre a Enfermaria Santa Maria.
[16] A Enfermaria Santa Maria II recebe mulheres operadas”devido outras causas como apendicite, problemas pulmonares, por exemplo.
[17] O prontuário é o documento onde são registradas diariamente as informações sobre o que é realizado com a mulher e como ela vai se comportando a partir do tratamento que recebe. Todos os profissionais de saúde que atuam na Santa Casa tem acesso a documentação da mulher que se encontra internada, mas existem restrições éticas quanto ao uso delas. Quando a mulher recebe alta hospitalar, o prontuário fica arquivado e sob a guarda da Santa Casa.

a situação já está em processo de modificação. As mulheres desse grupo foram abordadas através de entrevistas semi-estruturadas.

A segunda diz respeito às mulheres da equipe de enfermagem que trabalhavam na enfermaria Santa Maria. A equipe de enfermagem foi abordada para viabilizar o entendimento das percepções sobre o corpo que estas mulheres tinham delas mesmas como profissionais e mulheres e das pessoas por elas atendidas na referida enfermaria. Para isso usei a observação direta, pois não foi possível o uso da observação participativa, considerando as limitações éticas na participação de atividades destinadas exclusivamente à equipe de enfermagem. A abordagem foi complementada com as entrevistas que se caracterizaram pela semi-estruturação, além de conversações informais.

A terceira frente abrangeu as mulheres que passaram por tratamento semelhante as do primeiro grupo, mas não foram atendidas na Santa Casa. As interlocuções giraram em torno das experiências em locais que não atendem o SUS, hospitais particulares e hospitais do governo federal, que não serão citados diretamente aqui, em virtude da ausência de autorização para fazê-lo. Ressalto que os hospitais eram mantidos por verbas especiais, oriundas de plano de saúde e de uma das forças armadas. A idéia de trabalhar com a interlocução com e desse grupo surgiu como conseqüência da participação das discussões na disciplina Seminários de Dissertação, onde duas colegas se propuseram a me ajudar, pois em suas redes de relações havia pessoas com relatos que se encaixavam nesse grupo.

Essas fases funcionaram como meios de atingir os objetivos propostos na pesquisa. Que, como já esclareci, teve como etapas o reconhecimento do campo de estudo, com coleta de material que permitiu manter contato com as interlocutoras da pesquisa. Como forma de favorecer o amadurecimento do referencial teórico, busquei desenvolver a pesquisa bibliográfica, que me permitiu reconhecer outras formas de abordagem de questões semelhantemente relacionadas à representação do corpo no universo feminino.

Poderia dizer que a abordagem em campo iniciou-se em 2004 (agosto), mas, nesse período estava restrita a meu olhar fisioterapêutico. Apenas no período de 2006 a 2008, revisitei as informações utilizando abordagem antropológica. Mas a efetivação do trabalho de campo se deu no ano de 2007, foi realizado entre os meses de maio e dezembro, e ocorreu na Santa Casa de Misericórdia, na enfermaria Santa Maria, tendo como interlocutoras as mulheres da equipe de enfermagem, enfermeiras e técnicas de enfermagem que aceitaram cooperar com a pesquisa. Concomitantemente, estive em interlocução com as mulheres dos dois demais grupos, usuárias da Santa Casa atendidas na Santa Maria e mulheres operadas em outros hospitais, mas essas abordagem foram desenvolvidas fora do âmbito da Santa Casa.

O trabalho foi baseado em dois aspectos que dizem respeito: primeiro, a minha experiência desde 1989 com saúde da mulher e, mais especialmente, minhas observações na Santa Casa de Misericórdia, que se iniciaram em agosto de 2004 e se mantém até a presente data e segundo com as interlocutoras que aceitaram conversar comigo sobre suas experiências ligadas a perdas de órgãos biologicamente ligados a mulher (como útero, ovários, trompas, períneo).

3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Nesse capítulo, busco mostrar como a Santa Casa funciona e qual a relação de meu tema com o exercício da fisioterapia, por isso creio ser importante que algumas características da Santa Casa sejam enfatizadas.

O hospital, como hoje o conhecemos, não foi sempre assim, e nem poderia ser. O reflexo que a instituição hospitalar tem na formação de profissionais de saúde e como esse tipo de instituição está em constante modificação é inegável.

Por que escolhi um hospital como ponto de partida para o desenvolvimento de um trabalho de mestrado? Desde muito cedo o estudante das Ciências da Saúde se habitua a entrar e sair de hospitais[18]; o estudante e o profissional de fisioterapia também passam por essa experiência. Decidi-me pela Santa Casa de Misericórdia devido às interlocuções das quais participei com as mulheres no referido hospital e por ouvi-las relatar suas experiências no ambiente hospitalar, interessei-me pelos aspectos do corpo da mulher quando elas estão sendo atendidas no hospital.

Quando se fala em hospital, pode-se pensar em um lugar onde as pessoas se dirigem em busca de solução para suas dores, onde se vai em busca de cura, para receber tratamento para seus males e de onde podem retornar com a solução de seus problemas. Mas quando do surgimento do hospital, sua função primordial não era essa.

Inicialmente, por volta de 1780, final do século XVIII, a função do hospital era a de recolher pessoas que estavam à beira da morte, para que pudessem ter onde morrer e para que as pessoas que os tratavam tivessem oportunidade de exercer a caridade. O hospital estava vinculado ao poder religioso. A presença do médico era esporádica. Ele só era chamado para visitar os moribundos. Então a imagem do hospital era a de um lugar para morrer. Era um lugar para os desvalidos, os pobres e os sem condições (FOUCAULT 1979).

Esse panorama só foi alterado gradativamente com o crescimento do conhecimento científico, a descoberta de medicamentos que se tornaram eficazes no tratamento de doenças como as infecções bacterianas e posteriormente a descoberta de vacinas. O que proporcionou ao médico o "poder" de solucionar algumas das questões que assolavam as populações da época. Com essa crescente influência, o médico passou a ser figura essencial no hospital, sua

[18] Tenho vivência em um outro hospital que não é referência em saúde da mulher e sim em urgência e emergência, e como um pronto socorro tem grau de complexidade diferente da Santa Casa de Misericórdia - este hospital público municipal, atende crianças, homens e mulheres.

atividade e o crescimento da taxa populacional e conseqüentemente da necessidade no tratamento de pessoas gerou o desmembramento de atividades a partir da medicina, e o surgimento de novas profissões (FOUCAULT 1979).

3.1 Visão geral da Santa Casa de Misericórdia do Pará

A *Santa Casa de Misericórdia do Pará,* hospital que é referência em saúde da mulher e da criança no Estado do Pará possui uma história que vem sendo reconstituída e contada por autores como Viana (1992 [1902]) e Bordallo (2000).

O médico Alípio Bordallo trabalha na Santa Casa e vem pesquisando e compilando dados sobre o hospital. Ele mostra como a Santa Casa passou e continua passando por diversas fases em sua história datada ainda do século XVII, mas sua fundação é polêmica, segundo o autor. Em seu livro "A misericórdia paraense ontem e hoje" ele apresenta as diversas fases do Hospital, desde seu período como Irmandade da Santa Casa de Misericórdia que se deu no ano de 1650, passando pela fase de Hospital de Caridade da Santa Casa em 1900, sua fase de Hospital escola de 1955 a 1957, a fase atual como Fundação Santa Casa de Misericórdia que foi regularizada em 1990, quando é reconhecido, regional e nacionalmente, como hospital referência em saúde da mulher e saúde materno-infantil[19]. A Santa Casa não é só um hospital de referência, mas é também um hospital universitário, acolhendo vários cursos na área das Ciências da Saúde. Dentre os muitos profissionais que trabalham nas dependências do hospital, elegi a equipe de enfermagem como um dos grupos de interlocutoras, por se tratar de um contingente bastante expressivo de profissionais nas dependências do hospital.

Além disso, desde 2004 trabalho na Santa Casa em algumas enfermarias e espaços onde o atendimento a saúde feminina se dá. Tenho estado, por exemplo, nas enfermarias de pós-parto, nas salas de PPP (pré-parto, parto e puerpério) e nas enfermarias de cirurgias ginecológicas[20]. Durante minha ação como docente em fisioterapia nestes locais, senti

[19] Santa Casa é a forma como a maioria das pessoas denomina a "Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará". O Hospital é mantido pelo governo do Estado do Pará. O fato de ser considerado um hospital referência, significa uma maior concentração de recursos e profissionais treinados para o atendimento a população naquela área em especial.

[20] As enfermarias de pós-parto (puerpério) recebem as mulheres que fizeram parto "normal" e as que fizeram cesarianas. O PPP absorve as mulheres que estão em trabalho de parto, que estão tendo o parto e que já tiveram os bebês e estão em observação depois do parto; e as enfermarias de cirurgia ginecológica, absorvem as

interesse pela maneira como as mulheres que foram submetidas a cirurgias ginecológicas encaram seus corpos, e como conseqüência deste interesse, inscrevi-me no processo seletivo do mestrado em Ciências Sociais - Antropologia 2006, com um projeto intitulado: "Mulheres da Santa Casa: representações sobre o assoalho pélvico", onde usava o termo técnico procedente das ciências da saúde para denominar o períneo. Mas, como era de se esperar, em decorrência do contato com as disciplinas que cursei o trabalho foi tomando outros rumos, mas sempre tendo o corpo feminino como objeto e referência de interesse. Conforme o que se lê em Deslandes (1994), especificamente em " A construção do projeto de pesquisa", quando trata das observações a serem concretizadas para que a viabilidade inicial do projeto de pesquisa seja avaliada, e referindo meu caso particular, realizei uma fase inicial de observação e de contato e após a fase exploratória junto a Coordenadoria de Ensino e Pesquisa – Núcleo de Pesquisa da Santa Casa , onde obtive informações sobre o desenvolvimento de projetos no âmbito deste hospital e encontrei as normas relativas a aprovação de pesquisas - percebi que em decorrência da característica de meu trabalho, que envolve funcionárias do Hospital e mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas, não seria possível permanecer com a pesquisa do tema através das interlocutoras inicialmente pensadas, ou seja, mulheres submetidas a cirurgias e necessariamente internadas na Santa Casa durante a execução do trabalho de campo.

Desta forma, o trabalho de pesquisa abordou mulheres operadas na Santa Casa, mas que já tinham recebido alta, mulheres operadas fora da Santa Casa e mulheres que trabalham na Santa Casa, especificamente as que compõem a equipe de enfermagem da enfermaria Santa Maria[21]. A Santa Casa não atende só mulheres, mas também crianças e homens, mas na Enfermaria Santa Maria só mulheres são atendidas. Elas recebem assistência de uma grande quantidade de profissionais de ambos os sexos. Embora a maior concentração seja de mulheres, entre médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogas, nutricionistas, fisioterapeutas, administradoras, assistentes sociais, serventes e demais membros da equipe de saúde.

---

mulheres que fizeram cirurgias em que pode ter havido remoção do útero, das trompas, dos ovários, correção de quedas de bexiga, vagina, correção do períneo, entre outras cirurgias.

[21] Na enfermaria "Santa Maria" são atendidas as mulheres que sofreram procedimentos cirúrgicos de vários tipos conforme já citei, é uma enfermaria de cirurgias ginecológicas, que possui cerca de trinta leitos. Alem desta enfermaria, existem a "Santana" que acolhe mulheres de pós-parto (cesariano e vaginal), "Santa Maria Gorete" que recebe mulheres de pós-parto (somente vaginal) e o PPP – pré-parto, parto e puerpério, onde a mulher é recebida quando já está com mais de 3 cm de dilatação do colo do útero e fica lá até depois do parto cerca de duas horas, em observação antes de ser levada para a enfermaria de acordo com o tipo de parto. A Santa Casa possui muitos outros ambientes, mas a ênfase se dará nos locais por onde circulei, para facilitar o entendimento da escolha da enfermaria "Santa Maria".

Voltando à história, podemos ver que as Santas Casas de Misericórdia foram criadas na Europa, especialmente em Portugal, mas de acordo com Bordallo (2000), nasceram mesmo na Itália em Florença desde 1240 e foram levadas até as colônias, como locais destinados a abrigar os desvalidos, os pobres que, na maioria das vezes, eram levados até elas para terem um local onde receber consolo antes da morte. Acompanhavam, portanto, as características da época, em que os hospitais eram, antes de qualquer coisa, ambientes destinados a morrer. Lugar onde as pessoas também faziam caridade ou tinham "misericórdia" para com os menos afortunados.

Quando de seu nascimento, a Santa Casa de Misericórdia (ver figura 5. p.32) estava sob responsabilidade de pessoas ligadas à igreja, principalmente freiras. Foi só gradualmente que os médicos foram aparecendo no cenário da Santa Casa, acompanhando também o crescimento do conhecimento científico e, com isso, o incremento da influência do poder médico, que hoje se estende aos demais profissionais da saúde, embora em níveis diferentes.

A medicina como a conhecemos hoje, sofreu sua configuração como profissão e intervenção científica a partir do século XVII (VIEIRA, 2002. FOUCAULT 1980).

Vieira (2002) usa com propriedade os aspectos da implantação da medicina como forma de analisar a forma de tratar o corpo feminino na trajetória de construção da identidade da medicina, que termina por influenciar as demais profissões das Ciências da Saúde, entre elas incluem-se a Enfermagem e a Fisioterapia, aqui abordadas.

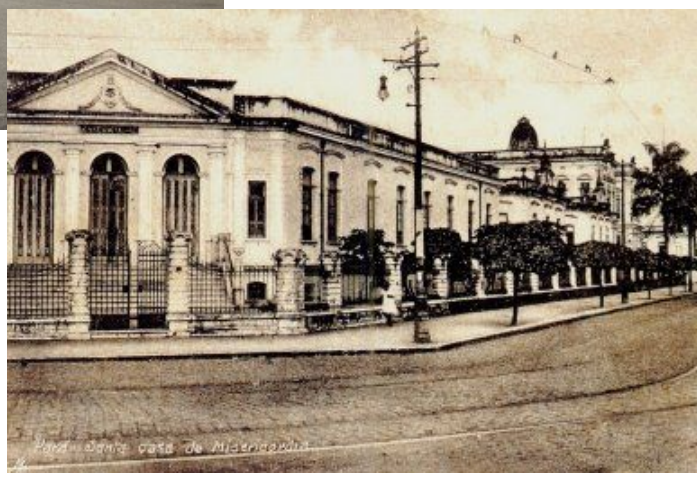
A medicalização da sociedade ocidental, que termina por reverberar no corpo, especialmente, o corpo feminino, passa por dois aspectos, a saber : a extensão ou abrangência do campo de normatividade da medicina e a ampliação dos serviços médicos, o que está intimamente ligado a emergência do capitalismo, que ampliou a necessidade da medicina, que tem nesse momento outra áreas sobre sua responsabilidade, como a regulação dos nascimentos, que até então estava sob a responsabilidade do poder religioso dominante e a demografia em conjunto e apoiada pelo Estado. Nesse aspecto o corpo feminino foi incluído seja pelas questões de higiene, ou pelo aparecimento das especialidades da Ginecologia e da Obstetrícia. O primeiro aspecto, acaba influenciando e determinando o segundo, que se caracteriza pela ampliação quantitativa dos serviços médicos e a incorporação dos cuidados individuais prestados pelo profissional em medicina.

FIGURA 5 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

1. Foto atual. Esquina da rua Bernaldo Couto com a avenida Generalíssimo Deodoro. disponível em http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=468764
2. Belém histórica: Santa Casa de Misericórdia. Bernaldo Couto com Generalíssimo Deodoro disponível em http://picasaweb.google.com/HaroldoBaleixe/FotosEPostaisDaBelMDoParAntiga#5197797851285593186
3. Santa Casa Atualmente: entrada pela avenida Generalíssimo Deodoro, em frente à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Foto: Fabio Rodrigues. Disponível em http://www.agenciabrasil.gov.br/media/imagens/2008/07/09/2016fp061.jpg/view

1

2



3

Desde sua criação até o status que possui hoje, de hospital "amigo da criança" e referência estadual em saúde da mulher, muitas mudanças ocorreram no hospital em que foi realizada a pesquisa para este estudo.

Do ponto que interessa mais de perto a este estudo, a Santa Casa oferece as pessoas atendimento hospitalar e ambulatorial. São executados no hospital partos, atendimento ao recém-nascido, com disponibilidade de unidades de tratamento intensivo para crianças e recém nascidos, chamadas de UTI pediátrica e UTI neonatal. A assistência à mulher vai desde o pré-natal até o parto e envolve , além disso, as intervenções em ginecologia, como cirurgias corretivas e para solução de problemas relacionados ao útero, vagina, trompas, ovários. O hospital também recebe as mulheres que sofrem de "mola" e são encaminhadas de todo o Estado do Pará. [22]

A Santa Casa está localizada no centro de Belém do Pará, no bairro do Umarizal, chamado assim por causa das árvores chamadas de Umaris que existem ainda nas ruas do bairro, que aliás, é considerado o metro quadrado mais caro da cidade. É um bairro das camadas médias altas, considerado como reduto de "intelectuais". Já foi um bairro essencialmente residencial, até o final da década de 70; atualmente, possui muitos prédios comerciais, lojas, empresas e muitos restaurantes. Com o crescimento populacional da cidade muitas casas e casarões foram substituídos por prédios altos com design moderno e cosmopolita.

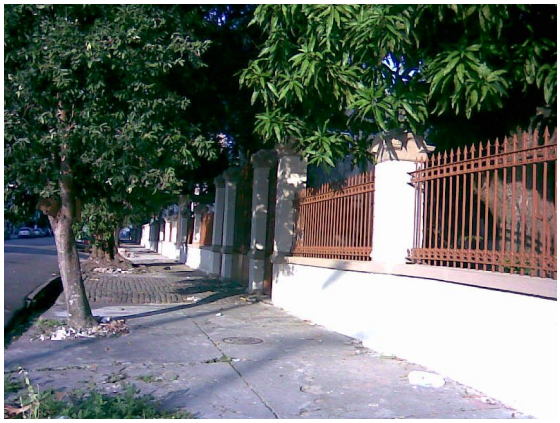
O prédio da Santa Casa possui duas entradas, uma pela avenida Generalíssimo Deodoro e outra pela rua Oliveira Belo esquina da rua Bernaldo Couto. A entrada de pacientes se dá pela avenida Generalíssimo Deodoro e a de funcionários pela rua Oliveira Belo(ver a figura 6. p. 34). Possui características arquitetônicas do período colonial português: pé direito alto, cerca de cinco metros, janelões que se abrem para jardins de inverno, grandes porões, conhecidos como os "porões da Santa Casa"que já abrigaram várias atividades – inclusive "moradia"de funcionários, as vezes eles mesmos ex-doentes - mas que atualmente, são utilizados como enfermarias ou para abrigar serviços como a Biblioteca, Serviço de Psicologia, Teste do Pezinho[23], Teste da Orelinha[24], PROAME[25], entre outras atividades e

[22] Mola é um tipo de tumor relacionado às células trofoblásticas, que fazem parte do ovo – resultado da união entre o óvulo e o espermatozóide A Santa Casa possui projetos especialmente destinados a mulheres que são acometidas por essa doença. A Mola tanto pode regredir espontaneamente quanto pode transformar-se em um tipo de tumor maligno. Pode ser referido como um tumor que "come" a criança.

[23] O Teste do pezinho é realizado na criança recém-nascida com objetivo de detectar precocemente a intolerância a substâncias existentes no leite materno que podem comprometer o sistema neurológico e levar a criança a graves problemas de movimento e inteligência.

[24] Os testes da Orelhinha também e realizado na criança recém nascida com objetivo de detectar precocemente problemas auditivos.

FIGURA 6 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA – ENTRADA DA OLIVEIRA BELO (NOV 2008). Antiga entrada dos funcionários. No presente momento se encontra inativa. 1. Vista no sentido Doca de Souza Franco. 2. Antigo portão de entrada dos funcionários (até outubro 2008). 3. Janelão de uma das enfermarias femininas, com vista para Oliveira Belo.



1

2

3

[25]O PROAME- Programa de Aleitamento Materno incentiva e orienta sobre a importância do aleitamento exclusivo pelo menos até os primeiros seis meses de vida da criança.

serviços. A Santa Casa já passou e continua a passar por várias reformas, mas a essência das linhas arquitetônicas da época da colonização pode ainda ser notada, embora o interior do prédio tenha sido bastante modificado, como forma de adaptar o espaço às necessidades do hospital.

O Santa Casa possui atendimento de dois tipos, ambulatorial e hospitalar. O hospital compreende enfermarias, salas de cirurgia, salas para realização de partos, UTI(s), salas de assistência ao pós-parto (puerpério), enfermaria para gestação de risco. Existem ainda muitas outras dependências como salas destinadas à nutrição, cozinha, museu, descanso para os funcionários que ficam de plantão, largos corredores, ala administrativa (com frente para Oliveira Belo), salas de triagem, entre outros locais, mas me deterei em descrever a enfermaria onde concentrei minha atenção: a Enfermaria Santa Maria.

A enfermaria Santa Maria possuía dois ambientes, no momento do trabalho de campo em 2007[26], divididos em espaços físicos diferentes: Santa Maria I, com 18 leitos e Santa Maria II, com 8 leitos, a diferença básica entre as duas é o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas, pois na Santa Maria I ficam internadas as usuárias submetidas a cirurgias ginecológicas, mais freqüentemente e na Santa Maria II ficam internadas as mulheres que foram submetidas a outros tipos de cirurgias como "retirada"do apêndice (apendicectomia), cirurgias relacionadas ao sistema respiratório, entre outras. Ao todo são de 26 leitos, para atendimento de Clínica médica, clínica ginecológica, clinica cirúrgica. Trabalhei com mulheres que estiveram internadas na Santa Maria I. Em cada uma das dependências da Enfermaria existem janelões que se abrem para os jardins internos. A circulação de ar é feita por ventiladores de teto e o pé direito obedece as características dos casarões portugueses do

[26] Durante a revisão do material deste trabalho, novas mudanças estão acontecendo na Santa Casa. O governo do Estado do Pará está investido em reformas e construção de novas alas no hospital, em resposta aos problemas referentes à morte de recém-nascidos no hospital, de forma que a Enfermaria Santa Maria passou por alterações,para receber o berçário externo da instituição durante as reformas da UTI neonatal. Inicialmente a Enfermaria Santa Maria foi transferida durante todo o segundo semestre de 2008 para a ala onde funciona a Enfermaria Santa Maria Gorete, pelo que houve redução de leitos de 18 para 13 a Santa Maria I e manutenção de 8 leitos para Santa Maria II, embora tenha havido diminuição de espaço físico. Em 22 de dezembro de 2008 as obras da UTI Neonatal e de algumas enfermarias foram entregues a população, com melhora na qualidade do espaço físico e manutenção dos 26 leitos para atender a Santa Maria (I e II). Para maiores informações recomendo consultar: http://www.pa.gov.br/noticias/materia.asp?id_ver=37480.

período colonial. Os leitos são dispostos em duas fileiras com as cabeceiras voltadas para os janelões e os pés para o corredor central que permite a circulação dos profissionais de saúde que atendem na enfermaria. (ver a figura 7, na p. 37).

As mulheres que são atendidas na Enfermaria Santa Maria passam por rotina específica para internamento; podem ser oriundas de encaminhamento direto de outros hospitais no Estado, ou podendo ser encaminhadas pelo ambulatório da Santa Casa, chamado de "Tijolinho", pelos funcionários e usuários devido as características do prédio. As mulheres são avaliadas e admitidas no hospital, sendo posteriormente, submetidas aos protocolos pré-operatórios, incluindo exames específicos e avaliação por parte do anestesista e de membros da equipe que será responsável pela cirurgia. A entrevista é realizada em uma sala próxima à enfermaria. Se não existirem situações que a contra indiquem, como por exemplo febre, infecção urinária ou pulmonar (gripe, pneumonia), a cirurgia é realizada. Elas são internadas freqüentemente, vinte e quatro horas antes da cirurgia, mas ficam aguardando contato telefônico em casa, quando são provenientes do "Tijolinho". Após a cirurgia, ficam internadas o tempo necessário, em média três dias, mas isso depende sempre da recuperação e da forma como a mulher reage à cirurgia.

A Santa Casa é notoriamente reconhecida como hospital que presta assistência a saúde materno-infantil e a saúde da mulher. De acordo com informações disponíveis no site da Fundação Nacional de Saúde, o hospital é classificado como hospital geral e de ensino com atendimento ambulatorial conjugado - onde as pessoas se deslocam até a instituição para receber atendimento, e hospitalar - onde as pessoas são internadas e passam a viver instituição até que tenham condições de retornar a suas residências. Possui um total de 409 leitos, destes 372 destinados ao SUS[27]. É classificado como hospital de alta e média complexidade quanto ao nível de atenção[28]. Pode atender a população através de demanda espontânea e referenciada[29]. Conta em seu quadro de pessoal com 977 profissionais, entre médicos,

---

[27] SUS – Sistema Único de Saúde é o sistema público voltado para o atendimento as necessidades de saúde, em vigor no país. Caracteriza por princípios ideológicos (universalidade, integralidade, equidade) e organizacionais (descentralização, regionalização hierarquização).

