



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista
Latinoamericana

E-ISSN: 1984-6487

mariaglugones@gmail.com

Centro Latino-Americano em Sexualidade
e Direitos Humanos
Brasil

Buzzo Feltrin, Rebeca; Velho, Lea

Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-
escola brasileiro

Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 22, abril, 2016, pp. 148-
174

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293345349007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 22 - abr. / abr. / apr. 2016 - pp.148-174 / Feltrin, R. & Velho, L. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro

Rebeca Buzzo Feltrin

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Geociências
Departamento de Política Científica e Tecnológica
Campinas - SP, Brasil

> rebecafeltrin@gmail.com

Lea Velho

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Geociências
Departamento de Política Científica e Tecnológica
Campinas - SP, Brasil

> velho@ige.unicamp.br

Copyright © 2016 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: O pensamento científico sobre o corpo da mulher sofreu várias modificações no decorrer do tempo. Isto ocorre porque a biologia interage com a história e a cultura para produzir uma experiência única sobre a saúde. No caso específico da menopausa, ela deixou de ser entendida como uma ocorrência natural do processo de envelhecimento da mulher e passou a ser vista como uma doença que requer intervenção médica e farmacêutica. Este artigo analisa como esta nova perspectiva sobre a menopausa aparece no contexto de atendimento do Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM. Buscou-se em particular conhecer as narrativas das mulheres atendidas em função da menopausa e identificar a influência do modelo médico-científico vigente em tais narrativas. A análise se baseia em material coletado no hospital-escola durante o período de setembro de 2009 a outubro de 2010, abrangendo observações no Ambulatório de Menopausa e dos materiais informativos que lá são distribuídos, entrevistas com mulheres e profissionais de saúde, além do acompanhamento do grupo de apoio psicológico oferecido no local. São apresentadas evidências da construção do conhecimento médico-científico sobre a menopausa a partir de um padrão “masculino” de normalidade, que representa o corpo feminino como doente e inferior.

Palavras-chave: construção social da ciência, medicalização, representações, menopausa, corpo da mulher.

**Representaciones del cuerpo femenino en la menopausia:
estudio etnográfico en un hospital-escuela brasileño**

Resumen: El pensamiento científico sobre el cuerpo de la mujer sufrió varias modificaciones a lo largo del tiempo. Esto ocurre porque la biología interactúa con la historia y la cultura para producir una experiencia única sobre la salud. En el caso específico de la menopausia, la misma dejó de ser entendida como un evento natural del proceso de envejecimiento de la mujer y pasó a ser vista como una enfermedad que requiere intervención médica y farmacéutica. Este artículo analiza cómo esta nueva perspectiva sobre la menopausia aparece en el contexto de atención de la Clínica de Menopausia del Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer - CAISM. Se buscó conocer en particular las narrativas de las mujeres atendidas en función de la menopausia e identificar la influencia del modelo médico-científico vigente en tales narrativas. El análisis se basa en material recolectado en el hospital-escuela entre septiembre de 2009 y octubre de 2010 a partir de observaciones en la Clínica, materiales informativos allí distribuidos, entrevistas con mujeres y profesionales de la salud, y acompañamiento del grupo de apoyo psicológico allí ofrecido. Se presentan evidencias de la construcción del conocimiento médico-científico sobre la menopausia a partir de un patrón “masculino” de normalidad, que representa el cuerpo femenino como enfermo e inferior.

Palabras clave: construcción social de la ciencia; medicalización; representaciones; menopausia; cuerpo de la mujer.

**Representations of the female body in menopause:
ethnographic study in a Brazilian university hospital**

Abstract: Scientific thinking about the woman body has changed over time, as a result of the strong link between biology, history, and culture. In the specific case of menopause, its definition has moved from a natural occurrence of the aging process to a disease that needs medical and pharmaceutical intervention. This paper analyzes how this new perspective on menopause appears in the context of the Menopause Outpatient Facility at the Center for Women's Integral Care - CAISM. In particular, it explores the narratives of the women about menopause, and attempts to identify the role of the medical-scientific discourse on such narratives. The analysis is based on material collected at the university hospital between Septem-

ber 2009 and October 2010, including field observations, informative materials, interviews with women and health professionals, and participation in a psychologic support group. Evidence is provided that current medical knowledge constructs menopause from a standard of 'masculine' normalcy, and represents the female body as sick and in need of control.

Keywords: social construction of science; medicalization; representations; menopause; female body.

Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro

Introdução

O pensamento científico sobre o corpo da mulher sofreu várias modificações no decorrer do tempo, e foi construído em íntima relação com o contexto histórico e cultural (MacPherson, 1981; Martin, 1992; Bell, 1995; Lorber & Moore, 2002). No caso específico da menopausa, alguns estudos relatam historicamente como a visão predominante sobre essa ocorrência mudou desde o século XIX até os dias de hoje sob a influência das estruturas e das instituições sociais (MacPerson, 1981; Oudshoorn, 1994). Argumenta-se que, no decorrer do tempo, a menopausa deixou de ser vista como uma fase natural da vida reprodutiva da mulher, tornando-se não apenas um marcador da velhice, mas principalmente uma doença que necessita de intervenção médica e farmacêutica (MacPerson, 1981; Oudshoorn, 1994; Utz, 2011).