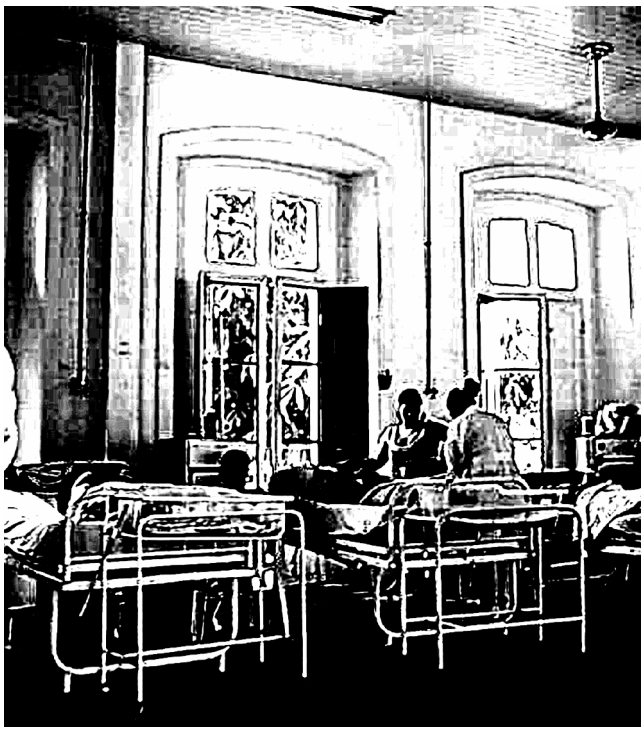
[28] Alta e média complexidade: nos serviços de saúde existem níveis de atendimento e cada um deles está sob responsabilidade de uma ou mais esferas do governo, seja municipal, estadual ou federal. "O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção á saúde - atenção básica, de média e alta complexidade" . Hospitais de alta complexidade estão no topo dos procedimentos de alto custo e correspondem a um Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde atenção básica e de média complexidade.

[29] Demanda espontânea, representa a parcela da população que procura o serviço de forma espontânea, independente do encaminhamento do profissional de saúde. A demanda referenciada procura o serviço através do encaminhamento médico, no caso da Santa Casa é proveniente das Unidades da saúde e demais estruturas que compõem o Sistema Único de Saúde.

FIGURA 7 - VISTA DOS JANELÕES E DA DISPOSIÇÂO DOS LEITOS EM ENFERMARIA NA SANTA CASA.

1. Disposição dos leitos com corredor de circulação ao centro. Pé direito elevado. Ventiladores de teto. A disposição dos leitos se dá com as cabeceiras voltadas para as janelas e os pés dos leitos voltados para o corredor
2. Janelões e disposição dos leitos. Aceso dos profissionais de saúde e espaçamento entre os leitos.
3. Janelões que se abrem para os jardins de inverno e facilitam a ventilação dos ambientes.

1



2

3

administradores, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, arquitetos, entre outros profissionais. Destes 742 são mulheres e 225, homens; um total de cerca de 76% da equipe de profissionais que atuam na santa casa são mulheres, ou seja, 742 pessoas. Considero que estes números são bastante significativos, por esse fato e por ser o hospital referência em saúde da mulher e que conta com um grupo significativo de mulheres em seu quadro funcional, não possui, por exemplo, referência a existência de creche para suprir as necessidades das mulheres com filhos pequenos, nem nos documentos oficiais nem nos relatos das mulheres do grupo dois.

As mulheres enfermeiras correspondem a cerca de 68 e obedecem a turnos de trabalho que ocorrem em seis horas de trabalho ininterrupto - como alternativa para o regime de quatro horas com intervalo de duas horas, seguidas de mais quatro horas de trabalho conhecido como regime de oito horas.

Esse regime, de seis horas sem intervalo, é adotado na maioria dos hospitais para evitar interrupção no atendimento pelo intervalo de almoço previsto no regime de oito horas. Assim, têm-se três turnos de trabalho distribuídos da seguinte forma: 7:00 as 13:00, turno da manhã; 13:00as 19:00, turno da tarde; 19:00 as 7:00 horas do dia seguinte ocorre o regime de plantão que é o horário mais extenso (12 horas). A maioria das equipes obedece a esse regime, mas existem horários diferenciados, por exemplo, para a equipe médica, que em alguns casos, trabalha em regime de quatro horas por turno e não seis, por questões trabalhistas. A Santa Casa (ver figura 8.p.39) é um hospital com relação direta com a formação de profissionais, recebendo além das equipes do hospital, as equipes de professores e estudantes de universidades públicas e particulares para o desenvolvimento de treinamento e aulas práticas com vivência direta no atendimento ao público (pelo menos 2 públicas e 1 particular, segundo informações que pude obter). É, portanto, um hospital de assistência, ensino e treinamento de estudantes, em cursos como enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, nutrição entre outros.

A Santa Casa atende hoje a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), através da disponibilização de espaços ambulatorial e hospitalar, conta com leitos divididos entre três unidades de tratamento intensivo (uma pediátrica, uma neonatal e uma adulto) e enfermarias. Essa forma de assistência ao público nem sempre foi assim. Como registrou de suas memórias como criança e adolescente que tinha acesso às dependências da Santa Casa de Misericórdia, em virtude da rede de relações de seus pais na época, com as freiras responsáveis pelo hospital, minha orientadora, que foi moradora do bairro do Umarizal,em uma de suas

observações nessa dissertação relatou que entre as décadas de 50 a 70 a Santa Casa de Misericórdia possuía estrutura diferente da existente hoje[30].

No caso especifico desta dissertação, enfoquei as atividades desenvolvidas na enfermaria Santa Maria, que recebe mulheres para tratamento hospitalar relacionado a cirurgias ginecológicas.

As profissionais de saúde com quem conversei, relataram que observam as recém admitidas; muitas estão assustadas e ansiosas com a possibilidade da cirurgia, outras vêm de um processo de sofrimento físico tão intenso, como perda sanguínea, dores, fraqueza, anemia, gastos constantes com absorventes, remédios, que vêem na cirurgia uma forma de libertação do problema. A maioria, de acordo com os profissionais com os quais mantive interlocução no ato do trabalho de campo deste estudo e com os quais tenho conversado desde 2004, procuram o hospital com grande esperança de cura e solução para seus problemas de saúde.

Esse comportamento pode ter relação com as diferenças que o hospital de hoje apresenta em relação ao hospital quando de sua criação; falo de modo geral, pois o hospital era apenas um local para acolher pobres e moribundos. Como houve mudança na forma de poder que se desenvolvia naquela época, do poder religioso para o poder médico (FOUCAULT 1979); o médico, ou antes, o profissional da saúde, embora a figura do médico seja central, surge então como um "xamã" moderno, um tipo de "feiticeiro" que tem seus próprios rituais e formas de lidar com a doença. Gostaria de frisar que não objetivo em minha dissertação a discussão sobre o poder médico ou o poder do profissional de saúde, mas a forma como isso ocorre tem importância, ou eu interpreto como importante, para o meu entendimento de como o poder se distribui ou se concentra nas ciências da saúde. Os estudos em Antropologia tem me permitido a releitura de situações que observo em meu cotidiano de fisioterapeuta, principalmente na multiplicidade de relações que se desenvolvem entre as diversas categorias profissionais da saúde.

[30] "A Santa Casa além dos chamados "indigentes", de responsabilidade do Estado, que eram internados nas enfermarias infantil, masculinas e femininas, também atendia os chamados "pensionistas", tanto na maternidade como nas outras especialidades. Para isso tinha 'apartamentos' na maternidade e para os outros atendimentos tinha 'quartos' avulsos e dois 'pensionatos' – Nossa Senhora de Nazaré e São José – conjuntos de quartos que não tinham banheiro dentro e os apartamentos com banheiro dentro. Nesses o atendimento e a alimentação eram melhores ,especialmente a maternidade cuja cozinha era reconhecidamente especial e saborosa. Os serviços todos eram administrados e feitos (junto com outros empregados do hospital) pelas freiras, religiosas da ordem das "Filhas de Sant'Ana" (Informações pessoais de minha orientadora. Maria Angélica Motta-Maués).

FIGURA 8 - FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. Disposição do prédio e a relação entre os blocos. **1**. Áreas verdes, que proporcionam ventilação às dependências do hospital, **2**. "Janelão" da Santa Casa que dá para "jardim de inverno". **3** Mais um exemplo da arquitetura do prédio da Santa Casa e suas adaptações (prédio recentemente construído em primeiro plano) e as áreas verdes que conectam os blocos

2

1

3

.

3.2 Serviços e profissionais

Outra situação a ser ressaltado, diz respeito à interação profissionais e usuárias dos serviços de saúde. Nesse aspecto é necessário esclarecer como se deu minha abordagem nessa pesquisa a partir das experiências que tive como fisioterapeuta. A maneira como o fisioterapeuta atua baseia-se no fato de que a *Fisioterapia* pode ser considerada uma profissão relativamente nova se comparada com outras como a medicina, enfermagem, direito. Ela se ocupa da abordagem do movimento humano em todos os níveis de saúde, seja buscando a prevenção de doenças ou situações que podem levar a doenças, seja buscando o tratamento, a cura ou recuperação das pessoas.

Como todas as profissões da área da saúde, também sofre influência das mudanças sociais que a sociedade ocidental vem realizando nas profissões. Hoje se encontra vinculada à especialidades da mesma maneira que a medicina e a enfermagem. Embora as instituições de ensino superior busquem a formação do fisioterapeuta generalista, isso não anula a existência do fisioterapeuta especialista, por exemplo, da *fisioterapia pneumofuncinal*, que trata de problemas relacionados às funções do sistema respiratório (pulmões, traquéia, músculos respiratórios, costelas, vértebras e movimentos que essas estruturas podem realizar, além do sistema nervoso), a *fisioterapia neurofuncional,* que trata da preservação e tratamento do sistema nervoso ou *da fisioterapia em saúde da mulher,* que trata de como a fisioterapia pode favorecer a saúde feminina utilizando recursos específicos. A saúde da mulher corresponde ao meu interesse primeiro e que me levou a buscar novas lentes na Antropologia.

O fisioterapeuta utiliza vários tipos de recursos para alcançar seus objetivos junto a pessoas que podem ser atendidas individualmente, em grupos ou comunidades. Como fisioterapeuta posso usar o *movimento*- cinesioterapia e recursos terapêuticos manuais, englobando aí exercícios, massagens, manipulações, drenagens. A utilização da *luz* - fototerapia, principalmente ultra-violeta e infra-vermelho, da *água* - hidroterapia, onde se pode trabalhar com exercício para aumentar a força dos músculos, movimentos para a redução de dores, exercícios de relaxamento. O uso da *eletricidade*, conhecido como eletroterapia, onde através do uso de geradores de corrente elétrica, são produzidas modalidades de correntes para uso terapêutico, ou seja para o tratamento de pessoas.

Ao exercer a fisioterapia, o profissional poderá prestar seus serviços atuando em três frentes: ambulatorial, domiciliar, conhecido como hoje como “home-care” e hospitalar. No âmbito ambulatorial é prestada assistência a pessoas que possuem condições de se deslocar

de suas residências, seja para atendimento em ambientes públicos, como centros de saúde, unidades básicas e de referência a saúde, seja em ambientes privados como consultórios e clínicas particulares. No atendimento domiciliar a atuação do fisioterapeuta no Brasil é bastante recente, principalmente aqui em Belém, e se dá quando a pessoa a ser atendida não possui condições de se deslocar para atendimento ambulatorial e sua internação no hospital torna-se mais prejudicial que benéfica. A atuação do fisioterapeuta no hospital, que acabou sendo importante na eleição desse tema, pois foi a partir de minha vivência na Santa Casa de Misericórdia que nasceu meu interesse por colher subsídios sobre as situações que envolvem mulheres que sofreram processos cirúrgicos, ocorre com base no processo de prevenção que a permanência no leito por períodos prolongados e até excessivos, já demonstrou exigir para atender aos efeitos que isso exercer sobre o corpo humano.

Nesse sentido, ao atuar no hospital o fisioterapeuta irá trabalhar para diminuir as dores que a pessoa sente por estar deitada muito tempo, para estimulá-la a se movimentar, e isso é bem difícil, às vezes, pois existe a informação, no imaginário popular, que aponta justamente, para restrição absoluta ao movimento, como uma das formas de tratamento para algumas doenças.

Sabe-se hoje que o movimento, não só ajuda na recuperação, como previne perda de força, perda de equilíbrio, perda de massa muscular e incentiva o sistema respiratório a funcionar mais organizadamente. Note-se que o movimento “bem dosado”, por isso é importante considerar que cada pessoa reage ao processo de saúde e doença diferentemente.

Como explica Batalha (2002):

> O fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção. promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, sendo portanto, seu principal objeto de trabalho é a saúde funcional. (...) (BATALHA , 2002 .p 1).

Um dos principais objetivos da fisioterapia em relação a saúde da mulher é aumentar a capacidade de funcionamento do períneo, de maneira que a mulher possa ter uma melhor respiração, atividade sexual , boa micção, defecação e não haja perda incontrolável de urina, fezes ou gazes. Quando o fisioterapeuta está atuando em saúde da mulher em ambiente hospitalar, deve estar preocupado com a respiração da mulher, sua movimentação, presença de dores, seja na coluna vertebral ou no ferimento gerado por cirurgias, além das condições de seu períneo.

Especificamente, no caso desse trabalho, trato com mulheres que foram submetidas a cirurgias ginecológicas. Em sua grande maioria estiveram acamadas, por períodos entre dois ou mais dias. Como sofreram intervenção cirúrgica, após a cirurgia a presença de dor no ferimento provocado pela operação é esperada, mas cada pessoa pode ter vários graus de comprometimento gerado por essa dor. Augusta , uma de minhas principais interlocutoras do *primeiro grupo*, teve um pós-operatório referido por ela como bastante "incômodo", contou-me que a dor abdominal foi intensa e não havia condições de movimentação.

Mas a fisioterapia não surgiu isoladamente, uma vez que, as sociedades sempre usaram recursos da natureza para minimizar os danos a saúde. Os banhos, saunas, exercícios, massagens, luz solar, lama medicinal, já eram utilizados pelos romanos, gregos, turcos, chineses (MOOR et al, 1968).

O nascimento da fisioterapia se deu bem depois da afirmação do poder médico e por isso cabe nesse capítulo falar um pouco sobre o nascimento desse poder, pois irá refletir na forma como as pessoas são tratadas hoje pelos profissionais das ciências da saúde. Inicialmente não havia uma grande preocupação com a saúde da população ocidental uma vez que a quantidade de pessoas agregadas em vilas e pequenos lugarejos não inspiravam os cuidados que as grandes cidades e metrópoles necessitam hoje.

Com o fortalecimento do capitalismo e da necessidade de mão de obra cada vez maior para suprir as demandas do mercado que emergia, os problemas de saúde, agora de uma população cada vez mais numerosa, se tornaram cada vez mais evidentes, visto que as aglomerações e a transmissão de doenças, associadas à baixíssima qualidade de vida dos ambientes, fez com que as epidemias fossem devastadoras[31].

De acordo com Foucault (1979) a crescente repressão sobre as questões sexuais, coincide com o desenvolvimento do capitalismo, que foi desde a época clássica o modo fundamental entre poder, saber e sexualidade, o que acaba sendo essencial para o entendimento de aspectos importantes de minha dissertação, embora não seja intenção aqui tratar da discussão nos três campos, devo frisar que eles se interligam, pois ao tratar do corpo feminino, encontrei o poder médico, respaldado no conhecimento científico influenciando as imagens do corpo e as percepções da sexualidade (VÍCTORA 2001). O entendimento dessas

[31] Posso citar algumas como a varíola que desde 430 aC até o ano de 1977 matou, só no século XX, quase 500 milhões de pessoas à Malária, desde 1600 mata muitas pessoas e se estende como endemia até os dias de hoje; à gripe espanhola que no século XX matou 50 a 100 milhões de pessoas em menos de 2 anos; à peste negra que no período de 1340 a 1771 matou 75 milhões de pessoas em todo o mundo.

passagens relacionadas à sexualidade serve como pano de fundo para o entendimento de como o poder religioso acabou cedendo lugar ao poder médico e como isso se mantém até hoje. Isso é bastante importante em minha pesquisa, uma vez que a Santa Casa de Misericórdia, nasceu como um hospital de cunho religioso e se transformou em um hospital onde atuam vários profissionais de saúde sem que haja a presença de religiosos – homens e mulheres, no trato com as pessoas.

A sexualidade é reprimida quando do nascimento do capitalismo devido ao fato de não ser tolerável que a força de trabalho explorada sistematicamente, naquele momento, fosse desviada e desperdiçada nos prazeres, salvo os mínimos para reprodução. Ainda no século XIX iniciou-se o processo de falar sobre o sexo, mas de uma forma bastante peculiar, como um ato de transgressão deliberada. O silêncio sobre a sexualidade,reflete-se também sobre o silêncio em relação ao corpo.

Mesmo usando lentes de fisioterapeuta, constantemente, vi-me diante de questionamentos sobre os atributos do corpo humano que iam além do biológico, da função que o sistema ou segmento possui, de sua característica fisiológica, da situação de saúde ou de doença relacionadas a ele. E os conhecimentos inerentes à fisioterapia, muitas vezes, não davam conta da amplitude que a pessoa e seu corpo apresentavam e nem poderiam.
Muito interessante pra mim tem sido revisitar minhas experiências com a fisioterapia, agora com o enfoque da antropologia.

Foucault (1988) demonstra que a sociedade ocidental possui mecanismos para o uso do poder e que esses mecanismos surgiram a partir de mudanças sociais. A questão do poder passou inicialmente pelos mecanismos religiosos, que emergiram da necessidade da busca da verdade. Gradualmente esse tipo de busca da verdade foi sendo substituído pela ciência e os hospitais que antes eram locais para abrigar pessoas que estavam fadadas a morte foram passando da responsabilidade da igreja para o poder médico; os hospitais serviam a dois propósitos básicos: separar/segregar as pessoas que não podiam conviver em sociedade devido suas condições de doença e resgatar através da caridade as pessoas que lidavam com os doentes e figura do médico não fazia parte desse contexto, pois ele só comparecia ao hospital esporadicamente, e visitava os doentes mais graves, praticamente moribundos. Suas visitas eram eventuais.

O hospital só passou a existir como local de tratamento de pessoas doentes, quando a figura do médico começou a se consolidar como uma outra fonte de poder. Antes os religiosos usavam de mecanismos para obtenção do discurso da verdade sobre o sexo e a sexualidade, depois a ciência passou a usar o recurso da confissão para obter as verdades sobre o estado de

saúde ou e doença da pessoa que estava buscando a cura. Revisitar esse aspecto tem em feito pensar sobre a formação do fisioterapeuta, que é treinado também a "extrair a verdade" das pessoas para poder empregar recursos para ajudá-las. Entretanto, quando considero esse aspecto, reflito sobre os usos que minha profissão tem tido da anamnese[32].

Quando Foucault (1988) fala sobre o poder médico, ele enfoca esse aspecto como uma fase da busca da verdade, que caracteriza a sociedade ocidental. Nós, ocidentais, falamos para através do falar, evitar falar. Esse aspecto é muito recorrente quando se enfoca a sexualidade e os aspectos do corpo humano que direta ou indiretamente remetem a ela.

Ao manter contato com uma de minhas interlocutoras, esse aspecto ficou bastante evidente. Como frisa Foucault (1988), nossa sociedade é bastante incisiva quando se trata de falar sobre o corpo e a sexualidade, mas esse comportamento antes de ser uma forma de tratar o assunto mais abertamente, corresponde a uma maneira de escondê-lo. Falar demais é uma maneira de evitar o confronto. Assim, pude observar em Conceição uma forte necessidade de explicar sua história, de comprovar a veracidade do que falava. Constantemente, oferecendo seus arquivos de exames para que ficasse claro que estava contando a verdade. Como se sua dor fosse tão grande que não lhe era possível falar sobre ela sem ser amparada pelos instrumentos técnico-científicos de seu caso. E no caso dela, mais prementes por se tratar de uma profissional da área da saúde que teve duas gestações tubárias e perdeu as trompas e um dos ovários e ficou lutando para engravidar com apenas uma parte do ovário esquerdo, culminando, após várias tentativas de inseminação artificial, com a separação do marido. Durante sua explanação, contou-me que uma de suas maiores tristezas era o fato de ter duas cicatrizes de cesariana e, no caso dela, cirurgias de emergência, que haviam deformado seu abdome, sem nunca ter podido tomar uma criança nos braços: "porque se depois de tudo eu tivesse um filho, valeria a pena". Esse aspecto que não só ela, mas outras mulheres por mim abordadas também referem, diz respeito às crenças e sentimentos que se encontram na base da vida social de cada pessoa e que envolvem o corpo humano, mas que não estão sob o domínio exclusivo do corpo.

Outra profissão bastante importante para o entendimento de minhas escolhas nessa dissertação é a Enfermagem. Quando se fala am equipe de Enfermagem está se falando de Enfermeiros e Enfermeiras e dos Técnicos e Técnicas de enfermagem. Como já disse, na Santa Casa, um total de 76 % das pessoas que trabalham na instituição são mulheres. O que é bastante significativo, considerando que é um hospital de referência em saúde da mulher. Boa

[32] A anamnese corresponde à uma das formas de buscar de informações que podem ajudar o profissional de saúde a traçar melhor seu plano de tratamento.

parte dessas mulheres em fase reprodutiva, ou seja, em condições de ter filhos. O que as coloca como usuárias, em potencial, da Santa Casa.

Em seu estudo “Mulheres da castanha: um estudo sobre trabalho e corpo”, Beltrão (1982) aborda o tema da percepção do corpo através da lente do trabalho, dando ênfase ao que as operárias que trabalham nas fábricas de castanha, em Belém, referiam sobre as manifestações de seus corpos submetidos a duras condições de trabalho.

> a castanheira indica o quanto as condições de trabalho são adversas e o tanto que seu corpo se descaracteriza ao longo do processo de beneficiamento da castanha-do-pará, fatos esses que determinam uma forma especifica de representação social do corpo.
> Ao vivenciar a rotina culturalmente estabelecida para desenvolver suas atividades em qualquer um dos setores da usina, a operária se dá conta da quebra de inúmeros princípios que observa desde a sua socialização, quando incorpora regras e valores que passaram a orientar seu comportamento. Na medida que contraria seus princípios, por maiores que sejam as precauções tomadas, a resultante é a posse de um ‘corpo cansado’, que não é apenas uma evidência física, mas uma necessidade social, pois a operária precisa adquirir uma nova identidade para continuar reconhecida e valorizada (BELTRÃO. 1982.p.105-06).

Mesmo que o enfoque dado pela autora tenha o trabalho como mediador do estudo do corpo, há referências de aspectos relacionados a reprodução como a expressão “mulher cheia” para designar as grávidas e “mulher já está vazia” para identificar as que já tiveram os filhos. Doenças como varizes e problemas de coluna também são apresentados nas falas das mulheres. Beltrão (1982) elegeu como objeto de estudo as operárias da castanha e eu também estou dialogando com mulheres da equipe de enfermagem da Santa Casa em seu ambiente de trabalho e pela vivência que venho tendo como fisioterapeuta, as profissionais da área da saúde também sofrem e referem desgastes, supostamente em benefício de outras (dos corpos de outras) mulheres.

A equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia foi eleita por mim como referência de meu trabalho por se tratar de uma das equipes mais numerosas e que mais convive com as pessoas que utilizam o hospital, embora exista um grande número de médicos e médicas no hospital; isso se dá em virtude da diferença na carga horária entre esses profissionais e as pessoas da equipe de enfermagem As enfermeiras foram abordadas por dois motivos básicos: por serem mulheres e conseqüentemente, terem uma forma específica de encarar problemas femininos e por possuírem uma carga horária que as mantém mais tempo nas dependências do hospital, elas acabam tendo um contato que facilita a formação de laços mais estreitos que outros profissionais. Interessei-me pelas mulheres da equipe de enfermagem, pois esta é uma das maiores equipes no hospital. Elas dão plantões que variam

entre 6 a 12 horas e lidam diretamente com as usuárias que sofreram as cirurgias ginecológicas. Portanto, penso que foi possível, através do contato com as mulheres desta equipe, conseguir relatos de como elas percebem, interpretam as situações referentes as corpo feminino, tanto das pessoas que recebem seus cuidados quanto delas próprias.

Neste contexto, da percepção do corpo, perguntava-me se o períneo apareceria como importante. Como as enfermeiras o representavam? Como as demais partes do corpo seriam representadas? Qual a percepção e referências que elas fariam aos problemas que enfrentam em sua jornada de trabalho como mulheres?

Considerando que a equipe de enfermagem conta com enfermeiras e técnicas de enfermagem, inicialmente me propus a trabalhar com quatro pessoas: duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. Entretanto, somente foi possível a interlocução com três pessoas da equipe, uma enfermeira e duas técnicas embora tenha estado em contato com muito mais profissionais desde agosto de 2004.

Como já disse, venho trabalhando na Santa Casa desde 2004 e antes disso já estava envolvida com "saúde da mulher" e embora esteja constantemente na enfermaria "Santa Maria" no papel de fisioterapeuta só em outubro de 2007 iniciei oficialmente a parte do trabalho que trata da interlocução com as mulheres da equipe de enfermagem, uma vez que somente em setembro obtive autorização para fazê-lo junto a comissão de ética em pesquisa da Santa Casa (ver anexo 1). Essa exigência se deu em virtude do hospital ter alterado toda a forma de controle sobre as pessoas que permanecem no hospital, principalmente por se tratar de um local onde são registrados nascimentos e ter havido casos de raptos de crianças no hospital. Este fato não representa, em minha avaliação, um ponto negativo, apenas é a realidade institucional que deve ser respeitada. Mas, existem as situações que se acumularam no decorrer dos anos em que desenvolvo minhas funções como fisioterapeuta, que me facilitam as observações diretas e conversas com muitas interlocutoras.

Tanto na interlocução com as enfermeiras e com as técnicas de enfermagem, não houve qualquer referência a importância do períneo, o que não foi para mim motivo de estranhamento, visto que mesmo entre minhas colegas de profissão a menção das funções do períneo só é enfatizada entre os fisioterapeutas que trabalham na área da Saúde da Mulher. Logo o fato das enfermeiras e técnicas de enfermagem não destacarem o períneo em suas interlocuções não representa motivo de estranhamento. Quando perguntei sobre suas atividades fora do âmbito hospitalar, todas foram unânimes em relatar o fato de desenvolverem suas funções domiciliares, como lavar roupas, cozinhar, cuidar da casa, algumas com ajuda de filhas mais velhas, mas sem deixarem de registrar que a

responsabilidade de seus afazeres domésticos repousava sobre elas. As mulheres que entrevistei são casadas e tem entre 30 e 50 anos. Variando também a procedência quanto às camadas urbanas.

Bianca, enfermeira, frisou que se preocupa com o estado em que as mulheres que vão ser tratadas na Enfermaria Santa Maria, principalmente as que, de alguma maneira, perdem órgãos chegam ao hospital assustadas, mas também com esperança de ver suas situações resolvidas. As técnicas, Berenice e Bruna enfatizaram a dor das mulheres e como observaram que elas ficavam "deprimidas" depois da cirurgia, por motivos diferentes.

> Todas vem pra cirurgia com vontade de ficar boa, a priore talvez não alcancem a dimensão da perda, porque era pra resolver o problema da perda de sangue, só depois em que cai a ficha (BIANCA, 2007).

> Elas estão enjoadas de perder sangue, de gastar dinheiro, estão saturadas, doentes...Algumas ficam tristes outras não aparentam de imediato. As jovens, sem filhos , ficam mais tristes... (BRUNA, 2007).

Todas demonstraram em seus discursos um interesse em suas funções e referiram terem procurado a profissão, não só por questões financeiras, mas também por questões de satisfação pessoal, que envolve o "cuidar de pessoas".

> Eu gosto do que faço, mesmo trabalhando em mais de um lugar. Considero minha profissão muito bonita, pois trabalho com pessoas carentes (BERENICE, 2007).

A Enfermagem é uma profissão "exigente" fisicamente, pois envolve a execução de tarefas que demandam gasto de energia e força muscular, falo como observadora usando lentes de fisioterapeuta; atividades como carregar pessoas, ajudar a levantar, curvar o corpo para aplicar injeções, abaixar-se para regular equipamentos ou leitos, podem, muitas vezes, gerar dores no corpo, principalmente, na coluna. Em minha interpretação as mulheres do grupo dois, ficaram "inibidas" pelo fato de eu ser uma profissional de saúde como elas e de estar cotidianamente, presente na Enfermaria Santa Maria, entretanto, apesar do que falaram, como que "oficialmente", por se tratar de uma interlocução mediada pela autorização da "chefia" de enfermagem, a observação me permitiu vê-las em situações e comentando seus desgastes. A relação com as mulheres internadas também, por vezes mostrou-se "difícil", pois o ambiente hospitalar é peculiar e retira a pessoa internada de sua convivência, de modo que ela, a internada, tem que conviver com desconhecidos que passam a ter "acesso" a seus corpos, a suas vidas e a suas histórias.

Outro aspecto que preciso ressaltar, diz respeito a medicina, uma vez que essa profissão da área da saúde está relacionada com as demais. O enfoque que desejo adotar trata da medicina voltada à saúde da mulher.

O século XIX é apontado por autores como Vieira (2002), Foucault (1979, 2007) e Martins (2004) como nascedouro da medicina, e sua importância no discurso da sociedade. No Brasil as áreas de maior atuação corresponderam a higiene, medicina legal e psiquiatria. O desenvolvimento do enfoque do médico em relação ao corpo feminino, principalmente da prática obstétrica[33] , foi a forma encontrada para deslocar o conhecimento sobre as situações até então abordadas exclusivamente por parteiras, mulheres exclusivamente, já que partejar era considerado trabalho feminino, para as mãos dos médicos, o que caracterizará a medicalização do parto.

Assim o processo de consolidação da prática médica iniciou-se no séc XIX visando a afirmação da medicina como profissão liberal e a valorização do médico na sociedade. Esse discurso se baseará em controle da periculosidade sanitária nas cidades, agora em franco processo de expansão e crescimento populacional, saneamento dos espaços públicos e ordenação da família.

Até 1808 não havia médicos regulares no Brasil. O ensino médico se caracterizava pela essência teórica. Conhecimento adquirido nos compêndios importados da Europa. Os cursos pata formação de cirurgiões foram os primeiros cursos a serem criados. As condições de higiene em que as cirurgias eram realizadas, eram precárias e por isso sobreviver a uma intervenção cirúrgica era praticamente um milagre.

A consolidação do Curso Médico se deu em meados de 1830, de acordo com achados de Vieira (2002). Que mostra que no Rio de Janeiro os profissionais já eram aceitos pela sociedade da época. O discurso do médico que surge a partir da ampliação do poder médico, é a 'natureza feminina', que dá suporte para o discurso médico- social. Outro aspecto que fortalece esse discurso e a tentativa de entender a fisiologia do corpo feminino através de procedimentos e intervenções, levando ambos a ampliação do processo de medicalização do corpo feminino.

A idéia de 'natureza feminina', de acordo com Vieira (2002)

> baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher- a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece

[33] O tremo Obstetrícia vem do latim, *obs*, que significa `estar diante de` e *tetricum*, que quer dizer `tétrico, mórbido`. Segundo Vieira (2002), traduz com fidelidade o medo que havia quando se tratava de assuntos relacionados a gravidez, parto e puerpério, já que a Obstetrícia trata dos aspectos da saúde feminina enfocados nas fases reprodutivas.

> justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem idéias sobre maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos 'naturais' e 'essenciais' à divisão de gêneros na sociedade" (VIEIRA, 2002. p.32).

Durante quase três séculos a produção de ideais sobre o corpo feminino foi se alicerçando, inicialmente de forma teórica, mas depois continuamente avançando na prática e o caminho utilizado foi o parto. Nesse período os médicos foram gradualmente avançando na tarefa de ocupar o lugar das parteiras e transformar o parto em ato médico. O objetivo fundamental em transformar o parto em ato médico, dizia respeito ao controle sobre o aborto e o infanticídio, isso associado à perseguição as mulheres consideradas como feiticeiras, entre as quais eram arroladas as parteiras. (VIEIRA, 2002).

Como registra Vieira (2002), o partejar era uma prática feminina e a medicina por ter seu alicerce montado sobre a linguagem técnica e a educação universitária, foi transformada em uma atividade reservada aos homens e a oposição das mulheres parteiras e curandeiras passou a representar uma ameaça ao saber, principalmente porque a população feminina considerava inadmissível submeter-se ao atendimento médico em se tratando de assuntos "femininos"como parto e puerpério. Mesmo porque os médicos não possuíam destreza na realização dos partos e o índice de infecção durante as intervenções cirúrgicas da época, gerava medo em submeter-se aos processos. Shorter (1982) apud Vieira (2002) "argumenta que até 1750 as parteiras era provavelmente mais competentes que os médicos" As intervenções malsucedidas, o uso inadequado do fórceps e os riscos de morte pós-cesariana, faziam que os cirurgiões da época vivessem em conflito com as parteiras. De acordo com Vieira (2002) mesmo entre as parteiras havia diferenciação entre as parteiras urbanas e as rurais. As primeiras mais bem treinadas e as segundas que aprenderam a partejar por necessidade ou por tradição. Com o advento e consolidação gradativa do capitalismo industrial, a prática médica se definiu como exercício exclusivo do médico, legitimado e reconhecido pela sociedade da época. A maior dificuldade para o desenvolvimento das práticas obstétricas que previam a hospitalização diziam respeito ao risco de morte relacionado a infecção puerperal. Que se manifestou principalmente, até o séc XVIII. O parto era tradicionalmente realizado em casa e uma prática feminina. Mas foi no século XIX ao se aventar a causa da infecção puerperal, que as medidas de higiene se tornaram mais eficazes e conseqüentemente houve diminuição nas mortes pós-parto. De acordo com Vieira (2002) a adoção de medidas higiênicas foi primordial para o combate a infecção puerperal, assim como a bacteriologia foi essencial ao desenvolvimento do hospital moderno. DE acordo com

Shorter (1982) apud Vieira (2002) no século XIX a palavra cesariana era sinônimo de sentença de morte. O progresso da Obstetrícia se baseou em condutas profiláticas e a prevenção de infecções aumento muito a sobrevida pós-cesariana, o que ocorreu a partir da segunda metade do século XIX.

No Brasil a assistência ao parto até o século XIX foi responsabilidade das parteiras, comadres ou aparadeiras, mas em algumas províncias (Rio de Janeiro e Bahia) foi criada a cadeira de Partos nos Hospitais de Misericórdia para as mulheres que desejassem aprender o ofício de partejar. (VIEIRA, 2002).

As maiores dificuldades residiam no fato da pouca prática dos médicos da época, o que era criticado pelas parteiras, falta de recursos e investimentos nas escolas médicas, o aspecto competitivo da prática liberal, a resistência das mulheres em usar os hospitais e em enfrentar o olhar masculino. Com a tradição do parto realizado em casa o ensino prático da obstétrica demorou a se consolidar. Em meados do século XIX houve a defesa da hospitalização do parto, a criação das ,maternidades e crítica a competência das parteiras de modo a colocar em dúvida seus conhecimentos. A resistência em usar o hospital para o parto residia no fato das instituições serem usadas para abrigar os desvalidos, a moralidade da época e as técnicas rudimentares que rondavam a obstetrícia.

Conforme o atendimento em obstetrícia foi se estabelecendo as enfermarias de obstetrícia foram aumentando de número. Os asilos de grávidas foram criados para abrigar as mulheres pobres no último mês de gestação (solteira, domésticas, empregadas do comércio). No Rio e Janeiro o Hospital de Misericórdia foi o local onde se praticava assistência filantrópica. Fazendo paralelo com a Santa Casa de Misericórdia do Pará que desde sua criação mantém seu caráter principal voltado para o atendimento em Obstetrícia, e que vem se ampliando ainda hoje.

Mas uma das maiores barreiras residia no pudor da época. Pois as mulheres preferiam morrer a serem atendidas por um indivíduo do sexo masculino. As freiras que prestavam assistência eram proibidas por regras de sacerdócio de fitarem as partes pudendas e os partos eram realizados às escuras. Mesmo dentro da medicina, havia preconceito relacionado a Obstetrícia, pois era considerada uma prática menor, por ter pertencido ao domínio feminino quando as parteiras realizavam com exclusividade a tarefa de partejar. Até que no final do século XIX discutia-se nas academias a quem competia o ato de partejar. Havia indignidade, talvez desonra em assumir um trabalho que por tradição era feminino, classificando a obstetrícia como uma especialidade ‘menor’, para qual migravam os incompetentes (VIEIRA, 2002).

De acordo com Knibiehler & Fouquet (1983) apud Vieira (2002) a pouca valorização da obstetrícia dentro da própria medicina relaciona-se com a misoginia na origem da medicina moderna, que exigia inclusive a masculinização da mulher médica, para melhor exercício da profissão.

> Apesar dos conflitos internos do meio médico e da resistência das mulheres, o parto transformou-se em ato médico e as mulheres puderam voltar a tradição de partejar, agora com novo status, o de médicas. O acesso da mulheres ao ensino médico no Brasil acontece em 1889. O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de uma suposta naturalidade, que através do poder médico pode exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de até recentemente ser essa profissão eminentemente masculina em nossa sociedade."(VIEIRA, 2002. p.58-9).

A assistência médica à mulher irá se ampliando a media que o campo de competência da medicina aumenta e que as pressões para que os serviços estejam mais disponíveis para as pessoas também crescem. Assim a assistência médica se próxima do feminino social e passa a figurar como questão social. Essa 'medicina pública' cresce através do desenvolvimento da assistência à saúde coletiva e da criação de serviços, sobretudo de seguro social. Nesse período o corpo feminino é enfocado como área do conhecimento e da prática médica.

A assistência pré-natal surge associada aos cuidados com a criança – puericultura. Mais tarde a medicalização do corpo feminino será justificado pelos projetos eugênicos, que afetavam a formação da sociedade.

4 CORPO FEMININO

Como profissional da saúde, desde muito cedo fui apresentada ao corpo humano. Suas funções, partes, sistemas, limitações, aparência interna e externa. Como conseqüência de toda a construção de poder em torno, inicialmente do médico, e hoje estendido a todos os profissionais de saúde, desde que me graduei, venho tendo oportunidade de falar com as pessoas sobre seus corpos e sobre as doenças que os afligem.

Como bem demonstram os estudos sobre o assunto, nem sempre foi assim em relação ao médico. Em todas as sociedades sempre existiram pessoas que dominavam as atividades ligadas à cura, embora estivessem ligadas a questões religiosas. Entretanto, em nossa sociedade ocidental, oficialmente – embora saibamos que não é assim que se dá - o xamã deu lugar ao médico e esse a outros profissionais de saúde, como detentores de alguma forma de poder sobre a saúde e a doença que as pessoas possuem.

Meu desejo ao iniciar este capítulo é chamar a atenção para o fato de que algumas vezes os profissionais da área da saúde tem acesso a vida das pessoas, especialmente das mulheres tendo um certo tipo de liberdade que não é dado a outros profissionais. Isso envolve tocar, movimentar, conversar sobre assuntos e situações que são, muitas vezes, encobertos e que não podem ou não querem ser ditos.

4.1 Corpo e simbolismo

O corpo humano e suas representações simbólicas e físicas causa interesse e uma busca constante por diferentes formas de olhá-lo. Como profissional da saúde, fui colocada em contato com informações sobre o corpo humano como fonte de mistérios e de situações que precisavam ser decifradas, não só como estudante, mas, principalmente, no exercício da Fisioterapia. A profissão de fisioterapeuta trata das situações que afetam ou podem afetar o movimento dos seres humanos, principalmente os movimentos que podem ser controlados pela vontade, como é o caso, por exemplo, do ato de elevar e abaixar o braço. Sempre que o movimento humano está em questão, o fisioterapeuta poderá atuar. Ele não é o único profissional que faz isso, existem outras profissões que tratam do mesmo assunto[34], mas o

[34] O Educador físico e o Terapeuta Ocupacional, por exemplo, também se ocupam do movimento humano.

enfoque da fisioterapia envolve o uso de recursos físicos, como a água, o próprio movimento – neste caso usamos o exercício como grande aliado na busca da melhoria da qualidade de movimento, o calor, o frio, a luz, a eletricidade, o som, o toque – ex: massagem. Entre outros tipos de recursos. A aplicação desses recursos implica no conhecimento das funções do corpo humano de maneira a não fragmentá-lo e sem esquecer que o corpo pertence a uma pessoa, e faz parte de uma construção que envolve todas as esferas da personalidade e da sua relação com a cultura de que a pessoa faz parte e que portanto ela, a pessoa, tem suas próprias representações e simbologias sobre o seu corpo, que tem desejos, sonhos, necessidades é um dos pontos que nenhum profissional pode negar, em especial os que se encontram na área da saúde.

José Carlos Rodrigues explica que o corpo é o patrimônio mais tangível que o ser humano possui. É com ele, e através dele também, que nos relacionamos com tudo, inclusive com nossas próprias experiências, pois como qualquer outra realidade do mundo ele é socialmente concebido oferecendo, através da análise da representação social, uma das numerosas vias de acesso á estrutura de uma sociedade particular (RODRIGUES. 2006. p.48).

Esse relacionamento, embora parta de bases biológicas e psicológicas, está completamente mediado pela cultura. Então, as pessoas são profundamente influenciadas pelo que aprendem e apreendem durante sua vida inteira, pois em cada sociedade um certo número de atributos, sejam eles físicos, morais ou intelectuais são utilizados para indicar o que cada indivíduo deve ser e ensinadas as pessoas desde sua infância o que varia e adquire nuances diferentes em cada sociedade.

Os estudos biológicos e da saúde em torno do corpo, muitas vezes podem estar restritos a partes dele, a fragmentos que embora sejam estudados como tais, não se comportam isoladamente. Assim, é que um especialista em sistema digestivo não deverá atuar sem considerar a pessoa e não só o sistema ou órgão, pois este sistema não existe de forma independente e suas representações não são apenas físicas, biológicas ou patológicas. A visão que se tem do corpo, sofreu muitas variações de acordo com os rumos que a sociedade ocidental foi tomando.

O corpo e todas as suas partes leva em si as marcas da vida social e o resultado da impressão de determinadas transformações escolhidas para que os simbolismos, representações, valores e situações que envolvem o social apareçam nele como a expressão do momento em que a sociedade se encontra. O corpo pode ser tratado, perfurado, rasgado, pintado, manipulado, cortado, queimado, torcido, despigmentado. Desenhos são traçados

sobre a sua superfície, unhas pintadas, pêlos cortados ,coloridos, alongados.Como bem enfatiza Rodrigues (2006):

> Não há praticamente sociedade que não fira de alguma forma o corpo de seus membros, havendo inclusive preferências que podem parecer estranhas à primeira vista. Por que a coincidência, largamente difundida no espaço e no tempo, da preferência pelas partes genitais? Todas essas intervenções da comunidade sobre o sexo são maneiras de ela tentar controlar - agindo sobre o órgão - uma função cujo exercício deve responder pela própria continuidade da existência do grupo humano.(...) Nesse ponto, a reprodução da espécie e a persistência das tradições sociais se encontram, e o sexo se transforma em um bom objeto para materializar os sentimentos da comunidade acerca de sua própria sobrevivência. Nenhuma prática se realiza sobre o corpo sem que tenha a suportá-la um sentido genérico ou específico. Não há razões para se supor que as pessoas a elas se submetam a contragosto ou sem conformidade intelectual: aqui todos."(p.62-63)

Embora todo ser humano possua e se relacione com a sociedade usando o corpo como referencial, as transformações que cada cultura impõe aos corpos sofrem variações de acordo com a idade, status e também características de gênero. E essas características variam de sociedade para sociedade. O relacionamento entre homens e mulheres está, portanto, diretamente influenciado por essas situações que a cultura apresenta. Então as representações do corpo humano, também serão diferentes para homens e para mulheres.

4.2 Corpo feminino

O enforque principal dessa dissertação é o corpo feminino e suas representações. O interesse que tenho pelo tema vem se fortalecendo desde o ano de 1988, quando estava no penúltimo ano da graduação em fisioterapia e me preparava para realizar meu trabalho de conclusão de Curso. Meu tema na época era o parto de cócoras. Depois de graduada segui estudando Saúde da Mulher onde as transformações do ciclo biológico da mulher, como aborda Motta-Maués(1993 [1977]) passaram a ser o assunto central da minha atuação profissional.

Gradualmente, pude observar que as informações sobre o corpo feminino no contexto das Ciências da Saúde, não me ofereciam instrumentos suficientes para as reflexões sobre o c assunto. Esse fato aliado a minha iniciação nas Ciências Sociais me levou a buscar outras lentes. O ingresso no mestrado em Ciências Sociais com ênfase em Antropologia abriu

possibilidade para releitura de minha atuação profissional. A busca tem me levado a interpretações sobre as representações do corpo feminino, que não eram possíveis antes.

Um dos aspectos que surgiu em minhas interlocuções desde agosto de 2004 é o fato das mulheres serem tratadas como se não possuíssem suas próprias representações sobre corpo. Essa reflexão me fez observar minha própria conduta como profissional em Saúde. para ilustrar como esse "modelo" foi se estabelecendo. Cito o artigo de Mary Del Priore, intitulado "Magia e Medicina na Colônia: O corpo feminino", que se encontra no livro História de Mulheres no Brasil, onde encontrei informações sobre como o corpo feminino era encarado durante a colonização Portuguesa no Brasil:

> Nos primeiros tempos da colonização, homens e mulheres, acreditavam que a doença era uma advertência divina...A enfermidade era vista por muitos pregadores e padres, e também por médicos da época, como um remédio salutar para os desregramentos do espírito[...] Num cenário em que doença e culpa se misturavam, o corpo feminino era visto, tanto por pregadores da Igreja católica quanto por médicos, como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e o diabo se digladiavam...Esse imaginário, que tornava o corpo um extrato do céu ou do inferno, constituía um saber que orientava a medicina e supria provisoriamente as lacunas de seus conhecimentos [...] Nos tempos da colonização, o médico era um criador de conceitos, e cada conceito elaborado tinha uma função no interior de um sistema que ultrapassava o domínio da medicina propriamente dito.Ao estatuto biológico da mulher, estava sempre associado outro moral e metafísico... Para maioria dos médicos, a mulher não se diferenciava do homem apenas por um conjunto de órgãos específicos, mas também por sua natureza e por suas características morais. (DEL PRIORE, 2004.p.78-9)

Del Priore (2004) afirma que devido a influência da inquisição e dos Jesuítas os avanços dentro da medicina portuguesa foram quase nulos, nos séculos XVI e XVII (p.80) e, posteriormente, a ciência médica passou a perseguir as mulheres que possuíam algum tipo de conhecimento sobre como tratar do próprio corpo, além de investir em conceitos que subestimavam o corpo feminino . No período colonial quase todo conhecimento sobre o corpo feminino dizia respeito à reprodução e o útero possui grande importância, "os documentos científicos da época tratados, manuais, receituários revelam enorme interesse pela madre e conseqüente obsessão em compreender o seu funcionamento (DEL PRIORE 2004. p.81-82).

As formas de percepção do corpo não eram sequer registradas, pois a mulher era interpretada através dos homens, como o pai, marido ou o médico, detentores do saber e do poder[35]. Discorrendo sobre a influência do profissional médico naquela época, Del Priore (2004) afirma:

---

[35] A mulher quando da colonização do Brasil pelos Portugueses, possuía três representações: as ameríndias com suas tradições tribais e suas vivências sobre a flora e a fauna locais, as brancas européias, representadas pelas mulheres que vieram com a colonização e as mulheres africanas que desembarcavam na colônia sob regime de

> A medicina traduzia então as poucas descobertas sobre a natureza feminina em juízos fortemente misóginos e desconfiados em relação às funções do corpo da mulher. Na tentativa de isolar os fins aos quais a natureza feminina devia obedecer, os médicos reforçavam tão somente a idéia de que o estatuto biológico da mulher (parir e procriar) estaria ligado a um outro, moral e metafísico: ser mãe, frágil e submissa, ter bons sentimentos, etc. Convém notar que a valorização da *madre* como órgão reprodutor levava a uma valorização da sexualidade feminina, mas não no sentido de sua realização e sim no e sua disciplina [...] O desconhecimento anatômico, a ignorância fisiológica e as fantasias sobre o corpo feminino, acabavam abrindo espaço para que a ciência médica construísse um saber masculino e um discurso de desconfiança em relação à mulher.(p.83-4)

Estas informações apontadas pela autora deixam entrever como o Brasil na qualidade de colônia portuguesa, esteve muito mais atrasado que outras colônias. Estes fatos repercutem, embora com todos os avanços do conhecimento científico em diversas áreas das ciências da saúde, ainda hoje, pois no Brasil, ainda existem as "ilhas" de excelência, onde o conhecimento circula mais facilmente ao mesmo tempo em que há regiões onde a produção e circulação de conhecimento se dá de forma mais lenta. A maternidade era então uma forma de resistência das mulheres da colônia, um território repleto de simbolismos e de informações que a medicina não conseguia compreender. A "madre" era registrada pelos médicos da época como espécie de órgão vital da mulher. Era estudada dentro dos limites da época, sendo esperado que o corpo feminino se abrisse para a verdade que os médicos estavam buscando dele. Del Priore enfatiza o conceito de madre da época:

> A madre, que se erigia como altar de procriação e templo de fertilidade, era recorrentemente atacada por enfermidades mal diagnosticadas, transformando o corpo da mulher num campo de batalha entre o médico e a enfermidade desconhecida. Clísteres, sangramentos e purgativos raramente a aliviavam. Se ela tinha suas feridas mundificadas por receitas ancilares e se a botica doméstica à base de ervas e raízes era o seu paliativo, não há relatos exatos ou diretos dessa antropologia vegetal relacionada à intimidade feminina(...)Tanto na mentalidade de médicos quanto na de mulheres, os costumeiros 'males da madre' atraíam e inquietavam, pois o mesmo espaço que tinha o poder de transformar sementes em seres vivos era, simultaneamente, cloaca para expelir e excretar o considerado 'imundo' sangue das purgações mensais. O homem nascia, portanto, de um esgoto úmido e escuro, e tal concepção reforçava uma idéia que surgira com Aristóteles e que se difundira com a Igreja: a madre era ao mesmo tempo território de utilidade e abjeção.(DEL PRIORE. 1993.p.212)

---

escravidão, exploração e relações de gênero acentuadamente desiguais. Os fatores citados contribuíram para a fabricação de estereótipos do papel feminino, o que contribuiu para as discrepâncias nas relações de gênero que evidenciou as diferencias entre as três representações das mulheres.

Para a autora considerar a feminilidade colonial e conhecer o relacionamento que a mulher tinha com seu corpo significa tatear diante de informações obliquas, pois a maioria dos registros da época vinham de “observadores” curiosos sobre o funcionamento dom corpo feminino, mas que em virtude da situação na época se concentravam na figura masculina.