Esse processo de transformação do conceito de menopausa é atribuído a uma série de atores sociais, entre os quais se destacam os ginecologistas e os psiquiatras que buscavam aumentar sua hegemonia no controle da saúde da mulher (MacPerson, 1981); a indústria farmacêutica, que preconizava a necessidade de hormônios a serem consumidos pelo resto da vida e, assim, construir um enorme e constante nicho de mercado (Oudshoorn, 1994); pelas agências reguladoras, como o FDA nos Estados Unidos, que prontamente incorporaram o discurso médico sobre a menopausa (MacPherson, 1981); e pela mídia (Klein & Dumble, 1994; Utz, 2011). Como resultado desse processo, nos dias de hoje, pelo menos no mundo ocidental industrializado, a menopausa é apresentada como um estado físico em que mulheres se sentem frequentemente deprimidas, irritadiças, confusas, cansadas, insônes, com ossos frágeis, sem libido e oprimidas por calores e ondas de suor noturno. Tais sintomas fazem parte do discurso médico-científico sobre a menopausa (Bell, 2005). Apesar da hegemonia deste discurso, vários estudos têm apontado que as mulheres vivenciam a menopausa de modos muito diferentes e variados, dependendo de suas características pessoais e do contexto cultural, social e histórico em que elas se inserem na meia-idade (Utz, 2011). Com base nisso, é importante investigar em que medida o discurso médico-científico é “imposto” às mulheres e em que medida a vivência das mulheres na menopausa se aproxima ou se afasta de tal modelo.

Este artigo trata especificamente da relação entre o discurso médico-científico e a narrativa das mulheres atendidas por um serviço especializado em menopausa – o Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ligado ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Por um lado, o estudo identifica e analisa as representações sobre o corpo da mulher na menopausa que aparecem no contexto de atendimento a partir do discurso dos profissionais de saúde (médicos, estudantes de medicina, psicólogos) e de ilustrações informativas às usuárias que circulam no local. Por outro lado, ele identifica e analisa as narrativas sobre a menopausa das mulheres atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM. Buscou-se identificar se as mulheres construíam um discurso alternativo ao do modelo médico-científico apresentado pelos profissionais de saúde e pelos materiais informativos preparados por estes. Em outras palavras, os discursos dos profissionais da saúde (enquanto *experts*) e os das mulheres (consideradas “leigas”) sobre a menopausa eram distintos entre si ou apresentavam pontos convergentes? No caso de divergência, os profissionais buscavam “impor” às mulheres o seu conceito de menopausa, de sintomas associados e de formas de tratamento?

O material empírico para este estudo foi coletado durante pesquisa desenvolvida no Ambulatório de Menopausa entre setembro de 2009 e outubro de 2010. A pesquisa abrangeu 28 entrevistas detalhadas com mulheres frequentadoras do Ambulatório, 15 entrevistas com residentes de ginecologia e alunos de graduação em medicina que prestavam atendimento no local, além de 64 sessões de observação durante consultas ginecológicas com entrevistas complementares.

Acompanharam-se ainda as reuniões semanais do grupo de psicologia que prestava atendimento às mulheres na menopausa (envolvendo 10 mulheres), parte importante do serviço oferecido pelo Ambulatório. Devido à importante função do grupo de psicologia em “ensinar” às mulheres a “verdade” sobre seus corpos, ou seja, de buscar substituir seus “mitos populares” ligados à menopausa por conhecimentos médicos-científicos, o material coletado durante as sessões do grupo se tornou o foco principal de análise do artigo.

No total, a pesquisa envolveu 99 mulheres voluntárias – todas as entrevistas, observações de consultas e sessões de psicologia foram gravadas com a devida autorização dos envolvidos após leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a participação no grupo de psicologia foram realizadas entrevistas individuais e coletivas com as mulheres, com o objetivo de complementar e/ou esclarecer questões discutidas durante as sessões. Além disso, foi aplicado um questionário socioeconômico a todas as voluntárias da pesquisa, para auxiliar no entendimento do universo dessas mulheres e compreender melhor suas posições em face de diversos temas, como divórcio, relações de gênero, tra-

lho, relações familiares, além de questões relacionadas ao seu corpo (menstruação, gravidez, sexualidade e menopausa).

A primeira seção deste artigo apresenta uma discussão alinhada aos estudos feministas sobre o modo como o corpo feminino tem sido representado nas ciências médicas. Em seguida, discutem-se como essas representações médicas sobre a menopausa circulavam no Ambulatório de Menopausa através dos discursos de seus profissionais e como eram reforçadas por meio de cartazes e folhetos expostos no local. Por fim, apresentam-se as narrativas das mulheres atendidas no local sobre o próprio corpo e as negociações de significados atribuídos à menopausa durante as sessões de psicologia.

O corpo feminino no discurso médico-científico

No início dos anos 80, o corpo feminino começou a ganhar maior destaque nos trabalhos feministas, problematizando-se a ideia de um corpo imutável e universal. Esses estudos mostravam como nossas percepções do corpo não são fixas, sendo sempre sujeitas ao contexto histórico e cultural. Assim, não existiria uma “verdade” imediata sobre o corpo natural, mas sim percepções e interpretações do corpo mediadas pela linguagem. Nas sociedades ocidentais industriais, as ciências biomédicas se encarregavam de tal linguagem e proviam a “visão oficial” sobre o corpo (Oudshoorn, 1994).

A descrição do corpo feminino pela ciência traz as marcas culturais de sua época, envolvendo a diferenciação de sexo, gênero e hierarquias de poder. Tais imagens culturais projetadas nas ciências médicas ganham legitimidade e tornam-se “naturais”, sendo incorporadas às nossas convenções sociais sobre gênero (Bell, 1995). Diversos estudos no campo da medicina, especialmente estudos sobre reprodução humana e anatomia, quando observados de uma perspectiva de gênero, apresentam o feminino como subordinado ao masculino.

No final do período iluminista, por exemplo, a ciência médica deixou de considerar o orgasmo feminino como relevante para a concepção; contudo, ninguém ousou contestar a existência do prazer masculino ou mesmo de uma possível ausência do orgasmo antes da ejaculação durante o ato sexual. A “constatação” pela ciência médica de que o prazer feminino era irrelevante na concepção abriu um espaço no qual a natureza sexual da mulher podia ser amplamente questionada, reconstruída ou negada (Laqueur, 2001).

O conhecimento biomédico ocidental transformou o corpo em partes fragmentadas, possibilitando sua manipulação como um objeto do trabalho científico (Sharp, 2000 *apud* Rice, 2008). Nessa fragmentação, o corpo feminino passou a

ser problematizado em todos os níveis, desde o nível cromossômico e celular até o fisiológico, anatômico ou comportamental. Os espermatozoides, por exemplo, são frequentemente descritos como ativos, exploradores, penetrantes e competidores entre si, ao contrário do óvulo, que é apresentado como transportado passivamente, empurrado ao longo das trompas de Falópio, lento e à espera para ser penetrado. Mesmo que diversos estudos tenham demonstrado que essa penetração do espermatozoide é, na verdade, uma incorporação ou fusão das membranas do óvulo com o espermatozoide, na qual a contribuição do óvulo é muito maior dado o seu volume, muitos autores continuam utilizando o termo penetração e descrevem uma fantasiosa viagem do espermatozoide para fecundar o óvulo (Pulido, 2004).

No contexto do pensamento dualista ocidental há uma associação onipresente na história entre o masculino e o científico, a razão, a objetividade, o domínio do sujeito – características valorizadas em nossa sociedade e consideradas dominantes (Keller, 1991). Assim, resta ao feminino o extremo oposto, os domínios da natureza, da emoção, do senso comum, do objeto, características desqualificadoras e consideradas “passivas”. Há uma relação estreita entre objetividade, poder e dominação, atribuídos ao domínio masculino, desta forma, a dominação (controle) da natureza pela ciência pode ser vista como a dominação do feminino pelo masculino (Keller, 1991). Desta forma, a ciência construída a partir de uma visão masculina de mundo trata a mulher como um objeto a ser explorado, conhecido e, consequentemente, dominado.

No início do século XX, por exemplo, as ciências médicas reproduziram conceitos vinculados ao modelo de produção fordista – fruto direto da visão mecânica de conceber o funcionamento do mundo – ao tentar explicar os fenômenos do corpo humano. O tratamento dado pela ciência médica à pessoa como se fosse uma máquina pressupunha que o corpo poderia ser “consertado” através de manipulações mecânicas, ignorando os outros aspectos da vida humana, como suas emoções e relações com as outras pessoas (Martin, 2006).

Os estudos de Emily Martin (2006) revelaram como a medicina desse período recorria a metáforas claramente ligadas ao fordismo para explicar as funções do corpo da mulher. Nesta perspectiva, o corpo era entendido como um sistema de processamento de informações com uma estrutura hierárquica em que o cérebro estava plenamente no controle. Quando o controlador (cérebro) falhava, a capacidade do organismo em produzir ficava comprometida. Para a autora, se o corpo feminino era visto como uma estrutura hierárquica para fins de produção contínua, então a menopausa era encarada necessariamente como um estado problemático (patológico), visto que impossibilitava a mulher de gerar filhos, ou seja, acarretava uma “falha” na produção (Martin, 1992; Bell, 1995).

Desse modo, a autora argumenta que um corpo na menopausa era considerado “improdutivo”, já que o cérebro perdia o controle sobre os ovários, os folículos e

outros órgãos e, consequentemente, o corpo ficava incapacitado de reproduzir. Além disso, os ovários deixavam de produzir estrogênio suficiente, justificando a necessidade de uma terapia para “repor” a falta de hormônios causada por esse estado “patológico” (Martin, 2006). Não surpreendentemente, artigos científicos e livros médicos sobre a menopausa precoce durante o século XX estão repletos de imagens de funções falhas, atrofia, perturbação e declínio para ilustrar tal estado (Bell, 1995).

O uso dessas metáforas que tentam expressar alguma objetividade acaba por explicitar ainda mais o caráter cultural na descrição do corpo feminino pela medicina. As metáforas da visão mecanicista de mundo e do masculino como padrão de normalidade deram suporte à imagem do corpo da mulher como defeituoso e imperfeito, sendo dirigido por ciclos reprodutivos e “mecânicos” que necessitam constantemente de reparos para se manterem produtivos (Martin, 1992).

Ao refletirmos sobre a atual visão predominante acerca do corpo da mulher, percebemos que ela gira em torno da ideia de que as mulheres são governadas pelos hormônios sexuais, substâncias que, segundo esta visão, determinam o sexo e o gênero (Rohden, 2007). Considerando o discurso científico sobre uma “determinação biológica/hormonal” do comportamento da mulher, Fausto-Sterling (2001) argumenta:

Experimentos e modelos, descrevendo o papel dos hormônios no desenvolvimento de comportamentos sexuais em roedores, fornecem um paralelo sinistro para os debates culturais sobre os papéis e capacidades de homens e mulheres. Parece difícil evitar a ideia de que nosso próprio entendimento científico dos hormônios, do desenvolvimento do cérebro e do comportamento sexual é, da mesma forma, construído em contextos sociais e históricos específicos, e carrega suas marcas (Fausto-Sterling, 2001, p. 79).

Após a “descoberta” pela ciência dos hormônios sexuais, a concentração da feminilidade na mulher transferiu-se do campo físico para o químico. A feminilidade deixou de estar centrada no órgão sexual, no útero, ou mesmo no ovário, para estar presente na ação dos hormônios sexuais (Rohden, 2007).