Ao tratar do parto a autora mostra que a maternidade era um momento de solidariedade com a formação de redes de mulheres unidas pelo domínio de técnicas relacionadas ao nascimento – parteiras, e a associação para ajudar a recém parida e o bebê. Essa construção de redes femininas de relações girando em torno do ciclo biológico, também surgiu em meu trabalho de campo, as vezes motivada por normas dos hospitais, onde as acompanhantes tem que ser do sexo feminino para permanecerem nas enfermarias. As mulheres do primeiro grupo todas necessitaram lançar mão de sua rede de relações para serem acompanhadas após as cirurgias.

A construção do perfil da mulher que vivia na colônia aconteceu a partir de dois fatores: a) os padrões de comportamento importados da Europa, ditados pela religião dominante na época. b) o discurso normativo dos médicos sobre o funcionamento do corpo feminino que era impregnado de opiniões pessoais, para suprir as lacunas que a medicina da época não possui condições de esclarecer, reforçando que a função natural da mulher era o da procriação. A igreja naquele momento assumiu papel de reforço nas relações de desigualdade entre os gêneros, onde as situações de escravidão são estimuladas nas mulheres que deviam cuidar da casa e suprir os desejos do homem. O médico, como o sacerdote, tinha acesso a intimidade da mulher, embora em sua maioria ainda houvesse preferência pelo acesso das mulheres que conheciam dos males femininos, mas não possuíam as informações que estavam cada mais valorizadas: as ditas informações científicas. (DEL PRIORE, 1993. p.29-30).

O fato de estar tratando de mulheres no período colonial, serve como pano de fundo para reflexões do que tenho encontrado em minhas interlocuções, pois as diferenciações de gênero que são retratadas pela autora no período colonial, persistem ainda hoje guardando as devidas proporções.

Motta-Maués (1993) que trata das mulheres de Itapuá (Vigia/Pa) mostra que as atribuições da mulher e do homem são distintas como em qualquer comunidade humana e essas diferenças refletem as posições ocupadas por cada um dos sexos no sistema social de Itapuá. A atuação da mulher está ligada ao âmbito interno, doméstico. Setores considerados por eles menos importantes. Esse posicionamento é essencial para discutir os ciclos biológicos da mulher, que são muito interessantes para as reflexões em comparação com minhas interlocuções, pois cada uma das etapas dos ciclos, como a menstruação, a gravidez, o parto,

o puerpério (pós-parto) e a menopausa estão, de acordo com a autora , ligadas a três ordens principais que se inter-relacionam: natural, sobrenatural e social. (MOTTA-MAUÉS. 1993. p.103). As minhas interlocutoras, embora mulheres urbanas, também possuem suas representações sobre o ciclo biológico feminino e mesmo sendo influencias pelos modelos médicos, referiam como tratavam as "doenças" femininas usando chás ou condutas que aprenderam com suas mães, avós, ou com outra mulheres de sua rede de relações.

Associado a isso outros temas como os modelos médicos e as formas de percepções do corpo vem sendo discutidos dentro da Antropologia como, por exemplo, em Víctora (2001) em seu trabalho *As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriacões dos modelos médicos* e em Goldenberg e Ramos (2002) em *A civilização das formas: o corpo como valor*, onde a temática do corpo é enfocada, principalmente sob o aspecto da percepção do corpo, ou como as pessoas podem sofrer influências do contexto da medicalização, assimilando estes conhecimentos e reinterpretando-os e também como a percepção do corpo pode estar alterada. No primeiro grupo de interlocutoras, as que foram operadas na Santa Casa, as reapropriacões dos modelos médicos mostradas por Ceres Víctora são um ponto constante. Augusta foi a que mais assimilou as informações dos modelos médicos, de tal maneira, que "questiona", pergunta, e busca reconhecer se o profissional está lhe falando a "verdade". Augusta usa os termos "técnicos", ou como Víctora mostra apropria-se dos modelos usados pelos profissionais de saúde, com "propriedade" e por vezes "testando" se o profissional conhece do assunto que está tratando. Está constantemente, fazendo anotações e perguntando o que significa o que a pessoa disse.

> Eles não tem certeza se eu tenho uma 'fístula'. Já fiz uma cirurgia e eles colocaram um'sling' pra levantar a bexiga...Agora vou ter que fazer três exames; uma 'urografia excretora', ' uma cistoscopia' e um 'estudo urodinâmico'...Quando o exame não ficou pronto fiquei deprimida, muito triste. A tristeza foi grande, desde o início desse problema. Quando comecei a perder urina desse jeito, tive tristeza de 'ser mulher'. Tirei todos os brincos, batom, esmalte, rui as unhas, chorei no 'médico', chorei na 'rua', chorei no 'ônibus'. Estou agoniada com os exames... (AUGUSTA, 2007 ao falar da possibilidade de uma nova cirurgia, a terceira , precedida por uma "bateria" de exames).

A curiosidade de todos os seres humanos sobre os fenômenos que permeiam o corpo humano não exclui o corpo feminino, pelo contrário é bastante intensa a busca sobre informações relacionadas às transformações que movem a vida da mulher.

Em muitas sociedades, como é o caso da retratada por Motta-Maués (1993 [1977]) a mulher está constantemente (ou é pensada como) oscilando entre a natureza e a cultura. Na

sociedade ocidental urbana, esse fenômeno está presente, porém, sua visualização necessita de lentes poderosas para ser observado.

O corpo, sob a ótica de várias ciências se mostrou repleto de significados e o feminino, principalmente, em nossa sociedade ocidental, sendo alvo de curiosidade e questionamentos, abordado através de várias áreas do conhecimento. Como mostra Del Priore (2000)- historiadora que tem tratado continuamente desses temas, muitas mudanças ocorreram na percepção sobre o corpo feminino, especificamente, o corpo da mulher brasileira e isso está registrado em documentos históricos aparecendo nos estudos efetuados pela autora:

> Sobre a cera dos corpos femininos, o século XXI vai imprimindo suas primeiras marcas. Produto social, produto cultural e histórico, nossa sociedade os fragmentou e recompôs, regulando seus usos, normas e funções. Nos últimos anos, a mulher brasileira viveu diversas transformações físicas. Viu ser introduzida a higiene corporal que, alimentada pela revolução microbiológica, transformou-se numa radicalização compulsiva e ansiosa. Acompanhou a invenção do batom, em 1925, do desodorante , nos anos 50, cortou o cabelo a *la garçonne*, gesto sacrílego contra as bastas cabeleiras do século XIX. O aprofundamento dos decotes levou-a a aderir a depilação. O espartilho, graças ao trabalho feminino nas fábricas, diminuiu e se transformou em *soutien* para possibilitar maior movimentação dos braços. "Manter a linha" tornou-se um culto. A magreza ativa foi a resposta do século à gordura passiva da *belle epoque*.(DEL PRIORE, 2000. p.10).

As mudanças de que trata a autora envolvem vários aspectos da vida das mulheres: a banalização do nu, tão comum hoje na mídia, o envelhecimento encarado como algo terrível e indesejável, as mudanças no âmbito sexual, a percepção do trabalho no ambiente público e seu choque com o ambiente privado (que na verdade não deixou de ser responsabilidade da mulher), essas mudanças também vão se apresentando no lidar com o corpo feminino pelas ciências da saúde. As cirurgias a que são submetidas as mulheres hoje, podem salvar vidas, mas também podem mutilar e alterar o funcionamento do corpo feminino. Com sua cada vez maior participação no mercado de trabalho, sem, contudo abandonar as atividades de vida privada que envolvem desde os afazeres da casa até a educação das crianças, a saúde feminina está cada vez mais em foco e claro que o corpo passa a posição de destaque, como enfatiza a autora:

> No decorrer do século XX a mulher se despiu. O nu, na mídia, nas televisões, nas revistas e nas praias, incentivou o corpo a desvelar-se em público, banalizando-se sexualmente.A solução foi cobri-lo de cremes, vitaminas, silicones e colágenos. A pele tonificada, alisada, limpa, apresenta-se idealmente como uma nova forma de vestimenta, que não enruga nem 'amassa' jamais. [...] Nosso tormento não é o fogo do inferno, mas a balança e o espelho. 'Liberar-se', contrariamente ao que queriam as

> feministas, tornou-se sinônimo de lutar, centímetro por centímetro, contra a decrepitude fatal. Decrepitude, agora culpada, pois o prestígio exagerado da juventude tornou a velhice vergonhosa .O corpo feminino passou também por uma revolução silenciosa nas últimas três décadas. [...] A mulher tornou-se, assim, mais exigente em relação ao seu parceiro, vivendo uma sexualidade mais ativa e prolongada. A corrente de igualdade não varreu contudo, a dissimetria profunda entre homens e mulheres na atividade sexual. [...] O espaço privado no qual tais mudanças ocorreram também mudou.[...] Ocupando cada vez mais os postos de trabalho, a mulher vê-se na obrigação de buscar um equilíbrio entre o público e o privado. Tarefa fácil? Não. O modelo que lhe foi oferecido como exemplo, até bem pouco tempo atrás, era o masculino[...] Mas a executiva de saias não deu certo. Isso porque, são inúmeras as dificuldades e os sacrifícios da mulher quando ela quer conciliar seus papéis familiares e profissionais. Ela é obrigada a utilizar estratégias complicadas para dar conta do que os sociólogos chamam de 'dobradinha infernal'. (DEL PRIORE, 2000. p.11-13).

Estas informações e questões apresentadas pela autora passam pelo âmbito do olhar histórico construído a partir do corpo da mulher. Essas informações tem me permitido refletir sobre a construção de meu olhar fisioterapêutico em relação ao corpo feminino, visto que as situações que se apresentavam durante minha formação na área da saúde, eram e são motivo de estranhamento, pois minha escolha pela Antropologia como um caminho para a construção de um novo olhar sobre o corpo feminino, está baseada neste constante estranhamento, um constante oscilar entre o familiar e o exótico ou, talvez mais ainda, em observar o familiar sabendo que,mesmo sendo familiar, ele não é conhecido e apreendido como pensamos.(DA MATTA,1978).

Motta-Maués (1993 [1977]) em seu livro "Trabalhadeiras" e "Camarados", aborda assuntos relevantes nas relações de gênero que envolvem as atribuições femininas no trabalho, os papéis sexuais das mulheres, diferenças nas atribuições masculinas e femininas e os ciclos biológicos da mulher descritos pela autora como menstruação, menopausa, gravidez, parto e puerpério. Ao tratar dos estados fisiológicos da mulher, apresenta as diferenças anatômicas e fisiológicas:

> acho conveniente dar uma idéia acerca das concepções que os itapuaenses têm sobre as diferenças anatômicas e fisiológicas entre o homem e a mulher. As pessoas costumam dizer que os homens e as mulheres são diferentes 'por fora' e 'por dentro', isto é, na sua aparência física exterior e também com relação a seus órgãos internos. Uma das principais diferenças internas é que o homem é 'inteiro' e a mulher não. Isso significa que ela possui na sua 'barriga' um lugar vago […] Outra informação é que só a mulher possui um órgão que é rotulado em Itapuá 'mãe do corpo', 'dona do corpo', 'madre'.[…] 'A madre é uma bola assim, redonda, todos nós (mulheres) tivemo'.[…] Segundo as informantes é a 'madre' que comanda todo o 'maquinismo' da mulher e, por isso, é considerada como 'essencial' do seu corpo[…] Os outros órgãos do ventre da mulher, relacionados às funções femininas, são o 'útere' (útero) , o 'orvalho' (ovário)e as 'cordas',

> que juntamente com a ‘madre’ ou ‘mãe do corpo’, formam o ‘maquinismo’ da mulher (MOTTA-MAUÉS, 1993 [1977].p.107-9).

Leal (2001) no artigo “Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas” aborda, mediante evidência etnográfica, a relação existente entre o período fértil e a menstruação e suas conseqüências na eleição de métodos contraceptivos. O enfoque permite observar novamente a relação entre o conhecimento das culturas populares e a informação prestada pelos profissionais de saúde.

As interlocutoras dos dois grupos que sofreram as intervenções cirúrgicas mostraram em suas interpretações a percepção da “falta” ou sensação de “estar incompleta” por ter perdido um órgão. Esse “quadro” não é unanimidade, visto que para muitas delas, a solução do “problema”, como por exemplo a perda de sangue, o gasto com produtos de higiene, o usos contínuo de absorventes, se sobrepõe a sensação de “perda”. Buscando solução para seus “problemas” elas muitas vezes enfrentaram “problemas” maiores, como foi o caso de Augusta, Carmem, Conceição. Outras como Ana declaram-se satisfeitas com o resultado da cirurgia, embora não se identifique com o termo “oca”, registrou que sentiu medo de se tornar uma das “mulheres ocas” de quem tinha ouvido falar.

4.3 Ciclo Biológico da mulher

A abordagem do ciclo biológico da mulher possui relevância em meu tema, por se tratar de uma das fontes de referência durante minhas abordagens junto as interlocutoras de modo geral e, em especial as mais importantes que foram abordadas nos anos de 2006 e 2007, pois mantive contato com mulheres que passaram por processos cirúrgicos onde órgãos “tipicamente” femininos foram removidos. Esses órgãos influenciam no ciclo biológico feminino.

Em Motta-Maués (1993 [1977]) o ciclo biológico da mulher representa momentos de impedimento, por exemplo, durante , o puerpério, a menstruação, fica impossibilitada de comer certos alimentos enquanto a gravidez se caracteriza, em Itapuá (Vigia/Pa) pela ausência de prescrições e proibições havendo exceção somente á mistura de alimentos (carne com peixe e/ou mariscos) (MOTTA-MAUÉS,1993 [1977]. p 131). A autora aborda a gravidez, o parto, o puerpério, a menstruação e a menopausa dentro do contexto do ciclo biológico feminino. Estou utilizando a mesma classificação em meu trabalho ao me referir a ciclo

biológico. O ciclo biológico feminino, como o estou abordando, tem seu início ainda na fase intra-uterina, pois no primeiro trimestre de gestação, as estruturas biológicas que mais tarde amadurecerão e serão utilizadas pelas demandas culturais se formam e se constituem. A menarca, ou primeira menstruação inicia a capacidade de reproduzir nas mulheres. Inicia também as proibições, que são bem enfatizadas no trabalho de Motta-Maués (1993 [1977]), onde as mulheres menstruadas não podem desempenhar certas funções ou estão proibidas de consumir certos alimentos, pois a menstruação é "encarada" como um momento de fragilidade, onde a mulher pode, ou deseja, parar suas atividades, seja por incapacidade física, ligada principalmente a dor, seja por interdições. Apesar de ter lidado com mulheres urbanas encontrei em minhas interlocuções referências a alimentos e práticas que são consideradas inadequadas a mulher menstruada, embora a influência dos modelos médicos como aponta Víctora (2001) possa se sobrepor a essas práticas.

Na sua maioria as mulheres com que tive contato, buscam ajuda nos serviços de saúde institucionalizados, onde a Santa Casa é referência, mas algumas referem o uso paralelo de chás e receitas caseiras, para resolver situações consideradas simples, como por exemplo, a cólica menstrual. Somente quando a situação de torna "mais grave" apelam para o serviço médico.Especialmente, nas situações por mim observadas, muitas vezes as cirurgias foram encaradas como algo inevitável e que viria a sanar o problema que a mulher apresentava. Como por exemplo, quando se tem mulheres com grandes perdas sanguíneas, que se arrastam por longos períodos obrigando-as a desgaste emocional, físico, social e financeiro.

Os relatos sobre o desejo de engravidar, as dores menstruais, a história de como foram os partos, se foram "cortadas em baixo"[36] ou não, se estiverem na "menopausa" [37] ou se aproximando dela foram encontrados por mim em minhas interlocuções desde agosto de 2004 até dezembro de 2007.

A referência ao "corte por baixo" surgiu como um "incômodo" que aparece no puerpério, onde elas referem que foi preciso cortar para a criança sair, mas depois, no puerpério, há a dor no períneo cortado e os "pontos" que precisam de cuidados.

A menstruação para algumas passa desapercebida, mas para a maioria vem com dor e mal estar, que pode ser "superado" quando se tem que trabalhar. Porque "dá vontade de ficar só deitada mas não pode". Elas referiam, as que sentiam dor durante a menstruação, a necessidade de parar um pouco o ritmo durante a menstruação. Esse ponto foi ressaltado

[36] Menção a Episiotomia.
[37] Menção ao Climatério.

como “positivo” nas mulheres que tiveram o útero retirado e sofriam desse “incomodo”. Sem o útero não precisavam se preocupar mais com as menstruações dolorosas.

A expectativa de engravidar nas mulheres que perderam uma das trompas e/ou um dos ovários foi expressada como uma dúvida. Conceição e Carmem ilustram bem esse desejo, pois ambas tinham necessidade de ter filhos, no caso de Carmem o desejo se concretizou em 2008, com nascimento de sua filha, o que fiquei sabendo devido contato posterior com ela.

4.4 Medicalização do corpo feminino

O trabalho de Vieira (2002), contribuiu de maneira interessante para essa dissertação, uma vez que a autora preocupou-se em traçar as características do corpo feminino a partir de conceitos como medicalização, naturalização do corpo na sociedade ocidental, além dos aspectos relacionados a formação do médico e do desenvolvimento dos recursos tecnológicos e o papel desse desenvolvimento na forma como a medicina abordava o corpo feminino, o que é bastante relevante neste caso, considerando que lidei com mulheres submetidas as tecnologias que as ciências da saúde tem a oferecer as mulheres.

A medicalização do corpo humano, que de acordo com Ilich (1991) apud Vieira (2002) diz respeito a forma como as pessoas transformam aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de maneira a garantir a conformação às normas sociais. Vieira (2002) aborda dois caminhos para explicitar a questão do corpo feminino como objeto da medicina, frisando a dimensão social do fato, que diz respeito a a articulação entre a condição orgânica (biológica) e a condição social de gênero, entendido pela autora em seu trabalho como construção social dos sujeitos como feminino, ou masculino.

Como já foi citado no capítulo dois onde relato aspectos da Santa Casa de Misericórdia, o hospital como o conhecemos hoje, não foi sempre assim. Da mesma forma a medicina também não.

A necessidade de controle do crescimento populacional, que se consolida durante o século XIX, termina por reforçar a necessidade de focalizar na mulher, especialmente no corpo da mulher, o controle do crescimento populacional, apoiado nas idéias da natureza do corpo feminino, ligada a questão da reprodução. (VIEIRA 2002).

Os riscos oriundos do parto e principalmente, das infecções puerperais, doenças de origem bacteriana, que acometiam as mulheres, na sua maioria, devido os problemas de

higiene durante as intervenções. A forma de lidar com crianças e mulheres no que dizia respeito a sua sobrevivência, emergia durante o período em que a manutenção da vitalidade e da saúde eram primordial para reprodução social.

A medicalização do corpo feminino de acordo com Vieira (2002) está relacionada com um dispositivo social que conecta questões políticas mais gerais, a partir de questões ligadas ao crescimento populacional, que no momento do nascimento da medicina como a conhecemos hoje, era muito importante. Esse aspecto também estava relacionado aos cuidados individuais do corpo feminino que permitiram normatizar, administrar e regular os aspectos da vida relacionados a reprodução. Esse fato permitiu o surgimento da formação e manutenção da sociedade em relação as questões da reprodução humana, elaborando idéias que através de aspectos científicos e da racionalidade moderna, visaram o entendimento e a intervenção no corpo feminino como uma estratégia social.

Durante esse período, a partir da lógica da racionalidade científica, as concepções de medicalização do corpo feminino o tornam exclusivamente uma entidade biológica, reduzindo-o ao seu aspecto orgânico, para posteriormente qualificá-lo através das lentes médicas usadas no período em tela.

O modelo de medicalização do corpo feminino se desenvolveu em conformidade com as normas sociais vigentes no século XIX, o que retratava o fato das mulheres só poderem atingir vida saudável se pudessem representar seu papel de genitoras, mães, geradoras de filhos, através do matrimônio legalmente reconhecido com finalidade de reprodução.

Esse processo de medicalização teve suas raízes no fato do corpo feminino ter sido abordado pela então medicina que estava se consolidando através da cientificidade, vê-lo como condição orgânica e sexual, condições inerentes ao feminino, naturalizadas, 'naturais' , por assim dizer.

O que hoje se reflete, de acordo com Viera (2002) no exercício da medicina, que aponta em se u modelo atual para as promessas criadas para resolução de *todos* os problemas femininos (grifo meu), assim como a necessidade de aparecimento de modelos médicos que dessem conta de tão árdua tarefa.

Martins (2004) também enfatiza esse aspecto da medicalização do corpo feminino, apontando sem eu trabalho 'visões do corpo feminino' aspectos da abordagem médica como forma de 'tratar' o corpo feminino.[38]

[38] Recomendo a leitura do trabalho de Martins (2004) por se tratar de uma pesquisadora – historiadora, que em 'Visões do Feminino – a medicina da mulher nos séculos XIX e XX, traça uma linha de raciocínio similar a de

A visão do corpo feminino como objeto da medicina se deu através da estratégia de medicalizar o parto. Pois as escolas médicas da época propõem a hospitalização do parto, o que proporcionaria o maior acesso a prática do parto, que não ocorria nas escolas de medicina, uma vez que o ensino era essencialmente, teórico. Esse fator beneficiaria as escolas e facilitaria a apropriação e desenvolvimento do ensino da prática obstétrica. As escolas médicas irão importar as discussões oriundas da Europa sobre o corpo feminino como objeto médico. Almeida (1985) apud Vieira (2002) refere-se ao fato como conseqüência das idéias européias que pregavam uma imagem calcada nos animais e nos selvagens, voltada para maternidade, ponto crucial da sobrevivência das crianças.

Segundo Nunes (1982) apud Vieira (2002) a medicina do século XIX se organizou na partir de dois momentos: 1.A higiene pública nos discursos dos médicos, com objetivos sanitários, que culminou com a mudança do papel dentro da família. A mulher passou a ter novo estatuto dentro da família, passando a ser valorizada como esposa e mãe, ganhando maior autoridade e responsabilidade no espaço doméstico. Essa mudança visava colocar a assistência dos filhos como atribuição materna, como controle da mortalidade e preservação da infância. 2.A medicalização amplia seus objetivos, visando a transformação dos indivíduos na sociedade, como forma de produzir indivíduos física e moralmente alinhados a um determinado projeto social vigente na época. Como forma de manter a mulher 'fiel' ao papel que lhe estava sendo delegado no momento, o de 'cuidadora' da infância, criam-se os estatutos de anomalias potenciais em ralação ao sexo feminino. Isso representa uma nova mudança no estatuto feminino e garante ao médico maior poder de forma que a opinião médica passa a ser soberana em casos controvertidos (VIEIRA 2002).

Imagem da mulher na cultura estava ligada à crença naturalista que estabelece relações de casualidade lógica entre a potencialidade biológica ma mulher gerar filhos e o cuidado e a criação de filhos, negando persistentemente as intermediações da cultura, de forma que para as mulheres seria natural ser mãe.

Vieira (2002) partiu de Fontes documentais específicas para o desenvolvimento de seu trabalho em "medicalização do corpo feminino", baseando-se nas teses de doutoramento denominadas "theses inauguraes", nos estados do Rio de Janeiro (a partir de 1834) e da Bahia (a partir de 1938). A autora utilizou esses trabalhos, por representarem o discurso do profissional médico da época, com ênfase nos trabalhos relacionados à obstetrícia. Para tanto relacionou os temas: educação, gravidez, parto, sexualidade e menstruação.

Vieira (2002) utilizando a trajetória dos serviços médicos como pano de fundo para a abordagem do corpo feminino.

Um dos pontos abordados pela autora diz respeito à educação das mulheres, que segundo a autora foi focalizada na tarefa de transformá-las em educadora, como parte do projeto de higienização da sociedade. Inicialmente houve choque de interesses, pois os profissionais que se propuseram à tarefa de educar as mulheres, tinham que provar que elas eram “seres educáveis”, uma vez que a idéia corrente, naturalista, aproximava as mulheres dos selvagens, baseando em “idéias” da biologia da época, para definir seu papel social. Já que na época, cria-se que o desenvolvimento do cérebro da mulher, estava relacionado ao desenvolvimento do sistema reprodutor, como forma de explicar as medidas inferiores do cérebro feminino.

A educação feminina focava na capacidade maternal e excluía todas as outras qualidades não maternais, mas gerava uma situação incômoda, um dualismo conflitante segundo o qual as mulheres poderiam ser educadas e por conseguinte educadoras e sendo seres educáveis, poderiam exercer outras funções que não necessariamente a de mãe. Assim a educação feminina também gerava uma outra possibilidade de independência, embora as idéias hegemônicas sobre a mulher como exclusivamente reprodutora, havia Vozes dissonantes que questionavam esse padrão.

O discurso da medicalização do corpo feminino se baseou na necessidade de educar as mulheres para serem boas educadoras e boas reprodutoras. O caminho utilizado, segundo Vieira (2002) foi a reprodução embora o discurso se apresentasse de forma diferenciada para mulheres de condições sociais diferentes. A forma de parir foi utilizada como instrumento para a medicalização, porque o partejar era uma atividade exclusiva das mulheres parteiras. A mudança no parir foi defendida como forma de facilitar a vida das mulheres “civilizadas”, afastadas de sua “natureza”, afastando-se também da função do parto no seu curso natural.

A idéia de prevenção de doenças, a profilaxia, inaugura uma fase de Puerpério onde a busca pela solução da temida infecção puerperal que assolava as mulheres da época e aumentava a taxa de mortalidade materna e infantil. Atrelado a essa necessidade, vem o desejo de controlar as situações relacionadas ao corpo feminino, que através do discurso sobre a sexualidade e a reprodução terminam por colocar o corpo feminino subordinado ao controle do médico, cada vez maior na sociedade ocidental. Como mostra Vieira (2002) o controle do corpo, embora não exclusivamente do corpo feminino, passou por medidas radicais adotadas no séc XIX como, por exemplo, a castração e a mutilação. Como mostra a autora em situações

como a “loucura menstrual” os ingleses preconizavam a ooforectomia como forma de cura do mal. Outros exemplos dados pela autora são: clitorectomia, nevrotomia clitoriana.[39].

A única forma aceita de sexualidade feminina estava ligada a função reprodutiva e conseqüentemente à maternidade. A sexualidade feminina inspirava uma gama maior de controle, já que na época se cria que a mulher era sujeita ao fenômeno do cio. Até 1920, de acordo com a Vieira (2002) a necessidade de explicar a fisiologia feminina levou a construção de modelos teóricos baseados na fisiologia animal e na biologia, como é o caso do cio. Nessa fase de novas descobertas, a função dos ovários recebeu destaque e juntamente com o útero, esses órgãos passaram a representar órgãos controladores da economia feminina, mas sempre com o enforque da capacidade reprodutiva. Ovários e útero passaram a representar órgãos controladores da feminilidade e a psicologia feminina passa a funcionar como mera extensão da capacidade reprodutiva (VIEIRA, 2002).

Nesse período a Menopausa passa a representar para a mulher o fim da sexualidade e os ovários passam figurar como reguladores do desejo sexual. Os autores da época apontam que as mulheres submetidas a Ooforectomia, em 70% dos casos, ficam sem desejo sexual.

A menstruação sempre representou motivo de curiosidade, e opiniões diversas. As Opiniões sejam da religião dominante ou dos estudiosos gregos apontam idéias sobre o processo menstrual que influenciaram as opiniões subjacentes. Sob a ótica religiosa o sangue menstrual era visto como impuro,manifestação sobrenatural, temido, “que ao emergir do útero, poderia contaminar, envenenar, conspurcar” (SHORTER, 1982 apud VIERIA 2002. p 42). Já os gregos o viam como uma evacuação purificadora, benéfica a saúde da mulher.

A delimitação da primeira e da última menstruação, respectivamente chamadas menarca e menopausa marcam o início e o fim da vida sexual da mulher, como frisa Vieira (2002) em seus achados sobre as concepções registradas nos trabalhos dos profissionais da medicina por ela estudados através do material bibliográfico a que teve acesso. Além disso, em decorrência dos achados clínicos que muitas mulheres apresentavam, e devo dizer, ainda apresentam, durante a menstruação, o desequilíbrio apresentado, fez com que os fisiologistas da época, afirmassem que a menstruação não é um estado fisiológico, mas uma “moléstia fisiológica”, embora hoje o uso simultâneo das palavras doença e fisiologia na mesma expressão possa parecer ao profissional de saúde uma incorreção, era o conceito da época.

[39] Cliterectomia é a remoção cirúrgica do clitóris. Nevrotomia clitoriana é a extirpação da inervação do clitóris para redução do prazer sexual de origem clitoriano.

A natureza feminina abordada no modelo médico, como enfatiza Vieira (2002) teve influência na formação de conceitos que até o momento rondam as ciências da Saúde:

> Evidencia-se, assim, que as idéias médicas sobre a ‘natureza feminina’ aqui estudada através dos temas educação das mulheres, natureza reprodutora, sexualidade e menstruação, se, por um lado, exaltavam a maternidade, por outro, criaram referências patológicas para a negação do modelo maternal, que, ao passar a ser um modelo médico, relaciona loucura e doença como atribuições ‘naturais’ da condição feminina. Dessa forma, em termos de identidade feminina, o caminha da normalidade ficou restrito e circundado de patologias. (VIEIRA, 2002 p.44).

No Brasil, de acordo com Vieira (2002) a medicalização do corpo feminino coincide com a prática da medicina liberal e com a instituição de serviços de previdência e assistência social - a tenção médica previdenciária. O processo e criação da previdência social no Brasil, está relacionado a necessidade de preservação da mão de obra, da força de trabalho. Nesse contexto, o cuidado com o corpo feminino, como especialidade médica, passa a denominar-se `Doenças de Senhoras`, surgindo tanto no âmbito dos profissionais liberais quanto na oferta pelos serviços públicos. Inicialmente, os serviços estavam preocupados com crescimento urbano e controle sanitário da população, passa na década de 20 a ter como alvo o grupo materno-infantil a partir da necessidade de controle da população trabalhadora, quando irão aparecer as licenças gestante e puérpera.

A medicalização da anticoncepção A maternidade permanece como foco do corpo feminino até o século XIX e até a década de 60 a atenção médica privilegia , através das políticas pública o ciclo grávido-puerperal em virtude da mortalidade infantil, a parti de então inicia-se uma nova interpretação das causas de mortalidade, baseadas no crescimento descontrolado da população, passando assim a haver necessidade de controle da natalidade, principalmente nos ditos países de terceiro mundo.

A anticoncepção surge como resposta a situação que se instalava e perpassa o uso de medicamentos e principalmente de processos cirúrgicos para controlar o crescimento populacional. A esterilização cirúrgica é um exemplo extremo disso. De acordo com Vieira (2002) a esterilização tanto feminina quanto masculina, podem ser consideradas como evolução da castração. São citados pela autora a ooforectomia, a ligadura de trompas e a esterilização compulsória - por motivos eugênicos que foi abandonada depois da segunda grande guerra por sua identificação com as idéias nazistas. O primeiro anticonceptivo oral surge no final da década de 50.

Novamente as técnicas de esterilização cirúrgicas surgem agora legitimadas pela medicina, uma vez que em seu nascedouro, havia dificuldades de execução e de aceitação das técnicas inclusive pelos profissionais. No Brasil na década de 6º diminuía taxa de fecundidade e irão surgir as entidades que desenvolvem ações voltadas para o planejamento familiar, baseado na anticoncepção. Surge a discussão sobre a dicotomia do corpo feminino entre o 'ser mãe e o não ser mãe', reificando o papel do corpo feminino apenas na função reprodutiva. Nesse aspecto observa-se no Brasil o crescimento vertiginoso no número de cesarianas, que passa a ser a forma mais comum de proceder a esterilização cirúrgica.

> O modelo médico para tratar dessa questão se constrói, também, por ser uma prática que soube captar e oferecer respostas aos anseios que se definiram a partir da falta de alternativas para a resolução de problemas sociais. (VIEIRA, 2002.p. 66).

Entretanto essa prática revela um descompasso que se traduz pela expansão das tecnologias da área médica, com ampliação das promessas iniciais da medicalização comprometendo-se de forma utópica a resolver os problemas de saúde, todos eles. No caso da esterilização feminina a associação com cesarianas desnecessárias, entenda-se aqui que por se tratar de uma cirurgia, a cesariana possui indicações bem delimitadas que vem sendo ignoradas de forma insidiosa na prática médica, gerando aumento de riscos de morbi-mortalidade[40] materna, principalmente devido a infecção puerperal, riscos cirúrgicos e pós-cirúrgicos, perdas e diminuições da capacidade funcional motora e respiratória associados direta ou indiretamente ao processo cirúrgico e as possíveis complicações em gestações subseqüentes. Quando o processo de medicalização do feminino social se instala não se dá a conscientização inerentes a própria medicalização,por exemplo, raramente se fala dos riscos que a mulher está correndo ou das perdas funcionais oriundas do procedimento.

> Observa-se, dessa forma, que o controle populacional, no Brasil, vem sendo realizado efetivamente no âmbito da prática médica pela medicalização do corpo feminino e pelo tipo específico de assistência médica produzida – emerge não mais como um ponto de política demográfica, mas como problema para o qual são propostas resoluções cirúrgicas ou ginecológicas,reduzindo-o a questões técnicas veiculadas por um modelo médico. Isso possibilita que a sociedade organize seus contingentes populacionais, lançando mão do predomínio técnico-científico para administrar a população humana. A medicalização da contracepção é apenas um dos aspectos do processo da vida reprodutiva da mulher [...] De um lado, extremamente medicalizado. De outro, sem efetivo acesso universal aos cuidados médicos nas sociedades concretas. É assim que se apresenta o corpo feminino, produto de uma medicalização que privilegia a reprodução ou a sua negação. Esse é o prisma fundamental pelo qual o corpo feminino vem sendo tratado. Isso não significa que outros aspectos

[40] Os termos morbidade e mortalidade dizem respeito respectivamente, a aparecimento de doença e morte.

desse corpo não sejam passíveis de medicalização, de fato o são, como no caso da medicina estética, que amplia cada vez mais sua competência. (VIEIRA, 2002.p. 67-8).

5 “CORTADAS”, “COSTURADAS”, “OCAS”

As cirurgias ginecológicas são assim denominadas por se tratarem de intervenções que afetam diretamente o sistema reprodutor feminino[41].

Na enfermaria Santa Maria, que, como já disse foi o local escolhido por mim para desenvolvimento de uma parte de meu trabalho de campo, as mulheres são atendidas para serem operadas por motivos diferentes. São exemplos dessas cirurgias: a histerectomia que é retirada total do útero, que pode ocorrer através de incisão abdominal ou através de procedimento através da vagina, onde não há cortes visíveis, é freqüente quando existe a presença de miomas; a salpingectomia que é retirada das trompas, e pode ser uni ou bilateral; a ooforectomia que é a retirada dos ovários, e também pode ser uni ou bilateral; a colpoperineopalstia que é a correção estética e funcional do períneo e da vagina que geralmente ocorre quando há queda[42] de algum órgão), correção de cistocele que é a queda de bexiga e correção de histerocele, que é a queda de útero.

5.1 Processos cirúrgicos

O portal da Saúde do Ministério da Saúde aponta algumas doenças como prevalentes na população afro-descendente brasileira. Por motivos como miscigenação e fatores socioeconômicos e culturais, aponta o site, existem doenças com maior propensão aparecer em pessoas afro-descendentes, entre elas: anemia falciforme, diabetes, deficiência de enzima hepática, hipertensão e doenças cardíacas, morte neonatal e miomas.

No dia a dia da Santa Casa de Misericórdia e por se tratar de um hospital de referência em “Saúde da mulher”, por assim dizer, existe um forte contingente de cirurgias para retirada

[41] Entenda por sistema reprodutor o útero, a vagina, os ovários e as trompas, além das estruturas que diretamente tem relação com esses órgãos como a vulva que forma a genitália externa e o períneo, que pode ser submetido a episiotomia, que se trata de um corte realizado no períneo durante a fase de saída da criança (fase expulsiva do parto). Além dos órgãos relacionados a micção como a bexiga e a uretra e as estruturas adjacentes a vagina, como as alças intestinais, reto, ligamentos que sustentam os órgãos pélvicos e que são afetados pelos hormônios.

[42] O termo queda é usado no senso comum para designar as “celes”, “distopias” e “prolapsos” que são as mudanças de posicionamento dos órgãos genitais. As quedas mais comuns são a de bexiga, que leva a perda de urina incontrolável. A queda de útero que ao atingir o grau mais “comprometedor” pode levar o órgão a ser exposto através da vagina.

do útero, cuja causa é o aparecimento de leiomiomatose uterina , os miomas, que como já disse, são tumores benignos que surgem nas fibras musculares uterinas.

No período de 2004 a 2007, o serviço de fisioterapia desenvolvido pela Universidade do Estado do Pará através da disciplina Fisioterapia em Saúde da Mulher, atendeu mais de 200 mulheres no período ambulatorial, dessas mais de 60 % submetidas a histerectomia decorrente da presença de miomas. As características que envolvem a indicação da cirurgia, dizem respeito, muitas vezes, à perda de volume sanguíneo de forma abundante durante o ciclo menstrual e as vezes fora dele, além de aumento do volume abdominal, compressão de órgãos pélvicos, como a bexiga por exemplo, dor durante o ato sexual (diapareunia), e dor durante a fase menstrual.

A perda de sangue é referida tanto pelas mulheres que passaram pelas cirurgias, quanto pelas profissionais que trabalham na Santa Casa como algo que incomoda e debilita.

> As mulheres quando chegam aqui, estão enjoadas de perder sangue, estão saturadas de estar doentes. Algumas ficam tristes quando perdem os órgãos, principalmente o útero, outras não. As mais jovens, que não tem filhos são as que ficam mais tristes, as outras absorvem melhor o fato. (BRUNA 2007).

Em todos os casos, sempre há a esperança de solução de um problema pré-existente, que "dificulta" a vida da mulher, como o caso das portadoras de mioma[43] que podem ter como sinal da doença a perda abundante de sangue via vagina, fato que acaba enfraquecendo a mulher, além de provocar gastos financeiros fora do controle como o uso contínuo de absorventes higiênicos por mulheres com perda de urina e os gastos financeiros com medicamentos.

A rotina da enfermaria, como já esclareci[44] envolve a internação, exames pré-cirúrgicos, seguidos do procedimento cirúrgico. Em todas as interlocuções que mantive, mesmo entre as profissionais e mulheres que foram atendidas na Enfermaria Santa Maria, houve referência à causa da busca de atenção hospitalar, com a perspectiva de melhora na qualidade de vida. As mulheres se dirigiam ao tratamento cirúrgico para que o "problema" que as incomodava fosse solucionado, nem sempre isso acontecia, como foi o caso de Augusta, que me contou sobre o fato de ter saído "pior da cirurgia do que entrei".

Em todos esses anos trabalhando com mulheres eu as ouvi falar sobre suas dúvidas quanto ao corpo, menstruação, sexualidade, parto, gravidez, puerpério (pós-parto), cirurgias,

---

[43]Tumor benigno que afeta a fibra muscular do útero e que pode influenciar na capacidade de engravidar ou no próprio desenvolvimento do embrião, pois haverá em alguns casos compressão do útero pelo mioma que dificultará a respiração da mulher, por exemplo, quando a gravidez estiver nos últimos meses.

[44] Veja o capitulo dois, 2.1. Visão geral da Santa Casa de Misericórdia.

perdas, abortamentos. Assim, trabalhei e olhei situações que me são familiares e como enfatiza Gilberto Velho (1978) em seu trabalho intitulado “Observando o Familiar”:

> O que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas até certo ponto conhecido.No entanto estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente.(VELHO, 1978. p.39).

Durante todo o desenvolvimento dessa pesquisa, estive revisitando as experiências que passei durante os anos em minha abordagem de fisioterapeuta. As pessoas com quem trabalhei falavam de suas vidas e de suas vivências, principalmente, devido às características da abordagem da fisioterapia. Quando o fisioterapeuta está exercendo suas funções, passa bastante tempo com a pessoa sob seu cuidados e isso gera invariavelmente uma relação, que se não amadurecer para confiança não surtirá bons frutos, que se traduzirão em melhora do problema que a pessoa apresenta.

As questões que estiveram presentes em minhas interlocuções e se confirmaram recentemente, envolvem o medo da perda.

> pensava que dava para salvar a trompa... e ele – médico, não explicou como ia ser a cirurgia. Já tinha idade e tive medo de não engravidar de novo (CARMEM, 2007).

> Eu via o útero como esperança de ainda ter um filho menino. Senti que saiu um pedaço de mim. Sofri muito por isso, chorei. Mas não tive tempo de pensar sobre o assunto, pois só fui avisada da retirada do útero durante a cirurgia. Eu fiquei com indisposição sexual. Eu não tirei o útero devido câncer, pois a “peça” foi enviada para exame e tenho o resultado que exclui a possibilidade de câncer.O meu marido tinha esperanças de ainda ter um filho homem comigo. Ele via a barriga inchada e pensava que era uma gestação. Eu explicava que não poderia ter filhos mais. (AUGUSTA 2007).

As informações que são solicitadas e muitas vezes não são prestadas, a necessidade de solucionar os problemas de saúde considerados como problemas femininos, o risco de morte durante as cirurgias, a existência de informações sobre os órgãos internos que são acumuladas e passadas de mães para filhas e no caso das mulheres que mantém contato com os centros de saúde os locais onde o poder médico esteja disponível, o discurso das mulheres é francamente influenciado pela proximidade do profissional de saúde, pois elas assimilam as expressões e os termos que são usados pelos profissionais. Augusta, uma de minha interlocutoras é um exemplo rico desse fato, pois não só usa os termos como também mantém anotações e arquivos sobre o que os profissionais de saúde lhe dizem.

> Recebi alta, mas não estava me sentindo bem. Recebi alta devido acharem que estava com estresse hospitalar. Sentia algo balançar dentro de mim e

> um líquido correr. A vagina doía, tremia e latejava. Fiquei internada aproximadamente 11 dias. Sai sem sonda vesical, gotejando e dois dias depois de estar em casa a urina começou a jorrar já pela vagina. Ai a barriga começou a desinchar. Ai comecei a me forrar, inclusive a cama. Usava fralda geriátrica.Meus parentes resolveram que era melhor retornar ao hospital. Voltei,mas não consegui falar com os médicos, só conseguindo no 3° dia de tentativa. Eles chamaram o urologista para me ver (Dr. X). Não iriam passar remédio, pois o caso era cirúrgico, só podendo ser feita a cirurgia após uns 5 ou 6 meses. Passaram 7 meses e o Dr. X me operou.(AUGUSTA 2007).

Sbroggio Et alli (2005) em seu estudo qualitativo realizado na enfermaria de ginecologia do CAISM (centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher) embora se trate da retirada do útero, encontrou relatos sobre o fato de as mulheres só perceberem a importância que o útero tinha para elas, após a remoção do órgão.

Como em meus achados de campo, o "cair da ficha" referido pelas profissionais da equipe de enfermagem, também só acontece após a consumação da cirurgia. No caso específico de meu trabalho, envolvendo não só o útero, mas também outros órgãos como trompas, ovários, bexiga. De acordo com a autora:

> A presença do útero no copo era vista pelas mulheres como natural. Isso provavelmente, fizera com que, até que se lhes apresentou a necessidade da cirurgia, nunca haviam pensado sobre o significado do útero e, menos ainda, haviam pensado sua existência sem o útero (SBROGGIO, 2005. p.) .

Como em meu estudo, SBROGGIO (2005) encontrou referência em suas interlocutoras sobre a relação do útero com a sexualidade e com as relações afetivas conjugais. A base do estudo de SBROGGIO (2005) disse respeito as funções do útero e seu significado, a relação do útero com a feminilidade, com a sexualidade e coma a imagem corporal, além de como as mulheres abordadas por ela viam o útero e sua vidas sexuais e afetivas.

O temo "oca", que foi recorrente em meu trabalho, também foi encontrado na fala das interlocutoras em Campinas.

> Fiquei com bloqueio, porque meu marido não me tratava bem. Dizia que eu era oca. Escondi-me na gordura por medo de me envolver com alguém. Por medo dos homens se aproximarem de mim. Perdi a vaidade, perdia a vontade de me sentir bonita.

Dividi as mulheres em três grupos distintos, que possuíam características especiais, mas que se encontravam ligadas por se tratarem de pessoas do sexo feminino.

Grupo A

O primeiro grupo é o das mulheres atendidas na Santa Casa. Mulheres que foram atendidas e operadas na Santa Casa de Misericórdia. Essas mulheres estiveram internadas na Enfermaria Santa Maria. Minhas interlocutoras foram Augusta, Ana e Amanda. Mulheres com as quais já havia tido contato anteriormente, seja em meu exercício profissional entre agosto de 2004 e dezembro de 2007 ou através de minha rede de relações.

AUGUSTA

Meu interesse por Augusta começou através da Fisioterapia no ano de 2005, mais precisamente em setembro quando, a pedido de um colega psicólogo, fui apresentada a ela, como forma de encaminhá-la ao serviço de Fisioterapia em Saúde da Mulher de uma universidade particular, que naquele ano se encontrava sob minha responsabilidade. Em nosso primeiro contato, fomos apresentadas na biblioteca da Santa Casa, pois ela já não estava mais internada no Hospital, mas fazia visitas constantes ao serviço de psicologia devido problemas de perda de urina espontaneamente, chamado de incontinência urinária espontânea.

> Eu estava muito triste durante a conversa, com dificuldade em falar sobre o assunto que me incomodava, porque já falara daquilo para muitas pessoas e nada se resolvia. Lentamente fui contando minha história. Durante a primeira cirurgia eu estava com 42 anos. Tinha sido operada em dezembro de 2004 devido presença vários nódulos no útero – miomas. Passados alguns dias, mais ou menos 28 dias, apresentei perda abundante de urina pela vagina. Na época da primeira conversa eu já estava tendo problemas com meu marido, pois não se sentia em condições de manter relações sexuais a contento, além disso a umidade constante da urina me deixava machucada, sensível e o cheiro de urina, parecia que todo mundo estava sentindo, já tinha usado fraldas geriátricas, mas no momento estava usando absorventes, pois em julho de 2005 foi reoperada já pela equipe de urologia da Santa Casa. Porque antes estava sob a responsabilidade da equipe de Ginecologia da Santa Casa. (AUGUSTA 2007).

Ela me disse na ocasião que o seu médico estava programando uma cirurgia para setembro de 2006 e, recomendada pelo psicólogo que conhecia o trabalho da fisioterapia na área, ela estava disposta a participar da fisioterapia, pois sentia fortes dores na bacia ou pelve, e na coluna vertebral, mais à altura da lombar. Ao conversar com ela notei sua tristeza e que era difícil para ela falar sobre o assunto que a incomodava. Lentamente fui tomando conhecimento da história de Augusta, naquela época com 42 anos.

Ela foi operada em dezembro de 2004 devido a presença de vários miomas, que são tumores benignos nas células musculares do útero. (ver a FIG 8. p 65). Passados alguns dias da cirurgia, apresentou perda abundante e incontrolável de urina pela vagina; na oportunidade

relatou que estava tendo problemas com o seu companheiro, pois não se sentia em condições de manter relações sexuais a "contento", além disso, a umidade constante da urina a deixava machucada, sensível e o cheiro de urina, "parecia que todo mundo estava sentindo". Já tinha usado fraldas geriátricas, mas no momento estava usando absorvente, pois em julho de 2005 foi reoperada já pela equipe de urologia da Santa Casa. Entrevistei-a e a encaminhei para o atendimento na universidade particular, onde eu atendia as mulheres em conjunto com os estudantes de penúltimo ano do curso de Fisioterapia.

> Na 1ª cirurgia o médico se chamava. Dr... da Santa Casa. Comecei pelo "tijolinho". Fui encaminhada pelo Dr. ....– do Outeiro para o .... Passei de médico em médico até o Dr... que foi quem me operou em 07 de dezembro de 2004. Inicialmente, para retirada de miomas. Tinha sintomas de gestação, porém não tinha sangramento só dores menstruais intensas. A menstruação vinha muito no primeiro dia e depois o sangue ficava ralo com aspecto feio e cheiro forte. Fazia consultas ambulatoriais na Santa Casa até que fui chamada para ser operada. Fiz os exames pré-cirúrgicos (risco cirúrgico). Durante a cirurgia foi que teve contato com o Dr..., até então quem estava me atendendo era a equipe do "tijolinho". (AUGUSTA 2007).

Augusta começou a participar do atendimento ambulatorial que ocorria aos sábados e chegava sempre só, muito observadora. Tentava sempre sorrir, mas quando o atendimento iniciava, invariavelmente se emocionava e chorava. Contava sobre suas dificuldades, pois era uma trabalhadora "autônoma", manicure, diarista e cozinheira que estava acostumada a "ter meu dinheiro e a trabalhar". Na época tinha dificuldades em casa com o companheiro devido a questão sexual; tinha uma casa em Outeiro[45]mas, devido aos gastos com material de higiene pessoal, principalmente higiene íntima e, principalmente absorventes, considerando que gastava aproximadamente um pacote por dia, estava dependendo dos familiares.