Ao acompanharmos os “avanços” médicos no decorrer dos tempos, pudemos notar que as descobertas da biologia reprodutiva e da ciência médica em geral estiveram sempre em harmonia com as demandas da cultura, visto que a própria descrição do sexo é situacional e explicável apenas no contexto da luta envolvendo gênero e poder.

Ambulatório de Menopausa do CAISM/Unicamp

Em 1986, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) foi criado com o objetivo de prestar atendimento ambulatorial às mulheres em diversas

fases da vida, além de promover a formação de médicos e a realização de pesquisas em consonância com uma visão diferenciada de saúde da mulher (CAISM, 2001). O conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) desenvolvido no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) através de práticas de ensino, pesquisa e atendimento ambulatoriais foi considerado inovador por romper com o antigo sistema de saúde da mulher centrado apenas nas questões relativas à reprodução. Esse conceito defendia entender a mulher como um ser completo e não como um corpo composto por órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas (OSIS, 1998). Tal conceito ainda inspirou a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do governo federal, vigente até os dias de hoje. O CAISM pode ainda ser considerado um grande laboratório de testes de políticas públicas brasileiras na área de saúde da mulher, abrigando programas piloto antes de sua implementação nos Postos de Saúde da rede do SUS (Serviço Único de Saúde).

O CAISM oferece diversos ambulatórios específicos com equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais etc.) buscando contemplar todas as fases da vida da mulher, não somente aquelas ligadas à reprodução. Na menopausa, o CAISM oferece um ambulatório específico que presta atendimento às mulheres duas vezes por semana (às terças e quartas-feiras) no período da manhã, recebendo, em média, 80 mulheres por semana.

No Ambulatório de Menopausa, o atendimento é realizado por alunos do sexto ano de graduação em medicina (os “internos”) e por residentes de ginecologia – sendo três internos e um residente a cada semana. Os internos e os residentes contam com a orientação de seus professores (fixados em uma sala no piso superior do prédio do Ambulatório) antes de fazerem qualquer prescrição às pacientes.

O atendimento gratuito oferecido pelo CAISM é voltado às mulheres de Campinas e região, ou ainda de outras cidades ou estados brasileiros que não possuam infraestrutura adequada ao seu atendimento.

Ao analisarmos o perfil das mulheres atendidas no local e envolvidas na pesquisa, foi possível perceber que elas apresentavam características socioeconômicas muito próximas. A média da idade das voluntárias da pesquisa era de 57 anos, sendo incluídas as mulheres na menopausa em decorrência de fatores cirúrgicos (histerectomia) ou por causas naturais. Sobre a renda familiar dessas mulheres, a maioria (76 do total de 99) se encontrava na faixa de até três salários mínimos – dentre elas, 25 recebiam de um a dois salários mínimos. Considerando o grau de escolaridade, a maioria delas (43 mulheres) tinha o primeiro grau incompleto (até a 4^a série do ensino fundamental). Quanto à cor/raça das voluntárias da pesquisa, a grande maioria se autodeclarou branca (66 mulheres), embora muitas delas tivessem revelado dúvidas sobre sua cor. Foi recorrente o fato de muitas mulheres se

declararem “morenas” buscando esconder, atenuar ou mesmo negar qualquer raiz afrodescendente. Apenas nove mulheres se autodeclararam negras.

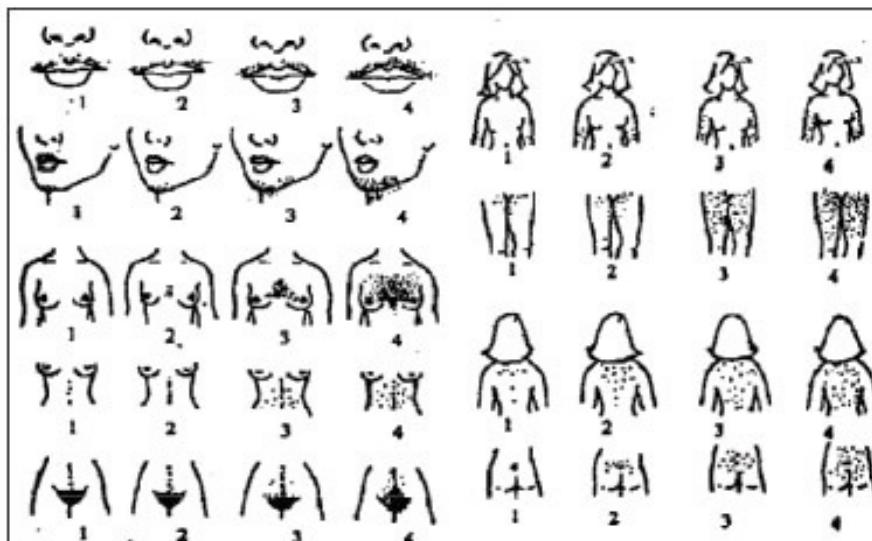
Esta informação sobre as características socioeconômicas similares das mulheres é importante porque, segundo a teoria “social group membership”, “a experiência autodeclarada de uma mulher sobre sua saúde é paralela às definições normativas adotadas pelo seu grupo social primário” (Utz, 2011, p. 144). Portanto, é de esperar que, na medida em que partilham características socioeconômicas, suas narrativas sobre a menopausa tendem a ser semelhantes.

Representações do corpo feminino dentro do Ambulatório de Menopausa

No Ambulatório de Menopausa, padrões de normalidade relacionados ao corpo da mulher em diversas fases da vida estampavam os folhetos pregados nos painéis de consultórios e corredores. Dentro do consultório médico, a disposição da mesa, as figuras no painel, a maca, os instrumentos médicos, o jaleco branco e os demais elementos visuais e materiais que compunham o ambiente serviam como suporte à pretensa objetividade e neutralidade do Ambulatório.