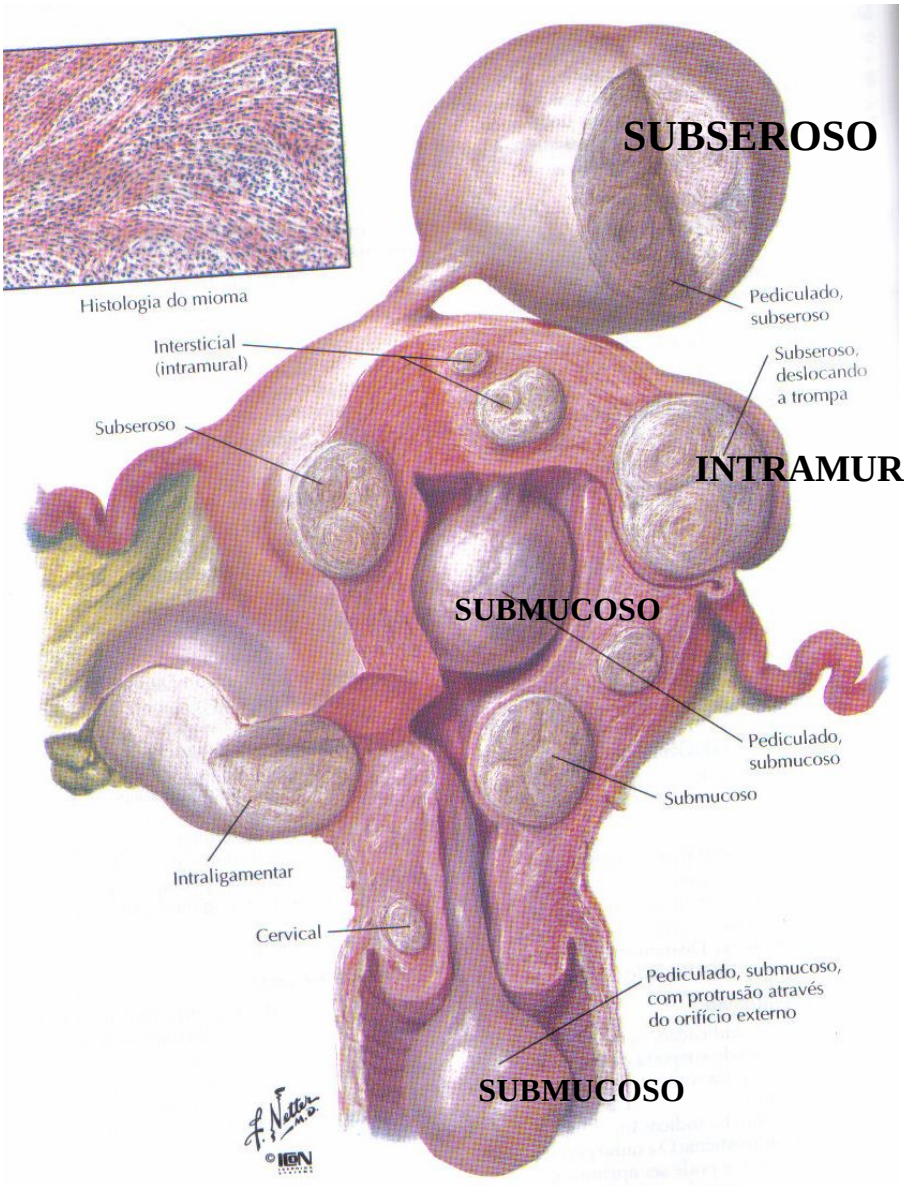
Ficou ligada ao atendimento até dezembro de 2005, quando a transferi para outra colega devido o término das atividades da equipe, pois a responsabilidade pelo projeto foi passada a outra professora. Ao ser transferida, perdi o contato direto com Augusta e o psicólogo que nos apresentou passou a ser minha única fonte de informações sobre ela. Posteriormente, fui procurada pelo psicólogo da Santa Casa que continuava efetuando seus atendimentos profissionais com ela, pois Augusta estava com problemas para se deslocar para os atendimentos da fisioterapia, uma vez que lhe foi cobrada uma taxa "simbólica" para

[45] Outeiro fica na área metropolitana de Belém do Pará. Localizada em uma das ilhas de Belém, pode ser acessada através de veículo automotivo por existir ponte de comunicação.

FIGURA 9 - MIOMAS

Miomas são tumores “benignos” assim denominados por não terem características cancerígenas. Eles acometem as células musculares do útero (miométrio). O útero é constituído de três camadas: o perimétrio ou serosa, o miométrio ou camada muscular e o endométrio (parte que sangra durante a menstruação)ou mucosa. O Mioma pode aparecer em três locas: Subseroso (abaixo do perimétrio) Intramural (dentro do músculo – miométrio) e Submucoso (abaixo da mucosa – endométrio). O Submucoso é o que mais sangra. O Subseroso fica como um “apêndice” ligado ao útero e cresce bastante durante a gestação. Augusta, uma de minhas interlocutoras, possuía múltiplos miomas, mas não soube dizer que tipo, pois não foi informada sobre isso. Sabe apenas que havia muitos e que tinha a perda sanguínea intensa.

FONTE: SMITH (2004)



permanência no tratamento e em decorrência disso ela abandonou o tratamento, pois, "não tinha dinheiro nem pro ônibus".Meu contato com Augusta se manteve através do psicólogo, até que ele também perdeu contato com ela. Quando iniciei minhas interlocuções e o trabalho de campo, lembrei-me dela e voltei a procurar o psicólogo, que me informou que o antigo número de celular não atendia. Efetuei uma busca nos arquivos da universidade particular sob minha responsabilidade - fichas de avaliação fisioterapêutica, e contatei três pessoas – mulheres, que

tinham participado do atendimento fisioterápico no ano de 2005, provenientes da Santa Casa, uma delas Augusta.

Nas fichas consegui os telefones dela e liguei para a casa da mãe de Augusta. Ela me disse que daria o recado e marcou hora para eu ligar no dia seguinte. Liguei e Augusta atendeu, identifiquei-me e ela falou comigo muito friamente. Eu expliquei o motivo do telefonema e perguntei se ela poderia marcar uma hora para me receber. Disse-lhe que estava desenvolvendo um trabalho na Universidade Federal do Pará, sobre questões relacionadas com o corpo da mulher e perguntei-lhe se ela poderia conversar comigo, pois então eu achava, e o psicólogo também, que sua situação já estava resolvida, afinal estávamos em 2007.

Ela ficou muito ofendida e me disse que tudo estava no mesmo, que ela estava esperando um exame que deveria ter sido feito, mas devido uma infecção urinária, não o tinha feito e estava tudo parado desde dezembro de 2005. Perguntei se ela ainda estava perdendo muita urina pela vagina, ela disse que do mesmo jeito desde a segunda cirurgia e que a terceira cirurgia que poderia resolver alguma coisa, não tinha sido feita devido à ausência do exame[46]. Pedi a ela que aguardasse alguns dias e mantive contato com algumas pessoas de minha rede de ralações profissionais. Uma amiga que também trabalha com fisioterapia em saúde da mulher interessou-se pelo caso e fez a "ponte" com a equipe de urologia de um grande hospital público em Belém que possui equipe de urologia coincidentemente, o único hospital que faz o exame que Augusta estava necessitando através do Sistema Único de Saúde.

Em outubro de 2007 iniciamos os contatos com a equipe de urologia. Eu a encaminhei a minha colega para que ela fizesse um laudo fisioterapêutico e ela tivesse acesso aos médicos do hospital. Mais uma vez fiquei aguardando notícias, duas semanas se passaram e nenhum contato. Liguei para Augusta e ela me disse que por duas vezes foi "barrada" nos portões do

[46] A fisioterapeuta não poderia ficar quieta diante daquela situação, seria antiético de minha parte.

hospital, pois os funcionários da portaria tinham ordens expressas de não deixar passar pacientes com aquela forma de encaminhamento.

Mais uma vez liguei para minha amiga e ela remarcou a ida de Augusta ao hospital. No dia marcado desloquei-me para lá e nós só conseguimos entrar porque liguei para colegas fisioterapeutas que trabalham lá e eles se responsabilizaram pela nossa entrada. A hora marcada para consulta – 13:00 horas, arrastou-se devido uma cirurgia que a equipe estava realizando, de modo que ela só foi atendida as 14:00 h. Mais uma vez Augusta contou sua história a uma nova equipe, despiu-se, foi submetida ao exame ginecológico, "me senti envergonhada, pois ao me deitar, perdi muito xixi" na frente da equipe de médicos que a estava atendendo. Chorou, entristeceu-se, mas saiu de lá com todos os exames agendados, ao todo três exames, bastante complexos, um dele tendo que ser realizado sob anestesia. Ela tem enfatizado que está com dificuldades de deslocamento devido falta de dinheiro até para a condução e que tem comparecido aos exames sozinha. Dos três o último é o mais doloroso. Em 17 de novembro a entrevistei mais uma vez e ela me apresentou o resultado do primeiro de três exames que estão programados para o mês de novembro de 2007, com vistas a operá-la ainda este ano.

Augusta estava, agora , com 44 anos no período do trabalho de campo, declarou-se solteira, mas logo depois esclareceu que estava "separada".

> Com meu primeiro namorado tive uma filha parto de normal e fui cortada por baixo. Levei dezesseis pontos internos e dezesseis externos – doeu bastante. Depois uma segunda filha, mas já de parto cesariano . Com o segundo companheiro tive 2 anos de convivência. Hoje vivo com o terceiro companheiro. Quer dizer vivi 12 anos, desde 1995 até 2007. Mas desde 2004 começou a esfriar e o processo de separação começou. Ele me deixou devido a doença. (AUGUSTA 2007).

Augusta contou com detalhes a história de sua primeira cirurgia, que foi atendida por um médico da Santa Casa de Misericórdia. Começou pelo "Tijolinho" (ambulatório ginecologia da Santa Casa de Misericórdia, chamado assim devido características do prédio) encaminhada por um médico do Posto de Saúde de Outeiro (Belém do Pará). Passou de médico em médico até o médico que a operou em 07 de dezembro 2004. Inicialmente, para retirada de miomas (vários nódulos) .

Tinha sintomas de gestação, porém não tinha sangramento só cólicas intensas. A menstruação "vinha muito no primeiro dia e depois o sangue ficava ralo com aspecto feio e cheiro forte". Fazia consultas ambulatoriais na Santa Casa de Misericórdia até que foi chamada para ser operada. Fez exames pré-cirúrgicos (risco cirúrgico) e foi internada.

Augusta contou-me que teve seu primeiro contato com médico momentos antes da cirurgia, até então quem a estava atendendo era a equipe do "Tijolinho". Recebeu explicações sobre a cirurgia – talvez fosse necessário retirar o útero devido a quantidade de miomas- dadas por um dos membros da equipe do cirurgião responsável. Durante a cirurgia foi retirado o útero e um cisto de ovário. A retirada do cisto ela só ficou sabendo depois da cirurgia.

> Recebi explicações sobre a cirurgia – que seria necessário retirar o útero devido a quantidade de miomas- dadas por um dos membros da equipe do Dr... Durante a cirurgia foi retirado o útero e um cisto de ovário, que eu só ficou sabendo depois da cirurgia. Acho que foi retirado o ovário esquerdo também. Isso foi dito por membro da equipe no pós-cirúrgico. Perdi muito sangue. Tomei duas bolsas de sangue. Fiquei com inchaço, vômitos dores fortíssimas, febre, dificuldade para andar, para defecar, vômito em jato. Ficou de sonda vesical uns dias e depois retiraram a sonda, o xixi vinha em gotas e dolorido.Recebi alta, mas não estava me sentindo bem. Recebi alta[47], por acharem que estava com estresse hospitalar. Sentia algo balançar dentro de mim e um líquido correr. A vagina doía, tremia e latejava. Fiquei internada aproximadamente 11 dias. Sai sem sonda vesical, gotejando e dois dias depois de estar em casa a urina começou a jorrar já pela vagina. Ai a barriga começou a desinchar. Ai comecei a me forrar, inclusive a cama. Eu usava fralda geriátrica. Meus parentes resolveram que era melhor retornar ao hospital. Voltei ,mas não consegui falar com os médicos, só conseguindo no 3° dia de tentativa. Eles chamaram o urologista para me ver (Dr...). Não iriam passar remédio, pois o caso era cirúrgico, só podendo ser feita a cirurgia após uns cinco ou seis meses. Passaram-se sete meses e o Dr..., o urologista, me operou. (AUGUSTA 2007)

A segunda cirurgia foi realizada em dezenove de julho de 2005, cerca de um ano e dois meses depois da primeira cirurgia. Durante esse período, que antecedeu a segunda cirurgia, fazia uso de fraldas geriátricas e produtos para assadura. A solução do problema ou correção cirúrgica foi a promessa da equipe. A ajuda do hospital para comprar as fraldas "não aconteceu como prometido". Tinha muitas dores pélvicas e abdominais.

Augusta foi informada pela assistente do urologista que na verdade não seria exatamente uma fístula[48] e sim queda de bexiga e uma pequena complicação nos "ureteres". A bexiga foi levantada com a ajuda de um "nervozinho" e sentiu-se um pouco melhor e o fluxo grande parou. Ficou sondada, mas no quarto dia de pós-operatório começou a sentir a urina escorrer novamente. Aí avisou o médico, mas ele achava que ainda era conseqüência do processo inflamatório. Passou mais sete dias sondada. "Devo ter saído no décimo primeiro ou

[47] O termo "alta" é utilizado no meio das Ciências da Saúde para designar ,nesse caso, o ato de liberar a mulher, para ir para sua residência. Quando a situação já não exige cuidados hospitalares e pode ser tratada "em casa".
[48] A fístula é uma doença onde se forma um canal de comunicação entre órgãos ou estruturas que "normalmente" não se comunicam. Isso faz com que haja passagem de líquidos ou matéria sólida entre os locais que estão se comunicando. Por exemplo, uma fístula que comunica uretra e vagina, faz com que a urina escoe pela vagina.

no décimo dia". Em casa, já sem sonda começou a observar que o líquido ficou realmente insistente. Ai voltou com o urologista. " E ele até achava que seria impossível, pois a cirurgia tinha sido mais de 90% positiva, mas ainda assim ele afirmou que um ano depois, se estivesse perdendo urina ainda, ele faria uma nova correção". Aí ela se desesperou, pois havia apostado na solução do problema pela segunda cirurgia . Então precisou de acompanhamento psicológico. A assistente social a colocou em contato, novamente, com o psicólogo da Santa Casa. Precisou de amparo social, pois os gastos estavam altos e ela estava sem emprego. Foi a ouvidoria da Santa Casa de Misericórdia procurou ajuda dentro do hospital e começou a ser atendida pelo psicólogo, pois não aceitava os erros que estavam acontecendo nas suas cirurgias. Em setembro de 2005 foi colocada em contato comigo e iniciou o atendimento fisioterapêutico. Tinha dificuldade para andar, precisava de assistência para se deslocar, fazer compras de que necessitava.

No início recebeu ajuda da Santa Casa de Misericórdia – "fraldas e modess, mas parei de receber ajuda em março de 2006". O Dr... foi chamado na coordenadoria de cirurgia para assinar laudo atestando a necessidade do uso de "fraldas e modess" hospitalares, mas não houve andamento no processo e por isso o material não teve continuidade na entrega.

> Eu trabalhava como cozinheira fazendo doces e salgados para vender. Também era manicure e diarista . Trabalhava de forma autônoma, mas parei tudo, por vergonha do cheiro de urina que as pessoas sentiam ao chegar perto de mim. Vivo hoje de ajuda de parentes e de alguns amigos. (AUGUSTA 2007).

Ela permanece em desconforto total, usa cerca de oito absorventes diários, gasta muito com isso, além dos materiais para higiene íntima. Tem constantemente "dores de urina, assaduras, vagina frágil, dores pélvicas, problemas de coluna, fico deprimida, choro, não durmo, angustiada, desesperançada muitas vezes tem medo e nervoso".

Hoje se sente envelhecida, ficou sem condição de se arrumar. "Via o útero como esperança de ainda ter um filho menino. Senti que saiu um pedaço de mim". Sofreu por isso, chorou. Mas não teve tempo de pensar sobre o assunto, pois só foi avisada durante a cirurgia que não dava para "salvar" o útero. Ficou com indisposição sexual. Não tirou o útero devido a um câncer, pois a "peça"[49] foi enviada para exame e ela tem o resultado que exclui a possibilidade dessa doença. O marido tinha esperanças de ainda ter um "filho homem" com ela. Ele via a barriga inchada depois da cirurgia e pensava que era uma gestação. Ela explicava que não poderia mais ter filhos.

[49] O termo "peça" é utilizado nas Ciências da Saúde para designar, partes de órgãos que são enviadas para exames laboratoriais e histológicos (análise do tipo e característica as células e tecidos) de forma a descobrir se há presença de células "malignas" – câncer no órgão analisado.

Augusta estudou até o primeiro ano do científico; “parei durante o segundo ano”. Quer voltar a estudar e se for cursar um curso superior quer “lidar com uma profissão que lide com pessoas, para ajudar; penso em ser Assistente Social ou Psicóloga”, pois tem dentro de si a necessidade de lidar com a raça humana, pois “estou sendo acolhida por uns e escorraçada por outros. Um dá a mão e outros tiram”. Ela quer fazer a “diferença” porque já sofreu na pele a indiferença.

Devido “espera e descaso na Santa Casa de Misericórdia por parte de algumas pessoas”ela teve que procurar ajuda em outro hospital e já está encaminhada para atendimento. Augusta está com esperança, mas com medo de não dar certo. Porque houve a promessa da segunda correção na Santa Casa de Misericórdia, mas não houve andamento na cirurgia e ela já estava esperando dois anos e três meses. Estava aguardando um exame de urodinâmica há mais de um ano e não fazia devido sofrer de infecção urinária associada a incontinência urinária . Assim, a situação na FSCM parou devido o exame. Nunca recebeu nenhum tipo de benefício do governo, por exemplo, auxílio doença, ou foi informada sobre aposentadoria, pois o Dr... que fez sua retirada de útero (histerectomia) nega que o problema de perda de urina possa ter sido causado pela cirurgia. Nunca assinou laudo sobre o assunto.

B**ANA**

A outra interlocutora é Ana. ***Ana*** faz parte de minha rede de relações, eu a conheço há mais de cinco anos. Ela tem 45 anos e em mais de 20 anos nunca fez preventivo, pois não sentia necessidade. Sempre morou em Belém. Um ano antes da cirurgia teve falta da menstruação. Fez ultra-som transvaginal e foi identificado mioma de nove centímetros. Ficou um mês sem menstruar e depois quando retornou a menstruação “já veio muita”. Não sentia dor, só a falta de menstruação, mas depois “fiquei menstruada muito e por um longo período cerca de quinze dias”. Em dezembro de 2006 foi submetida à cirurgia onde o útero foi retirado.

Ana é Casada e teve três filhos homens. Quando foi submetida ao exame e informada da existência de um tumor em seu útero, teve medo de outro resultado, de ser câncer. Diferente de Augusta, Ana não relata nenhum aborrecimento quanto ao tratamento recebido na Santa Casa de Misericórdia.

Fez sua cirurgia neste hospital e ficou internada na Enfermaria Santa Maria durante pouco mais de três dias. Foi examinada “por uma equipe muito grande”, “havia muitos homens na equipe” e não se sentiu à vontade. Antes da cirurgia teve episódio de esforço intenso (dançou muito) e daí em diante passou a sentir fortes dores na parte inferior do ventre. Foi acompanhada pelos familiares durante os procedimentos preliminares da cirurgia. Depois

da cirurgia as pessoas da equipe não conversaram sobre o que tinha ocorrido, por isso teve muita curiosidade em saber o que tinham feito. Apenas um membro da equipe disse que tinham retirado o útero. Recebeu anestesia da cintura para baixo. Teve reações depois da cirurgia como: frio, mal estar, dor de cabeça.

Todo o dia recebia visita de médicos diferentes, isso a deixava "um pouco incomodada". Sua acompanhante perguntou sobre o que tinha sido feito e foi informada que foi retirado o útero e o ovário direito. Ana não tinha sido informada sobre a retirada do ovário. Diz que a cicatriz "coça muito". Evitou alguns alimentos como camarão, peixe de pele e "não comeu nada reimoso"[50] de dezembro de 2006 até outubro de 2007, para que, segundo ela, não houvesse comprometimento na cicatrização da cirurgia.

Ao perguntar como se sentia em relação ao fato de ter perdido o útero, contou que não sentiu diferença na relação sexual, pois lhe disseram que ficaria "oca", que por isso "ficaria fria" (frígida). No início teve medo, porque todo mundo dizia que quem fazia essa cirurgia ficava "fria" e não sentia mais prazer. Com ela e com o marido não aconteceu. "as pessoas falaram que a mulher fica oca, mas eu não sinto isso". A primeira vez que teve relação sexual com o marido teve medo, "mas depois ficou tudo bem". Em sua percepção não teve nenhum resultado negativo da cirurgia, exceto o fato de ter "engordado" e de sua mama ter ficado "sensível".

Ana é uma mulher ativa. Voltou a trabalhar em dois meses. Não se queixa de perda de urina aos esforços ou espontaneamente. As funções de defecação e flatos (gases) também não sofreram alteração. De modo geral a cirurgia "não me causou danos".

AMANDA

Além de Augusta e Ana, Amanda também concordou em participar dessa pesquisa. Eu a tinha atendido em agosto de 2005 como Fisioterapeuta na Enfermaria Santa Maria e ela, assim como Augusta, foi encaminhada para o atendimento em Fisioterapia em Saúde da Mulher em uma Universidade particular em que eu trabalho. Amanda tinha 42 anos na época da interlocução (2007) e me relatou que em 1988 retirou a trompa (salpingectomia), mas não sabe dizer se a direita ou a esquerda. Esse fato é recorrente nas mulheres desse grupo, terem sido "cortadas", mas não saberem exatamente o que ocorreu. Das três, Augusta é a que mais busca informações sobre sua situação. Ela mantém anotações sobre o que ocorre com ela e inclusive me pediu cópia sobre o que registrei para fazer parte de suas anotações.

[50] O termo "reimoso" está sendo utilizado aqui tal qual o utilizam Motta-Maués, A e Maués, H em Hábitos e crenças alimentares numa comunidade de pesca.

Em agosto de 2005 Amanda "levantou" a bexiga, pois sofria de perda incontrolável de urina, mas apesar da cirurgia, vem tendo infecção urinária constantemente. "Não melhorei quase nada desde que levantei a bexiga".

Tinha ido ao médico recentemente, (outubro de 2007) e recebeu diagnóstico de queda de reto e de bexiga em grau III[51], muito mais avançado que da outra vez (Ver FIG 9. p.73) Estava em fase de pré-operatório, fazendo todos os exames,para que possa se internar na Enfermaria Santa Maria novamente.

Amanda possui ensino médio, declara-se casada em regime de união consensual. Mora em casa alugada e o sogro que se encontra muito doente, mora com o casal. Tem três filhos. O primeiro teve em casa com parteira, os dois últimos em maternidades.

Consentiu em falar comigo desde que eu avaliasse como Fisioterapeuta o seu sogro. Teve seu primeiro contato com a Santa Casa em 1988, em 2003 retornou devido mioma para acompanhamento no "Tijolinho" (ambulatório de ginecologia). Não sentiu nenhuma melhora desde a última cirurgia, sente a vagina mais áspera e seca. Não sente dores, mas já esteve "em todos os médicos possíveis" para resolver o caso, mas nenhum lhe disse realmente o que ela tinha.

Está "deprimida", "desanimada" porque vai ter que fazer outra cirurgia e isso a está incomodando.

Grupo B

O *segundo* grupo é o das mulheres da equipe de enfermagem. A enfermagem na Santa Casa de Misericórdia é representada em maioria por mulheres e compreende dois tipos de profissionais: as enfermeiras e as técnicas de enfermagem[52]. Como elegi a Enfermaria Santa Maria vou me ater às informações que obtive sobre a equipe lotada nessa enfermaria.
São quatorze técnicas de enfermagem e cinco enfermeiras distribuídas em três turnos: manhã (7:00 as 13:00 horas) uma enfermeira e quatro técnicas; tarde (13:00 as 19:00 horas) uma enfermeira e quatro técnicas. Essas mulheres trabalham pela manhã e a tarde, em regime de seis horas, e são denominadas de "diaristas", pois trabalham de segunda a sexta e folgam aos sábados e domingos, ou tem suas folgas mediante escala negociada com a chefia de enfermagem.

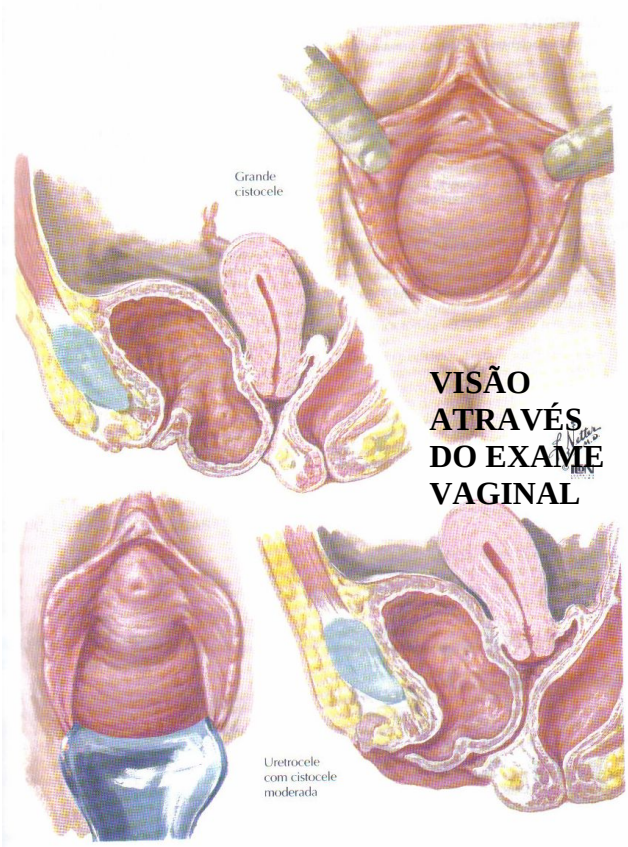
---

[51] Queda de reto ou retocele ocorre quando o reto – parte final do intestino grosso - muda de posição e surgem problemas de defecação e de gases (perda) . A queda de bexiga ou cistocele ocorre quando a bexiga muda de localização e a perda de urina espontânea ou aos esforços é constante. No grau que Amanda apresenta – grau III a bexiga está muito fora de posição.