Havia um tipo de painel em todos os consultórios contendo diversas tabelas, lembretes, figuras, além de um quadro especialmente espantoso: tratava-se de uma ilustração sobre graus de hirsutismo (Figura 1), uma espécie de categorização da mulher de acordo com sua quantidade de pelos em partes específicas do corpo, resultantes de variação hormonal.

Figura 1 - Score semiquantitativo do grau de hirsutismo. Adaptação do modelo proposto por Ferriman e Gallwey (1961). Fonte: Spritzer, 2009



Segundo nossas concepções culturais sobre as diferenças entre homens e mulheres, o aspecto físico é usado como um importante marcador. A presença de pelos espalhados por todo o corpo, por exemplo, é considerada característica exclusivamente masculina, sendo o corpo feminino marcado pela ausência de pelos em diversas regiões. O desvio desse padrão associado ao feminino é visto como uma anomalia, como apresentado na figura acima. A ciência, que se pretende universal, acaba ignorando diferentes corpos e etnias na definição de seus padrões: o padrão não é apenas o corpo do homem, mas do homem branco euro-americano.

Modelos de “normalidade” ou “anormalidade” para padronização de corpos e comportamentos humanos foram (e ainda são) perseguidos pelas ciências biomédicas. As desigualdades culturais de gênero estão presentes no conteúdo da ciência construída *por* homens e *para* homens. Londa Schienbinger (2001) recorda que vários estudos omitiram as mulheres das pesquisas médicas básicas – aquelas fora da esfera reprodutiva – seja como pesquisadoras, seja como sujeitos de pesquisa. Os testes com drogas, por exemplo, são feitos em grande parte com homens, sendo os resultados projetados e baseados no peso e no metabolismo dos homens, generalizados para uso das mulheres (Schienbinger, 2001).

Na sala destinada às entrevistas dos estudantes de pós-graduação (a qual também foi utilizada durante esta pesquisa), outras tabelas chamavam a atenção: de uma constavam números que indicavam graus e limites de normalidade em diversos “distúrbios” de hormônios tireoidianos (Figura 2.a), e outra era para auxiliar o diagnóstico a partir desses resultados (Figura 2.b), apresentando uma interpretação pronta para os resultados dos exames e sua recomendação clínica:

Figura 2 – Tabelas para auxílio no diagnóstico

Registro PF ou NC	Resultado dos exames								Diagnóstico	Orientação para PACIENTE
	TSH	T3	T4	AT	AT%	receptor T3	TG	AGT		
44000	1,5	102	7,35	30,1	14,3	2,8	<20		Hipo TSH	
44096	1,2	112	7,74	13,3	7,2	2,7	<20		Hipo TSH	
44104	1,2	118	0,526	<10	6,7	2,9	<20		Hipo TSH	
44107	1,2	104	5,57	237,0	10,2	3	10,2	Hipo TSH AI	acompanhamento a cada 2 anos	
44111	1,5	140	0,741	208,0	5,4	2,8	5,4	DTA eu	Desar hormônios tireoide a cada 2 anos	
44118	1,3	155	1,83	11,7	5,4	2,8	<20		Tudo OK	
44129	1,4	110	2,97	461	12,9	2,7	12,9	DTA eu	Desar hormônios tireoide a cada 2 anos	
44142	1,2	174	1,79	21,2	4,2	3,6	4,2	DTA eu	Desar hormônios tireoide a cada 2 anos	
44181	1,1	105	1,67	10,5	12,8	2,5	<20		Tudo OK	
44194	1,4	132	1,03	127	5,4	3,2	<20	Hipo AT mED	Marcar consulta com ENDOCRINOLOGISTA	
44195	1,2	120	0,981	11,1	7,5	2,6	<20		Tudo OK	
44221	1,3	145	1,12	14,6	0,98	3,5	<20		Tudo OK	
44229	1,4	142	2,96	23,4	9,8	3,4	<20		Tudo OK	
44230	1,5	197	1,32	<10	3,7	3,4	<20		Tudo OK	
44235	1,3	117	1,75	<10	15	2,6	<20		Tudo OK	
44248	1	155	0,58	261	13,6	3,1	13,6	Hipo AT	Marcar consulta com ENDOCRINOLOGISTA	

a) limites quantitativos de normalidade/anormalidade para dosagem de hormônio tireoidiano;

Legenda	Diagnóstico	Interpretação	Recomendação clínica
Tulha-ON	Exato/Normal (sem doença da tireoide)	Hormônios normais e ausência de anticorpos anti-tireoidianos	Não há necessidade de avaliação adicional
Dosar hormônios, tireoide a cada ano	DTA - Doença tireoidiana auto-imune	Hormônios normais porém há anticorpos anti-tireoidianos circulantes. Maior chance de desenvolver disfunção tireoidiana ao longo dos anos.	Procurar o centro de saúde e fazer dosagem dos hormônios tireoidianos anualmente
Marcar consulta com ENDOCRINOLOGISTA	Hipotireoidismo (inclui hipotireoidismo, hipotireoidismo auto-imune e hipotireoidismo mesmo medicado)	Hormônios tireoidianos alterados. Quando auto-imune, com anticorpos anti-tireoidianos circulantes. As medicadas já tomam medicinação mas precisam ajustar a dose	Agendar consulta com endocrinologista (no centro de saúde, no convênio ou no Hospital das Clínicas) para avaliar necessidade de medicação ou ajuste de dose
	Hipotireoidismo		

b) auxílio no diagnóstico – interpretação dos resultados de exames clínicos e correspondente recomendação clínica

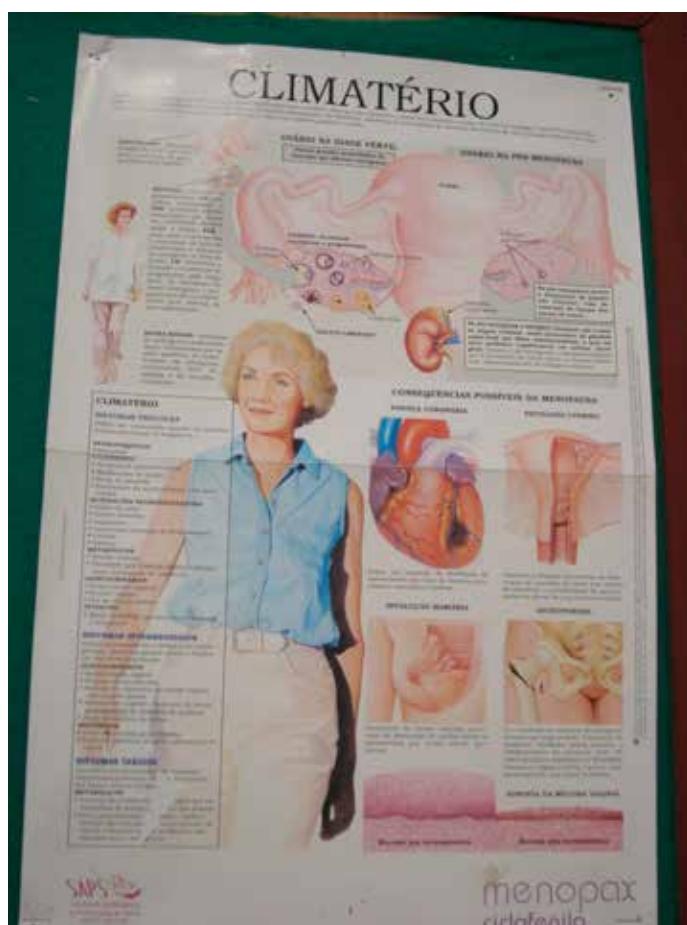
Durante a análise de um caso, o médico-aprendiz (residente ou estudante de medicina) buscava se afastar ao máximo de qualquer vestígio de “subjetividade” no seu julgamento. Para isso, ele se cercava de diversas ferramentas tecnológicas para a “objetivação” do diagnóstico, como imagens médicas, exames laboratoriais, além de uma infinidade de equipamentos eletrônicos. A seguir, os resultados eram confrontados com os padrões de normalidade previamente definidos a fim de identificar qualquer “desvio” que pudesse significar uma patologia. Mas como esses padrões de normalidade são definidos? No caso da menopausa, além da parada da menstruação, exames laboratoriais, como o de dosagem hormonal, poderiam “certificar” a baixa dos hormônios sexuais femininos e a chegada ao estágio menopausal, considerando valores preestabelecidos de normalidade. Assim, essa busca pela objetivação do corpo ou “cientifização” da medicina pode esconder ainda outra questão crucial: não seria o corpo humano complexo demais para ser representado por limites ou índices numéricos? A tecnologia aliada à medicina permitiu novas formas de ver e ouvir o corpo “objetivamente”, possibilitando, ao mesmo tempo, um maior controle do corpo e uma nova forma de produção de conhecimento (Rice, 2008).

Acredita-se que as ferramentas tecnológicas proporcionam um resultado mais objetivo e pouco suscetível a falhas quando comparado aos resultados de uma análise unicamente clínica. Entretanto, o resultado do exame não é gerado exclusivamente no laboratório, mas emerge como resultado dentro do consultório médico, visto que tal resultado depende da interpretação do médico.

Na sala de entrevistas havia ainda outra ilustração intrigante (Figura 3) – distribuída por uma companhia farmacêutica – que remetia mais uma vez à padronização dos corpos femininos. Um cartaz, desta vez sobre as mudanças ocorridas no

climatério, revelava a imagem de uma mulher com ampliações de algumas partes de seu corpo que “sofriam” as modificações da menopausa. Diversos “desequilíbrios” decorrentes da falta de hormônios na menopausa geravam “falhas” em diversos níveis do corpo da mulher.

Figura 3 – Ilustração sobre mudanças no corpo ocorridas no climatério



Diante dessas imagens é possível observar que ainda hoje os informativos e manuais médicos costumam descrever o corpo humano como um modelo simplificado, estilizado, como uma máquina que pode ser consertada (inspirada na visão mecanicista). No entanto, os corpos humanos exibem uma grande variação entre si – é comum que algumas diferenças na anatomia ou posicionamento dos órgãos sejam constatadas apenas durante uma cirurgia (Collins & Pinch, 2005).

Martin (2006) adverte ainda que ao percorrermos relatórios e manuais antigos de médicos sobre o corpo da mulher torna-se fácil identificarmos como estão permeados por pressupostos culturais de sua época e, por conta disso, rotularmos esse conhecimento como incorreto ou fantasioso (Martin, 2006). No entanto, é difícil acei-

tarmos que as ideias científicas da atualidade estejam ligadas a valores culturais, já que compartilhamos desses mesmos valores e tais teorias nos pareçam naturalizadas.

A medicina ocidental moderna se desdobrou em diversas especialidades com o objetivo de dar conta da complexidade do corpo humano, entretanto, isto fez com que o paciente passasse a ser visto como um objeto de investigação totalmente parce-lado. Houve uma desintegração do corpo, que passou a ser tratado separadamente de seu contexto e de forma segmentada. Durante diversas consultas no ambulatório foi possível presenciar a recusa de alguns médicos em escutar queixas das pacientes que supostamente não tivessem ligação direta com a menopausa, orientando as pacientes a se dirigirem ao “posto de saúde” e a se consultarem com um “clínico geral”.