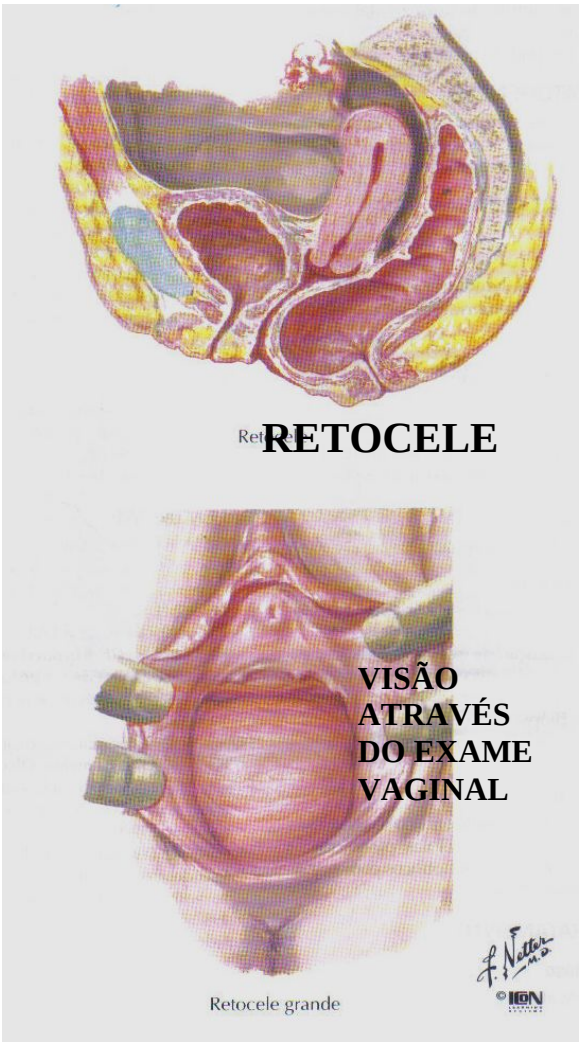
[52] As enfermeiras possuem nível de formação superior e as técnicas de enfermagem nível de formação médio. Forma em conjunto o que se convencionou chamar "equipe de enfermagem". Existem condutas que são exclusivas da enfermeira e outras que podem ser realizadas por ambas as categorias profissionais.

FIGURA 10 – RETOCELE E CISTOCELE

São termos usados pelas Ciências da Saúde para designar a “queda de Reto” (retocele) e a “queda de bexiga”. O termo queda diz respeito a mudança de posição dos órgãos genitais internos ou outros órgãos que se localizam na cavidade pélvica como a bexiga, a uretra.
(Amanda já havia sido operada para corrigir uma “queda de bexiga” e no momento da interlocução estava se preparando para nova cirurgia, dessa vez para corrigir os problemas abaixo ilustrados. O grau de “queda de bexiga” que Amanda possuía era o mais grave. Nesse grau a parede da bexiga fica tão fora de posição que chega a aparecer através da vagina durante o exame. Além disso, Amanda também possui queda de reto (retocele) que ocorre quando a parte final do intestino grosso sai da posição e também fica visível durante exame da vagina. Em ambos os casos a vagina fica comprimida e a relação sexual comprometida. Amanda refere isso durante a interlocução, dizendo que está com “dificuldades” nesse aspecto, mas mostro-se constrangida e não entrou em detalhes).
FONTE: SMITH (2004)



CISTOCELE



A equipe de enfermagem tem como fator de diferenciação primeiro, o nível de estudos. No caso das enfermeiras, todas possuem graduação e algumas especialização. As técnicas de enfermagem todas possuem segundo grau completo. Todas as mulheres abordadas eram casadas, com filhos e com jornada múltipla de trabalho, que envolvia não só a atividade profissional, em outro hospital, ou plantão extra na própria Santa Casa[53], mas também o trabalho doméstico.

Minhas interlocutoras foram Bianca (enfermeira), Bruna (técnica de Enfermagem) e Berenice (técnica de Enfermagem). Mulheres com as quais já havia tido contato anteriormente em meu exercício profissional entre agosto de 2004 e dezembro de 2007.

BIANCA

Bianca tem dez anos de exercício da Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Pará e tem quarenta e oito anos de idade. É casada, tem um filho (menino). Sua "entrada" na Santa Casa aconteceu através de contrato de trabalho. Quando foi admitida, a Santa Casa de Misericórdia já era considerada referência em Saúde Materno-infantil. Essa referência às características do hospital é constante nas mulheres deste grupo. Elas falam constantemente, sobre o orgulho que possuem em trabalhar na Santa Casa de Misericórdia.

Bianca "obedece" uma rotina de seis horas de trabalho e eventualmente, faz plantão extra de 12 horas. É funcionária exclusiva da Santa Casa, desenvolve as tarefas do lar, como arrumar, passar, lavar, limpar e organizar a casa de modo geral[54]. Às vezes "termino o plantão cansada", mas fez questão de frisar que independente do caso procura desenvolver suas atribuições profissionais de forma compatível com as necessidades de cada pessoa, em virtude de seus "profissionalismo". Referiu, quando perguntada, sobre sua visão de corpo feminino que possui algumas limitações relacionadas a problemas de coluna.

Uma de suas funções é esclarecer as mulheres sobre as situações que irão viver. Contou que elas não parecem ter dimensão inicialmente, do que vai acontecer; chegam "conformadas", mas "querem" se submeter aos procedimentos cirúrgicos porque desejam resolver as questões que as incomodam. A perda de sangue no caso dos miomas é a maior queixa. Em outros casos a perda de urina, fezes ou de flatos (gases) de maneira incontrolável, faz com que as mulheres que recebem atendimento se sintam "envergonhadas", pois o convívio social acaba sofrendo prejuízo. O terceiro turno acontece de 19:00 as 7:00 da manhã

[53] Plantão extra: rotina que envolve a negociação de mais um turno de trabalho de 6 horas ou mais. Dependendo da profissão.
[54] As interlocutoras desse grupo não fizeram menção a existência de "empregadas domésticas" em suas casas.

do dia seguinte (doze horas). As mulheres que trabalham em regime de plantão de 12 horas, recebem folga de 48 horas. Em cada plantão estão presentes uma enfermeira e duas técnicas.

Depois da cirurgia é que elas "parecem tomar consciência do que aconteceu, que perderam um órgão". Inicialmente, parecem "conformadas talvez por não alcançarem a dimensão da perda e a cirurgia é para resolver um problema, então...só depois cai a ficha" A equipe de enfermagem encaminha essas mulheres para o atendimento no "Tijolinho" (ambulatório de ginecologia)."Na prática quem dá os esclarecimentos na maioria das vezes é a equipe de enfermagem", como diz Bianca.

Algumas das mulheres que são operadas ficam "deprimidas" logo durante a internação e depois da cirurgia o quadro persiste. Ficam "tristes" e "pensativas". A enfermeira não revelou quantas mulheres apresentaram-se assim nos dez anos que está trabalhando na Enfermaria Santa Maria. Em minha prática como Fisioterapeuta, também pude observar esse comportamento.

Perguntam, no caso as mulheres da equipe de enfermagem, sobre quando poderão retornar a vida sexual ativa. Referem medo de perder os companheiros, devido ao mito da mulher "oca", que é descrito como o resultado da retirada de "tudo", quando são realizadas as cirurgias ginecológicas – útero, tropas, ovários. A idéia corrente entra as mulheres internadas é de que ao "perder" os órgãos, vai restar um "espaço vazio", um "oco" que vai atrapalhar o prazer sexual e que ela, a "cortada" não vai mais sentir ou dar prazer.

O termo "cortada" diz respeito ao fato da mulher ter sido "operada" ou feito uma cirurgia. Termos como "cortada por cima" quando a incisão cirúrgica é realizada no abdome, como é o caso da cesariana, da Histerectomia Total Abdominal (HTA), da salpingectomia, da ooforectomia (retirada dos ovários), assim como o termo "cortada por baixo" quando se referem a incisão da episiotomia, que é realizada no períneo durante o parto, são recorrentes nas interlocuções com as pacientes internadas na Enfermaria Santa Maria e reaparecem em linguagem técnica nas interlocuções com as mulheres do segundo grupo. As mulheres da equipe de enfermagem tiveram o cuidado de falar a linguagem que as mulheres internadas usavam e repetir usando o termo técnico.

Bianca não pratica no momento atividade física regular, mas já fez Fisioterapia devido os problemas de coluna, principalmente no pescoço. O "problema de coluna" foi referido mais de uma vez, como justificativa em virtude das características do trabalho da equipe de enfermagem que tem que ajudar as pessoa nas "mudanças de decúbito"[55]

[55] Mudança de decúbito é o termo técnico de uso das Ciências da Saúde para designar o movimento corporal para as posições sentada (sedestação) de lado (decúbito lateral), deitada sobre o ventre (decúbito ventral), deitada

BRUNA

Bruna é uma técnica de Enfermagem de cinqüenta e nove anos e desses, cerca de trinta e oito passados no exercício profissional na Santa Casa de Misericórdia. É casada e tem três filhos, uma mulher e dois homens. Considera sua profissão "bonita", porque trabalha com pessoas carentes. Dos cerca de trinta e oito anos de trabalho na Santa Casa de Misericórdia, trabalha há vinte e quatro anos na Enfermaria Santa Maria. Da mesma maneira que *Bianca* trabalha exclusivamente na Santa Casa. De acordo com o que já esclareci, as funcionárias da equipe de Enfermagem podem atuar como "diarista" (seis horas de trabalho diário de segunda-feira a sexta-feira) ou como "plantonista" (doze horas de trabalho seguida de folga de quarenta e oito horas negociável junto a chefia de enfermagem). *Bruna* é "diarista", mas, eventualmente, também faz plantão.

Não pratica atividade física; como mulher trabalhadora, não se sente cansada, passou pela menopausa e não fez "nenhum tratamento" por não julgar necessário. Também é dona de casa e desenvolve as tarefas do lar, como arrumar, passar, lavar, limpar e organizar a casa de modo geral.

Aos vinte e seis anos de idade foi submetida à laqueadura de trompas, cirurgia destinada a evitar a gestação, também chamada de "ligadura de trompas". Não considera que tenha problemas de coluna e não refere nenhum problema relacionado ao ciclo biológico feminino, "quando menstruava", pois já passou pela menopausa, "não tinha dores". Ao passar pela menopausa não fez tratamento por não considerar que fosse necessário.

Quanto às mulheres internadas, conta que a grande maioria "está enjoada de sofrer dores ou de perder sangue". Quando as internadas recebem a notícia da cirurgia que envolverá retirada de órgãos, "algumas ficam tristes outras não". A tristeza é maior no caso da retirada de útero "em mulheres sem filhos". Diz também que "as mulheres jovens são as que mais ficam deprimidas".

BERENICE

Berenice é uma outra técnica de enfermagem de quarenta e cinco anos. É casada e tem duas filhas. A primeira filha nasceu de parto "normal" e a segunda de cesariana. Gosta muito do que faz, pois trabalhar com pessoas e comunicar-se são os pontos que mais destaca em sua profissão.

É funcionaria da Santa Casa de Misericórdia há vinte anos e diferentemente de Bianca e Bruna, também trabalha em outro hospital. Desenvolve as tarefas do lar, como arrumar,

---

sobre o dorso (decúbito dorsal) até que a pessoa possa atingir as posições de pé (bipedestação) e andando (deambulando).

passar, lavar, limpar e organizar a casa de modo geral, mas, recebe ajuda das duas filhas moças . Como forma de aumentar o orçamento familiar, ela vende produtos de beleza diversos para as funcionárias dos dois hospitais onde trabalha.

No ano de 1990 fez a "ligadura de trompas" e, em 1999, foi submetida a uma perineoplastia (cirurgia para correção do períneo). Não refere complicações relacionadas a essas cirurgias.

Sobre as mulheres internadas no que refere as mulheres que atende diz que estas "mostram-se tristes diante das doenças e da possibilidade de perder órgãos, mas se "consolam" com a possibilidade de melhora das doenças que as afligem.

Grupo C

O terceiro grupo deste estudo é o das mulheres que foram submetidas a cirurgias, porém não na Santa Casa de Misericórdia. Minhas interlocutoras foram Conceição (Fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem e Licenciada em Ciências Sociais) e Carmem (Graduanda em Fisioterapia).

CONCEIÇÃO

Conceição é uma Fisioterapeuta de quarenta e oito anos, licenciada em Ciências Sociais e Auxiliar de Enfermagem que teve duas gestações ectópicas, isto é, fora do local adequado, as duas tubárias (nas trompas) (Ver FIG. 10. p. 78). Atualmente, está separada do marido "justamente devido os problemas que ocorreram em relação às gestações, pois ele queria ter filhos e eu não pude tê-los".

A primeira gestação tubária de Conceição ocorreu em julho de 1989. Ela perdeu a trompa direita e uma parte do ovário esquerdo (salpingectomia à direita e ooforectomia parcial à esquerda). Em outubro de 1989 teve uma nova gravidez tubária, esta mais grave que a primeira.

Nessa segunda gestação, teve rompimento da trompa esquerda e extravasamento de sangue para a cavidade do abdome, com rompimento do intestino. Ficou internada em uma Unidade de Terapia Intensiva por quinze dias, com quatro drenos no abdome o que a deixou "cheia de cicatrizes". Conceição chora ao contar a história.

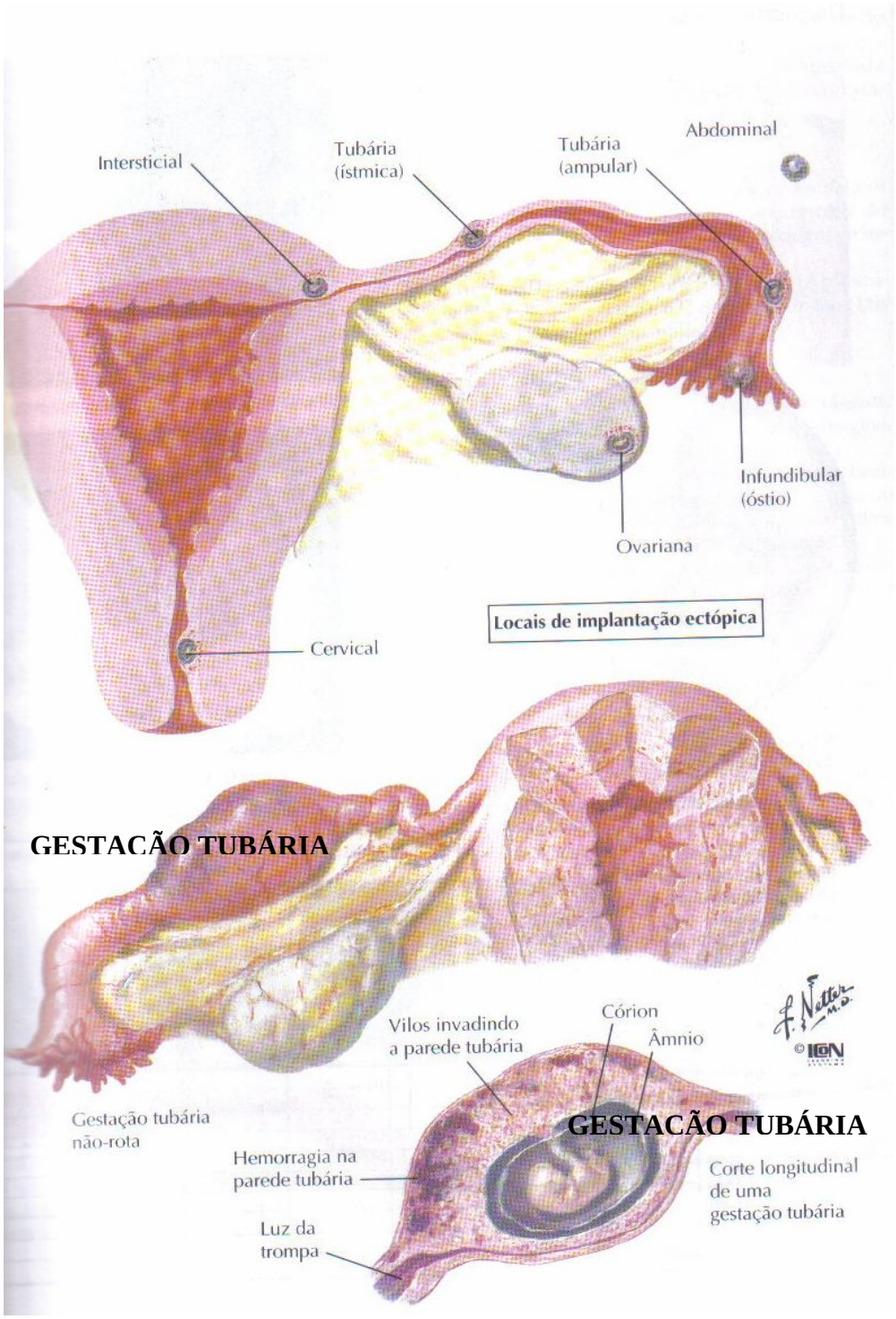
Como resultado desse processo, ela perdeu a trompa esquerda e o ovário direito. Restou apenas com uma parte do ovário esquerdo e o útero. Daí em diante Conceição começou um longo processo de inseminação artificial, com estimulação da parte do ovário que era remanescente. Conseguiu êxito na inseminação e implantou seis embriões mas, perdeu a gestação devido a um acidente de carro. Durante o processo de inseminação artificial, diz que foi submetida a exames e procedimentos "dolorosos e constrangedores", faz

FIGURA 11 – GESTAÇÃO ECTÓPICA

Gestação que ocorre fora do local esperado, ou seja o útero. Quando isso ocorre as chances de morte materna e fetal são altíssimas se a gestação não for descoberta a tempo.

(No caso de Conceição as duas gestações ocorreram nas trompas. Esse tipo de gestação é chamado de "gestação tubária". A evolução da gestação pode levar, como no caso de Conceição, ao rompimento da parede da trompa e hemorragia para a cavidade pélvica e abdominal e isso pode levar ao comprometimento de outros órgãos).

FONTE: SMITH (2004)



questão de registrar a “frieza” de alguns profissionais que a atenderam e, pois “cheguei a me sentir diminuída” ,pois embora estivesse “pagando e usando o convênio” recebeu algumas vezes um tratamento “frio e impessoal”.

Conceição diz que se sentiu “ menos mulher, amputada: emocional, física, afetiva e de amor próprio”. “Engordei muito. 25 Kg por causa dos hormônios. Não perdi mais peso porque não gostava mais de mim”. “Tenho vontade de fazer cirurgia plástica porque tenho duas cicatrizes de cesárea sem nunca ter tido um bebê nos braços”. Desejou adotar uma criança, mas o marido não aceitou. Afirma que perdeu a vaidade, o marido traiu-a e separaram-se. Hoje trabalha com “pessoas mutiladas”, identifica-se com eles. Ficou com bloqueio porque o marido não a tratava bem e dizia que ela era “oca”.

CARMEM

Carmem é uma estudante de fisioterapia de 35 anos, casada, mãe de um menino e com mais uma filha a caminho no momento em que participou dessa pesquisa (dezembro de 2007).

Perdeu uma de suas trompas devido à gestação tubária no ano de 2006 e “tinha medo de não poder mais engravidar”. Foi retirada a trompa esquerda. Quando se propôs a participar da pesquisa, ainda não estava grávida (março de 2007). Estava “deprimida”, mas concordou em falar sobre o assunto.

Quando foi submetida a cirurgia, que se realizou em um hospital das forças armadas, ninguém explicou sobre a mesma, por isso, pensou que dava para “salvar a trompa”. Ficou “depressiva” depois da cirurgia. “Tinha a idéia fixa de que não iria mais engravidar”.

Carmem estava ansiosa, achava a cicatriza “feia”. Foi “cortada”, com sofrimento, mas “sem um bebê nos braços”. Aceitaria melhor a cicatriz “se tivesse tido um filho”. Ela recebeu apoio do marido e não teve “problemas com a sexualidade’. Também não se sentiu “oca” ou “vazia”. Mas, devido ao comportamento do primeiro profissional que a atendeu, trocou de médico. Confia no médico atual que lhe esclarece tudo. Está muito feliz com a gestação, e “já sabe que é uma menina”.

Para concluir esta parte do trabalho, quero dizer que as interlocuções que se concentraram nos anos de 2006 e 2007 tiveram como ponto comum o fato de eu entrevistar mulheres. Em todas os contatos a dor da “perda” está presente; mesmo as profissionais da enfermagem identificam que as mulheres externam, seja verbalmente, seja com seu comportamento o fato de estarem “tristes”, “deprimidas”, com sensação de “falta”.

O medo de não sentir prazer também aparece e na maioria das interlocuções, tem relação com o fato de sentir-se “oca”. Podemos pensar aqui, que em oposição a minha idéia

de plenitude do corpo da mulher ligada a outra -a da sua “função” e especificidade primordial de “gerar” vida (s) está essa idéia de “vazio” no corpo – a mulher “oca”.

5.2. De pesquisadora a interlocutora... por assim dizer

Outro ponto também bastante frisado é a considerada “frieza” de alguns profissionais, que impressiona as mulheres independente de serem usuárias do Sistema Único de Saúde ou não. Pedindo licença para ser, neste momento (quase final), minha própria “interlocutora”, quero dizer que eu mesma vivi e estou vivendo uma situação bastante peculiar no contexto aqui referido, similar a de Conceição; não no aspecto de gestação ectópica, mas, pelo fato de ser profissional de Saúde, que lida diretamente com Saúde da Mulher.

Busquei tratamento para a presença de miomas e, durante um exame de ultra-sonografia fui “surpreendida” com a opinião do médico que me indicou a retirada do útero, baseado em algumas perguntas que me fez relacionadas a minha vida íntima, a minha idade (tenho 40 anos). Para o médico, entre fazer uma miomectomia, que é a retirada do tumor, preservando o útero, é mais prático e “limpo” fazer a histerectomia, pois “daqui a pouco” eu estarei, segundo o que o médico considera como certo, entrando na menopausa e aí, “o útero não servirá mais para nada, só pra lhe dar problemas”.

Da mesma maneira que Conceição senti na pele, como se diz, a mesma “frieza” do profissional e a impossibilidade que algumas pessoas tem, de se colocar no lugar do outro. Esse, mais uma vez, é um dos fatores que me levou a buscar novas lentes para exercer minha profissão de Fisioterapeuta, pois, como já declarei também, meu interesse na área de Antropologia não é apenas acadêmico, mas tem a ver com o exercício diário de minha outra identidade.

Mas ainda fazendo uso da licença aqui concedida pelo leitor ou pela leitora, aproveito para contar um pouco do que foi minha experiência como interlocutora dessa pesquisa. Não passei tanto tempo quanto Fernando Braga da Costa que para desenvolver seu trabalho de campo no mestrado em antropologia decidiu trabalhar com garis na cidade de São Paulo e o fez durante oito anos eu contra minhas expectativas, tive que me submeter a uma miomectomia no mês de julho de 2008. Cirurgia que estava adiando desde 2002, quando descobri a existência dos tumores. Na época quatro tumores, sendo um deles, um pouco menor que do tamanho de meu punho fechado. Esse tumor maior estava pressionando minha

bexiga, o que me obrigava a idas constantes ao banheiro, para esvaziar a bexiga. Isso começou a se tornar complicado, devido a freqüência cada vez maior com que urinava, considerando que exerço minha profissão (fisioterapeuta) no turno da manhã (7:00 as 13:00) num conhecido hospital de Urgência e Emergência na Cidade de Belém, onde as condições dos banheiros de funcionários, não são, a meu ver, satisfatórias, mas prossigamos. Então desde 2002, a ginecologista que estava acompanhando minha história, tentou reverter o crescimento dos tumores usando medicamentos. Fiz uso de um tipo de hormônio que é colocado sob a pele logo abaixo do umbigo (infra-umbilical) e que tem como principal função, diminuir ao máximo a produção do hormônio estrógeno, considerado um dos hormônios responsável pelo que as ciências da saúde e a Biologia chamam de características sexuais secundárias femininas, quais sejam, desenvolvimento dos seios (mamas), genitais externos e genitais internos, entre eles o útero. E como era de se esperar, os miomas são extremamente sensíveis aos hormônios, entre eles o estrógeno. O remédio leva meses para ser absorvido. Nesses meses fiquei como uma mulher na menopausa (climatério), não menstruava, tinha calores (fogachos) terríveis, que me obrigavam a parar para tomar água. De todas as experiências da menopausa induzida pelo remédio, os calores foram muito agressivos, porque eu não podia ingerir nenhum tipo de medicamento que contivesse estrógeno, como a maioria das mulheres na menopausa faz, ou antes as que optam pela reposição hormonal. Nem mesmo a isoflavona de soja. Então tive um quadro de menopausa induzida de altíssimo grau de comprometimento.

Ao término desse período que durou cerca de seis meses, retornei è médica que solicitou um exame chamado ultrassonografia transvaginal. Esse exame permite avaliar o tamanho do útero e as condições das trompas, ovários, bexiga e é realizado com o transdutor (equipamento que emite o ultrasom), localizado dentro da vagina.

Foi durante esse exame que tive o desprazer de ouvir o especialista em exames por imagem, dizer que seria melhor fazer logo uma histerectomia em vez de uma miomectomia, porque logo eu estaria na menopausa realmente, na época eu estava com 38 anos a caminho dos 39 e como não tinha parceiro sexual, nem filhos, apesar de eu ter dito a ele que desejava tê-los, e era divorciada, então a cirurgia de retirada do útero seria na opinião do especialista, “mais limpa”, porque a retirada do mioma, exige mais habilidade e maior perícia do cirurgião ginecológico. Isso tudo o médico me dizia enquanto realizava o exame - lembrando aqui que estava em posição ginecológica e com um transdutor de ultrassom em minha vagina. Não há como não pensar nas interlocutoras de minha pesquisa. Que se sentiram invadidas. E eu fiquei

tão chocada que nem consegui articular uma grande resposta ou reação. Recordo-me que depois que saí do consultório, pensei na situação que enfrentara Conceição,

Da mesma forma que Fernando Costa, que ao contar sua experiência como gari em SP, referiu sua depressão ao ser tratado como invisível, senti-me deprimida, porque percebi que apesar de haver grandes profissionais da área da saúde, que buscam uma interação maior com as pessoas, como em todas as ciências existem pessoas que tratam o outro como "coisa". Foi assim que me senti. percebi que para aquela pessoa meus sonhos e anseios não importavam, importava sim, para aquele profissional, que a cirurgia deveria ser "limpa".

Depois desse exame, retornei a minha ginecologista e lhe disse que em decorrência da minha atividade no mestrado, desejava adiar a cirurgia, pois sabia que o pós-operatório poderia me trazer algumas limitações. Então de 2006 até 2008, fizemos apenas exames de rotina e decidi, abandonar o tratamento hormonal, já que os miomas não tinham dado nenhum sinal de reagir ao medicamento.

Em junho de 2008 retornei a ginecologista e marcamos a cirurgia, por vários motivos. Aqui só posso revelar o fato de que já ia ao banheiro de 15 em 15 minutos e o maior tumor estava palpável no lado direito do baixo ventre. Comparativamente, estava com um volume abdominal, compatível com uma gestação de quatro meses. Sentia-me grande, inchada, minhas roupas estavas apertadíssimas e tinha dor durante a menstruação com perda sanguínea em abundância, mas não chegava a ficar menstruada mais do que estava acostumada. (ver FIG. 9. p.83).

Em 30 de junho de 2008 defendi a dissertação e em 14 de julho submeti-me a cirurgia. O que ora apresento é fruto da opinião da banca examinadora que avaliou o trabalho. Como passei de observadora a interlocutora, embora não tenha perdido o útero, a banca examinadora de minha dissertação opinou sobre a necessidade em relatar a experiência.

Inicialmente, esperava-se que eu retornasse as atividades em 15 dias, mas o meu corpo tinha seu próprio tempo. Fiquei lenta, tive reação a anestesia, muita dor no pós-operatório, prisão de ventre, andava em bloco, inclinada para frente. Todo o conhecimento da Fisioterapia foi importante, mas muito do que aprendi, em meu caso e apesar de eu ter me preparado para a cirurgia[56], não foi suficiente para permitir meu retorno imediato as atividades. Fiquei mais trinta dias afastada das atividades laborais. tentei retornar no prazo de quinze dias, mas o tipo de trabalho que exerço, como fisioterapeuta de um hospital de Urgência e Emergência,

[56] Submeti-me a todo tipo de procedimento fisioterapêutico pré cirúrgico, devido a facilidade de acesso aos recursos. Fiz exercícios para postura (Fisioterapia geral), exercícios para o períneo (Fisioterapia em saúde da mulher), drenagem linfática, mantive a prática esportiva , na época tinha atividade física três vezes por semana (pratico Karatê) e exercícios de alongamento.

lidando com crianças em leitos hospitalares, pequenos e baixos, impediu minha adaptação, pois ao me encurvar para desempenhar minha funções, sentia dores, tonteira e falta de ar.

Os dois principais sentimentos que desejo ressaltar em minha experiência, dizem respeito primeiro ao poder nas ciências da Saúde. 1. O profissional médico,tratou-me como se eu não tivesse maturidade para escolher o que era melhor para minha vida, não se importando se eu desejava ou não perder o útero. Ao mesmo tempo, as histórias das quais fui ouvinte, povoaram minha mente durante o período pré-operatório. Eu tinha conhecimento das situações que envolviam choque anafilático durante a cirurgia, que pode levar a lesão cerebral irreversível por falta de oxigenação ara as células do cérebro. Imperícias médicas que envolviam lesões na bexiga, uretra, intestinos, como foi a situação de Augusta, que afirma ter sua bexiga comprometida durante o procedimento cirúrgico o que não foi descartado ou provado o contrário. 2. O medo de perder o útero existia e a histerectomia nunca foi uma opção para mim, pois para mim, o útero está ligado a uma representação da maternidade. Eu pensava que com o útero, mesmo com três miomas, ainda havia possibilidade de engravidar, mas sem útero, essa possibilidade desaparecia.

Esse foi um dos meus principais “medos”. De que ao realizar a cirurgia, a médica descobrisse que era impossível manter o útero e tivesse que transformar a miomectomia em uma histerectomia. Minha ginecologista é uma profissional muito competente, que possui uma característica marcante no meio dos profissionais de saúde: gosta do que faz, ou antes esse é a minha interpretação do que vi e vivi. Fui muito bem tratada por ela, que diferente do profissional que realizou o exame de ultra-som transvaginal, nunca cogitou a possibilidade de remover meu útero, pois eu sempre verbalizei para ela que essa não era uma possibilidade para mim. Uma outra situação que me deixava ansiosa, dizia respeito ais efeitos da anestesia, pois possuo histórico de alergia a medicamentos. Isso me levava a evitar todo tipo de intervenção cirúrgica.

Mas o pós-operatório, embora tenha sido um pouco conturbado, devido limitações do meu corpo, transcorreu de forma satisfatória e ainda me encontro em processo de recuperação, pois a cicatriz cirúrgica ainda possui áreas de aderências – locais onde os tecidos estão

FIGURA 12.- MIOMAS : PEÇA CIRÚGICA EMBALADA PARA HISTOPATOLÓGICO

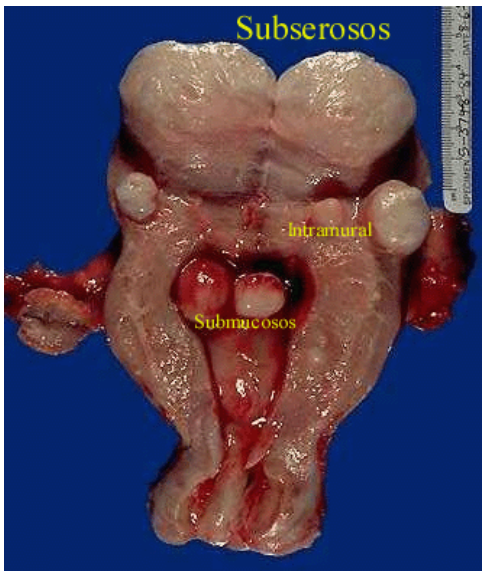
“Mioma” é o termo pelo qual são conhecidos os tumores de origem “benigna” que acometem as fibras musculares do útero, ou o MIOMÉTRIO. Esse tipo de tumor é muito comum na população feminina brasileira, com ênfase à população afro-descendente, de acordo com dados do Ministério da Saúde (Portal da Saúde). Na imagem abaixo, podem ser vistos três tumores, sendo o maior o que comprimia a minha bexiga e me causava transtornos miccionais. obrigando-me a urinar constantemente. As imagens forma colhidas antes do material ser encaminhado ao laboratório para uma exame histopatológico. Que confirmou tratar-se de Leiomiomatose Uterina (denominação usada nas Ciências da Saúde para os “miomas”). Essas fotos foram realizadas por mim, algumas horas após meu retorno da sala de cirurgia, por isso a falta de nitidez (1,2,3). 4. Foto de uma peça cirúrgica, com retirada total do útero (histerectomia) devido presença de miomas (disponível em http://www.uv.es/jjsanton/mioma.htm), utilizada aqui para facilitar comparação com os miomas que foram retirados durante a minha cirurgia.
FONTE: Autora. Julho 2008.

1

2

3

4



colados e a mobilidade está diminuída entre a pele, os músculos, a gordura e o próprio corpo do útero.

Considerando os termos que surgiram nesse trabalho como: “ocas”, “costuradas” e “cortadas” e como aprendiz de antropóloga, devo registrar que o medo de ficar “oca” não me preocupava, pois estava muito bem definida a forma como uma hsiterectomia é realizada. E por saber que na cavidade abdominal, não existe espaço que não seja preenchido pelo órgãos remanescentes, ou seja, que ao se retirar um órgão, os demais, conforme o tempo passa e a cicatrização interna acontece, irão ocupar o espaço deixado pelo órgão retirado. meu problema, dizia respeito a ser cortada e costurada, pois tinha noção de que os cortes deixavam seqüelas e que a costura também, como de fato ocorreu.

A percepção de que alguém colocou as mãos dentro do meu corpo . E que como me disse minha médica, foi feita uma investigação através do toque e da visualização de todos os meus órgãos reprodutivos: útero, trompas, ovários, parede vaginal, além das alças intestinas e da bexiga, deixou-me um pouco, ou antes muito, “incomodada”, porque sabia pela experiência com outras mulheres, que a dor pós-operatória ocorre nesses casos. Também como fisioterapeuta da área da Fisioterapia em Saúde da Mulher, sei das implicações que uma cirurgia que mexe com a pelve pode trazer para alguém, principalmente nesses casos, a saber: presença de gases, dores no ferimento operatório, respiração superficial para fugir da dor, dificuldade ao tossir, ao defecar, ao espirrar, ao andar, ao mudar de postura na cama, entre outras situações.

Não tive nenhum tipo de infecção, mas algumas das mulheres co as quais convivi durante o exercício da fisioterapia no período de 2004 a 2008 apresentavam essa complicação.

6 CONCLUSÃO: AQUI COMEÇA TUDO DE NOVO

> finalmente, você poderia [...]dar meia-volta, olhar na direção oposta e pensar- aqui começa tudo de novo. A última alternativa parece a mais simples. De fato não o é. Todos os fins trazem, implícito e embutido, um começo. Só que para reconhecê-lo, é preciso dar uma virada completa com a cabeça. (DOS SANTOS. 1980. p. 37)

Agora que chegou a hora de dar a virada completa de cabeça, ou pelo menos de tentar fazê-la por assim dizer, não posso deixar de me identificar com Fernando Braga da Costa, pois ele relata ao falar de seu trabalho sobre invisibilidade social, sobre as dificuldades que teve em "digerir" suas experiências durante a execução e reflexão sobre as experiências no período em que esteve engajado na observação participante como gari (GUIMA 2003).

Ele se envolveu no trabalho inicialmente motivado por uma percepção que o levou a mudar o rumo de sua pesquisa quando a vivência do campo proporcionou a percepção de que estava diante de uma situação além do que esperava. Ele relata que a produção do trabalho escrito foi regada a muita emoção e porque não dizer lágrimas. Por motivos diferentes do dele, mas com igual intensidade, preciso registrar o quanto foi trabalhoso e oneroso para mim fazer essa "viagem", tendo como referência alguns marcos celestiais e uma mar bastante agitado pela frente.

Como fisioterapeuta, deparei-me com a estupenda descoberta que o evolucionismo como muitas vezes se estuda nas Ciências da Saúde, pode embotar a mente do pesquisador oriundo dessa área. Falo por mim, que redescobri na desconstrução e reconstrução de minhas observações como profissional da saúde, através das lentes da Antropologia, novos horizontes, não menos amedrontadores, mas incrivelmente promissores e instigantes.

Como não registrar que a partir de minha experiência nas Ciências Sociais minha percepção profissional mudou. As características desse trabalho que nasceu de uma genuína curiosidade sobre como as mulheres encaravam seus corpos mediante o processo de intervenção dos profissionais das ciências da saúde, no caso específico, cirurgias que chamo neste trabalho de cirurgias ginecológicas, proporcionou uma percepção de como esse processo tem marcos históricos e culturais que estão sendo estudados por outros pesquisadores, com a formação nas Ciências da Saúde, como é o caso de Elisabeth Meloni Vieira, em seu trabalho A Medicalização do Corpo Feminino.

A eleição do espaço hospitalar como ponto de partida para o trabalho de campo, terminou por me lançar em outras fronteiras, pois inicialmente o que deveria ser um trabalho

de campo restrito as dependências da Santa Casa de Misericórdia, apresentou-se com outras necessidades, entre elas a de conversar com as interlocutoras fora do âmbito hospitalar.

A Santa Casa é um espaço de socialização bastante diversificado, tanto as pessoas que transitam no hospital como usuários quanto os profissionais, tem profunda relação com a instituição, que no momento passa por questionamentos na mídia regional, nacional e até internacional, decorrentes de mortes de bebês nas unidades de assistências especializadas em atendimento infantil (neonatologia e pediatria), mas nem por isso a Santa Casa deixa de ser o hospital que as mulheres procuram para tratar seus "males" e ao andar pelos corredores da instituição, encontro depoimentos de usuárias publicados pela ouvidoria, agradecendo o atendimento e a presteza dos serviços. Quando comecei a desenvolver a pesquisa de campo oficialmente no ano de 2007, com a devida autorização do Comitê de Ética da FSCM, a Enfermaria Santa Maria I e a Santa Maria II , estavam localizadas na ala norte do hospital e contava com cerca de vinte e dez leitos respectivamente. Depois das complicações que ocorreram na UTI neonatal em 2008, foi efetuado remanejamento de setores e a Santa Maria I e II, foram fundidas e contam com cerca de 10 leitos. Outro fator são as reinvidicações salariais que ocorrem freqüentemente, gerando greves, o que também está sendo constantemente noticiado pelos meios de comunicação e que direta ou indiretamente influencia na internação e na realização de cirurgias classificadas como eletivas (cirugias programadas, que são diferentes das cirurgias de urgência e emergência ,nesses casos há risco de vida). Tendo terminado o trabalho de campo efetivo em 2007, continuei em minhas atividades como docente da UEPA pelo ano de 2008 e foi isso que observei ao conviver com as pessoas no ambiente da Santa Casa.

Minha busca por novas lentes através da antropologia para olhar o corpo humano e enfaticamente, o corpo feminino, foi bastante esclarecedora, principalmente para ampliar minha atuação como profissional de saúde e como docente. Os trabalhos que subsidiaram minha dissertação quanto ao enfoque do corpo feminino, proporcionaram reflexões sobre as percepções que as mulheres tem sobre seu corpo, mostrando que cada pessoa possui suas próprias interpretações e lentes para lidar com as situações que ocorrem em sua vida, assim como os profissionais estão mergulhados em todo um processo de vivência do estudo do corpo feminino. No aspecto da visão dos profissionais ressalto os trabalhos de Vieira (2002) e Martins (2004) ambos voltados para o corpo feminino e sua relação com a medicina. Embora os dois trabalhos citados tratem da ótica médica, por assim dizer, profissionais da enfermagem e da fisioterapia, profissões que surgem conjuntamente ou a partir da medicina, também acompanham essa percepção do corpo feminino.

Como profissional fisioterapeuta e aprendiz de antropóloga, passei a perceber de forma diferenciadas minhas próprias falas e a de meus colegas da área da saúde, assim como, percebo hoje, melhor do que antes do curso de mestrado e antropologia, as falas das pessoas com quem estou convivendo em meu cotidiano como fisioterapeuta. Gostaria de frisar nessa 'virada de cabeça', que nunca tive a pretensão de me tornar antropóloga, mas busquei novas fronteiras para o desempenho de minhas funções profissionais, seja como fisioterapeuta ou como professora. Isso certamente está acontecendo, com licença de minha orientadora, professora. Maria Angélica Motta-Maués e sem a intenção de reificar a dor, mas de forma dolorosa e lenta, porque a descoberta que as ciências da Saúde foram moldadas a partir de teorias que reforçam o padrão da existência de pessoas com menor capacidade que outras e que a misoginia se encontra no nascimento da medicina como a conhecemos hoje, explica muitas das coisas que vivenciei durante meus dezenove anos de exercício profissional, mas na mesma medida, aumenta a necessidade de buscar novas lentes para seguir a busca.

Mulheres "cortadas", "costuradas" e "ocas" são expressões que tem muito a ver com a forma como o corpo feminino vem sendo encarado, não hoje, mas como encontrei em Del Priore (2000) desde a colonização.

O medo e a dificuldade de comunicação apareceram nas interlocuções tanto quando as mulheres falaram, quanto quando as profissionais de saúde falavam sobre as mulheres e desde agosto de 2004.

A busca por solução de "problemas" relacionados a órgãos aqui denominados como "femininos" leva mulheres a serem submetidas a cirurgias, que por vezes são um sucesso, por outras vezes podem acarretar mais sofrimento.

O corpo feminino, tão estudado nas Ciências Sociais hoje, assim como nas Ciências da Saúde , mais especialmente o corpo feminino ocidental, tem sido moldado por pressões de toda ordem e essas moldagens se refletem nas interlocuções que permeiam esse trabalho.

A perda de órgãos ou antes a retirada de órgãos pode ser benéfica quando a situação da mulher atinge níveis de "dor" e "sofrimento" que dificultam a percepção de saídas outras, talvez menos "radicais". O poder "médico", ou antes o poder do profissional de saúde, como foi e ainda está se estabelecendo, pode gerar benefícios, mas também situações de risco e de "malefício" , como o caso de Augusta, e Conceição emblemáticos para meu trabalho, pois o ato desempenhado pelo médico, ou antes pela equipe de saúde, segundo a "interpretação" das mulheres que passaram pela experiência, as deixou "magoadas", "feridas" e "desesperançadas" .

E nesse ponto, volto a afirmar que minha identidade de fisioterapeuta muito se beneficiou com o desenvolvimento desse trabalho uma vez que as lentes da antropologia continuam me auxiliando na busca por um “estranhamento” do meu exercício profissional.

BIBLIOGRAFIA

ADORNO, Rubem, CASTRO, Ana L, FARIA, Mara, ZIONI, Fabíola. *"Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano.* In ALVES, Paulo César, MYNAYO, Maria Cecília. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.174p.

BARACHO, Elza. *Fisioterapia aplicada à Obstetrícia: aspectos de Ginecologia e Neonatologia.* 3ª.ed.- Minas Gerais: MEDSI, 2002.547p.

BELTRÃO, Jane Felipe. Mulheres da Castanha: em estudo sobre trabalho e corpo In BRUSCHINI, Maria Cristina e ROSEMBERG, Fúlvia (org). Trabalhadoras do Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BORDALLO, Alípio Augusto Barbosa. A Misericórdia Paraense: Ontem e hoje. Belém: Sagrada Família. 2000.99 p.

DA MATTA, Roberto. O Ofício de Etnólogo, ou como Ter "Anthropological Blues". In NUNES, Edson de Oliveira. A Aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahan editores. 1978. 331p.

DEL PRIORE, Mary. Ao sul do corpo-condições femininas maternidades e mentalidades no Brasil Colônia- Rio de Janeiro:José Olympio;Brasília,DF:Edunb,1993.

_____. Corpo a corpo com a mulher: uma pequena história do corpo feminino no Brasil. São Paulo, editora SENAC, São Paulo. 2000. – (Série Ponto Futuro; 2).

_____. História de Mulheres no Brasil. 7ª. ed. São Paulo:Contexto. 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. A Construção do projeto de Pesquisa. In MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 1994.

DOS SANTOS, Celso Nelson Ferreira. Como e quando pode um arquiteto virar antropólogo? in VELHO, Gilberto (coord). O desafio da cidade: novas perspectivas da antropologia brasileira. Editora Campus: Rio de Janeiro. 1980.

EPISIOTOMIA – figura disponível em:
http://www.kentri.org/body.cfm?id=199&chunkiid=103889 acesso em 13/12/2007
http://www.mamaminha.com/paginas/episiotomia.html acesso em 14/12/2007

FAGUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, June 1991 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Dec. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X1991000200003.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 18a. ed. .Rio de Janeiro: Edições Graal,(1988). 2007.

_____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 23ª. edição. (1979).

FOX, Edward, BOWERS, Richard, FOSS, Merle. *Bases Fisiológicas da Educação Física e dos Desportos.* 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1991. 518p.

GOLDENBERG, Mirian et col. *Nu & Vestido: Dez Antropólogos revelam a Cultura do Corpo Carioca.* Rio de Janeiro: Record. 2002.415p.

GOLDENBERG,Mirian e RAMOS, Marcelo S. A civilização das formas: o corpo como valor In: GOLDENBERG, Mirian et col. *Nu & Vestido: Dez Antropólogos revelam a Cultura do Corpo Carioca.* Rio de Janeiro: Record. 2002.415p.

GUIMA, Daniela. Fernando Braga da Costa. 2003. Disponível em http://www.responsabilidadesocial.com/article/article_view.php?id=233 Acesso em 17 11 2008 17:21

IBANES-NOVION, Martin, IBANEZ- NOVION, Olga e SERRA,Orped. O anatomista Popular. Anuário Antropológico. 77. Rio de Janeiro. 1978.

JULIÃO, Maria Romélia Silva. Donas da história : relações raciais, gêneros e mobilidade social em Belém / Maria Romélia Silva Julião ; orientador, Maria Angelica Motta-Maués. Universidade Federal do Pará. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Antropologia. Mestrado em Antropologia. Belém : [s.n.], 2000. 175 f.

LEAL, Ondina Fachel et col. *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.* 2ª. ed. – Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 2001.466p.

LEAL, Ondina Fachel. *Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas (15)* In LEAL, Ondina Fachel. *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.* 2ª. ed. – Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 2001. 466p.

LEÃO, Estela Maria , MARINHO, Lílian Fátima Barbosa. Saúde das Mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. Acesso em 18 11 2008 disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf

MACY, Christopher e FLAKER, Frank. Gravidez e parto: prazeres e problemas. São Paulo: Abril S.A. 1979.128 p.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2004. 288p. ilus (Coleção História e Saúde)

MIOMA UTERINO.Disponível em http://www.uv.es/jjsanton/mioma.htm. Acesso em 11.03.2009.

MOOR, Fred, PETERSON, Stella, MANWELL, Ethel, NOBLE, Mary e MUENCH, Gestrud. Manual de Hidroterapia e Massagem. 2ª. edição. Santo André – SP: Casa Publicadora Brasileira, 1968. 227p.

MOTTA- MAUÉS, Maria Angélica. *Trabalhadeiras & Camarados: relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica.* Belém: UFPA, 1993 [1977]. 228p.

_____. *"Lugar de mulher": representações sobre sexo e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará).* In ALVES, Paulo César, MYNAYO, Maria Cecília. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.174p.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica e MAUÉS, Heraldo. Hábitos e crenças alimentares numa comunidade de pesca. Relatório apresentado à FINEP, Brasília, 1976.

NETTER, Frank H.Atlas de anatomia humana. 3. ed. Porto Alegre, RS : Artes Médicas, 2004. 542, [48] p.

NOVAK, Edmund R. Novak : tratado de ginecologia. 9. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1977. 665 p.

PORTAL DA SAÚDE . http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835. Acesso em 17/05/2008.

PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fatores Biológicos ou Genéticos acesso em 18 11 2008 disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23264

RODRIGUES, José Carlos. Tabu do Corpo. 7ª. ed., rev.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2006.

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, Oct. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01044230200500050018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0104-42302005000500018.

SMITH, Roger. P. Ginecologia e Obstetrícia de Netter. Porto Alegre: Artemed, 2004.

VIANA, Arthur. A Santa Casa de Misericórdia Paraense, Notícia Histórica 1650-1902. 1ª. edição – Typhographia de Alfredo Augusto da Silva, pará 1902 – 2ª. edição – GRAFICENTRO / CEJUP, Belém 1992.

VÍCTORA, Ceres G. *As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos(75)* In LEAL, Ondina Fachel. *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.* 2ª. ed. – Porto Alegre, Ed. Universidade/ UFRGS, 2001.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do Corpo feminino. Rio de Janeiro – Editora FIOCRUZ. 2002. 84 p.

VELHO,Gilberto. Observando o familiar. in NUNES, Edson de Oliveira (org) . A Aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahan editores. 1978. 331p

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de Entrevista

Para a equipe de enfermagem

1. Fale um pouco de sua história (nome, idade, nível escolar, estado civil, etc...)
2. Como se interessou em trabalhar com enfermagem?
3. Quando você começou a trabalhar na Santa Casa e porque?
4. Como veio trabalhar na enfermaria Santa Maria?
5. Como é sua rotina na Santa Maria? Trabalha em mais algum local?
6. Como se sente ao final do plantão?
7. Como você vê seu corpo quando está trabalhando? Como o vê fora do ambiente de trabalho?
8. Como você encara as situações das mulheres que você atende?

Para a mulher submetida a procedimento (s) cirúrgico (s) que resultou (aram) em perda de órgãos pélvicos ou em correção de problemas ginecológicos:

1. Fale um pouco de sua história (nome, idade, nível escolar, estado civil, etc...)
2. Quando você teve contato com a Santa Casa e porque?
3. Que tipo de doença levou você a cirurgia ?
4. Como era sua vida antes da cirurgia?
5. Como foi o processo cirúrgico pra você?
6. O que mudou em sua vida depois da cirurgia?
7. Como você está hoje?
8. Como você vê seu corpo hoje?

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE APROVAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão de Ética em Pesquisa analisou no dia 10 de agosto de 2007 o projeto de pesquisa intitulado **"MULHERES E SAÚDE: FORMAS DE PERCEPÇÃO SOBRE O CORPO FEMININO NUMA ENFERMARIA PARA MULHERES"** de autoria da Fisioterapeuta Mestre LILIAN ROSE DE SOUSA MASCARENHAS, orientada pela Profª. Doutora MARIA ANGELA MOTTA MAUÉS, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê–lo, nesta Instituição.

Belém, 28 de agosto de 2007.

Informo ainda, que V. As. Deverá apresentar relatório semestral (previsto para 02/01/08), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII.13.d. da Resolução n° 196/96 – CNS / MS).

Atenciosamente,

Simone R. S. Silva Conde

Dra. Simone Conde

Coordenadora do CEP