Ironicamente, essa visão de parcelamento do corpo vai contra a própria filosofia do CAISM, que pretendia dar um atendimento integral à saúde da mu-lher – para além do tratamento estritamente biológico e reprodutivo. A filosofia que inspirou a criação de toda uma política pública de atendimento à mulher (o PAISM) se perdeu na prática cotidiana e, como um centro de referência, tais prá-ticas acabaram implicando também a implementação dessa política.

“Desmistificando a menopausa”: embate entre os discursos das mulheres e dos profissionais de saúde

Em meio aos depoimentos coletados das mulheres frequentadoras da clínica foi possível observar histórias de vida muito parecidas, talvez porque remetessem a um mesmo período e viesssem de famílias de uma mesma classe social, com pouco acesso à informação médico-científica. Nesse contexto, foi possível traçar diversas aproximações, já que as mulheres compartilhavam visões de mundo muito próxi-mas, o que se refletia diretamente em seus relatos.

Entretanto, dentro do consultório médico, as mulheres dificilmente expunham sua visão “nativa” sobre as funcionalidades do corpo quando eram questionadas pelos médicos, já que tentavam responder a essas questões de forma “correta”, isto é, nos moldes científicos. Naquele ambiente, as mulheres desempenhavam seu papel de “paciente” e isto muitas vezes limitava suas ações, seus questionamentos e suas respostas. Gieryn (2006) reflete que o lugar é normativo, visto que certos padrões de comportamento das pessoas respondem em parte aos lugares onde elas se encontram. Assim, as respostas das mulheres obedeciam ao ambiente – dentro daquele entorno, as mulheres se mostravam mais submissas, tinham receio de falar algo “errado” e muitas vezes respondiam o que era esperado pelos seus médicos, mas que não era exatamente o que elas faziam no cotidiano. Com frequência, as mulheres diziam nas entrevistas que haviam alterado em sua casa a ordem que

recebiam do médico no consultório, incluindo mudanças nas horas de tomar o medicamento, na dosagem, nos dias; outras vezes, adicionavam tratamentos “não médicos”, como chás, certos tipos de alimentos, embora não contestassem o tratamento passado na hora da consulta.

Se, por um lado, as mulheres pareciam submissas durante a consulta ao deixarem de lado sua interpretação da realidade e aceitarem a imposição científica do que era tido como verdade sobre o seu corpo, por outro, o fato de manterem suas ideias fora do consultório, buscando alternativas e evitando confrontar-se com o saber médico, era uma forma de proteger seu conhecimento sobre a questão, além de um meio de desafiar essa “verdade absoluta” da ciência.

Diante disso, foi durante as sessões do grupo de psicologia que se tornou possível entender com maior profundidade o universo dessas mulheres, visto que fora do consultório médico elas se sentiam mais à vontade para contarem sobre suas experiências e seus significados, compartilhando visões muito parecidas com as das outras mulheres frequentadoras do grupo.

Naquele contexto, as mulheres costumavam tirar suas dúvidas nas reuniões do grupo e, como se encontravam uma vez por semana, estabeleciam entre si uma relação de amizade e confiança, sentindo-se cada vez mais confortáveis para falar sobre suas vidas.

O próprio ambiente físico favorecia esse sentimento de conforto e relaxamento das mulheres. O arranjo da sala onde ocorriam as reuniões com o grupo era informal, oposto ao adotado no consultório médico. A sala de psicologia ficava no setor de fisioterapia e era usada também para atividades de outras especialidades não médicas do Ambulatório. Durante as sessões do grupo, as mulheres ficavam geralmente sentadas em cadeiras dispostas em círculo, juntamente com a psicóloga, que não tinha um espaço de destaque na sala, mas se colocava como mediadora no debate das mulheres. Isto contribuía para que as mulheres se sentissem livres para falar de suas experiências, sem que estivessem diante de uma mesa, como ocorria durante a consulta médica.

Antes das reuniões, as mulheres participantes do grupo realizavam uma sessão de exercícios coordenados pela fisioterapeuta, com séries específicas para amenizar sintomas associados à menopausa. Os exercícios traziam muito mais que benefícios físicos: contribuíam para que as mulheres fortalecessem seus laços de amizade, ficassem mais relaxadas e abertas ao debate que seguiria.

Nas sessões de psicologia foi possível conduzir algumas reuniões com temas específicos e acompanhar outros encontros dirigidos pela psicóloga. Os principais temas levantados por ela foram: o conceito de menopausa, os sintomas mais comuns dessa fase – fogachos, diminuição da libido e prazer, depressão, orientação nutricional (palestra), histerectomia, disposição e funções dos órgãos sexuais, mi-

tos em torno da sexualidade, relacionamento com a família. Nas reuniões realizadas através desta pesquisa, foi possível explorar mais a fundo tópicos que vinham sendo trabalhado pela psicóloga, mas também deixar a conversa livre para enveredar por outros assuntos – neste ponto, os temas mais frequentes giravam em torno da sexualidade após a menopausa e do relacionamento conjugal.

O tema da sexualidade após a menopausa estava também muito presente nas consultas ginecológicas acompanhadas, embora muitos médicos não perguntassem sobre a atividade sexual das mulheres mais velhas por acreditarem que elas não eram sexualmente ativas. Essa atitude era, muitas vezes, inspirada em uma visão socialmente difundida que vincula o sexo à juventude. Em uma passagem, a médica residente referia-se às suas pacientes na menopausa como “avós”, atribuindo a essas mulheres uma imagem de sobriedade, respeito, cuidado, além de uma associação com a ideia de santa, bondosa. Da mesma forma que a imagem tradicionalmente construída em torno de um bebê ou de uma mulher grávida (Cortez, 2010), a imagem da “avó” também reflete a ideia de um ser assexuado. Em contrapartida, quando o médico decidia questionar sobre a sexualidade dessas mulheres, costumava atribuir qualquer dificuldade na prática sexual aos sintomas próprios da menopausa (de cunho exclusivamente biológico), desconsiderando as dimensões psicológicas e sociais que poderiam estar interferindo na vida sexual dessas pacientes.

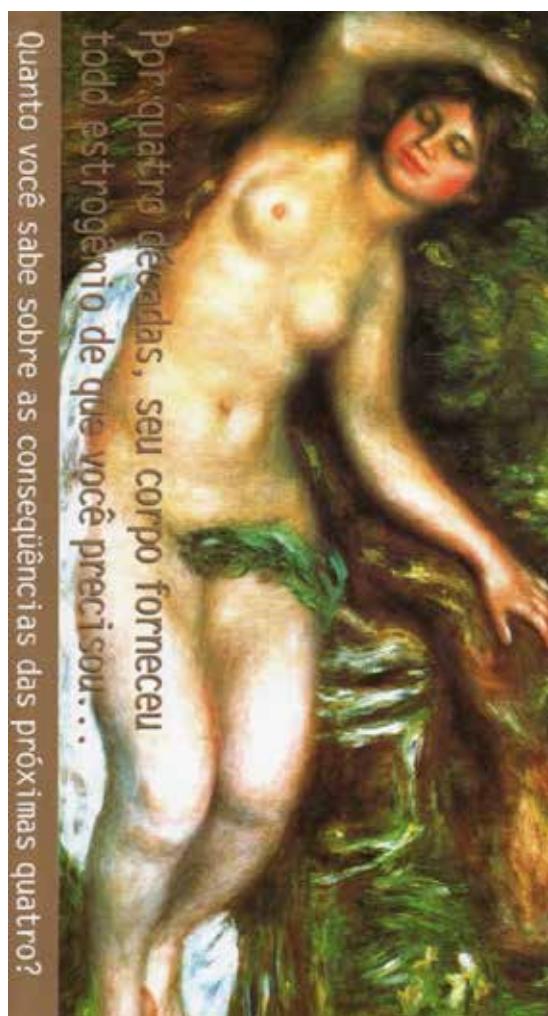
Durante as reuniões do grupo de psicologia, as mulheres tinham a oportunidade de discutir sobre o tema da sexualidade de forma mais aberta do que no consultório médico, demonstrando que suas dificuldades sexuais iam além das questões puramente físicas/biológicas supostamente decorrentes da menopausa. Em várias reuniões a psicóloga pediu para que as mulheres expusessem suas dúvidas, medos e o que havia alterado a sua relação com o companheiro após a menopausa, com o objetivo de “desmistificar” tais visões e para que as mulheres se sentissem mais seguras em relação ao próprio corpo. Nessa tentativa de “desmistificar” as percepções das mulheres, a visão científica era usada para explicar a “verdade” a respeito de seus corpos e libertá-las de mitos e crenças. Durante tais exposições, metáforas médicas para explicar o funcionamento do corpo feminino eram frequentes. Assim, muitos dos mitos populares apresentados pelas mulheres eram substituídos por mitos “científicos”.

Em uma dessas reuniões, a psicóloga pediu para que cada mulher relatassem brevemente o que acreditava ser a menopausa, sua função e por qual motivo ela ocorria. Uma das respostas mais frequentes estava ligada à visão de que a menopausa seria algo “normal da idade”, entretanto, em algumas situações, as mulheres descreviam o fenômeno como penoso, sendo “difícil ser mulher” e que a finalidade do “sofrimento” feminino seria “pagar os pecados” como Eva e alcançar a redenção como Maria. Uma delas revelou seu ponto de vista sobre a menopausa: “Isso é pra todas as mulheres... Deus deixou isso pra Nossa Senhora, né?”. Logo após os depoimentos,

mentos das participantes, a fim de esclarecer e “desmistificar” a visão dessas mulheres, foi entregue uma cartilha ilustrada (Figura 4) com “Eva no paraíso” contendo os seguintes dizeres: “Por quatro décadas, seu corpo forneceu todo o estrogênio que você precisou... Quanto você sabe sobre as consequências das próximas quatro?”.

A cartilha é fruto da “Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica”, e tem por objetivo fornecer informações às mulheres sobre a menopausa. Ela é produzida pela Sobrac (Sociedade Brasileira do Climatério) em associação com a indústria farmacêutica Wyeth, cujo *slogan* na cartilha é “Líder Mundial em Saúde Feminina”. No nome da campanha que fala sobre “deficiência estrogênica” e traz a imagem de Eva para ilustrá-la, já se pode ter uma noção do teor do documento que apresenta a menopausa como uma catástrofe, pois o corpo feminino na menopausa é mostrado como incapaz de fornecer o que as mulheres necessitam para viver com saúde, trazendo consequências profundas em suas vidas.

Figura 4 – Capa do material da Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica, desenvolvida pela Sobrac com a colaboração de uma indústria farmacêutica



Na cultura judaico-cristã, a imagem de Eva está ligada ao pecado, já que na história bíblica ela aparece como “enganadora” por conta de sua ambição, que a leva a comer o fruto proibido porque, ironicamente, queria saber além do que lhe foi designado ao entrar no paraíso. Ela então sofre pela sua escolha, pois até aquele momento ela tinha tudo o de que precisava no paraíso e, após comer o fruto proibido, ela é expulsa e obrigada a lidar com o desconhecido, sem ter mais nenhuma proteção. Na mitologia grega, a história de Pandora assim como a de Eva partem de um mesmo mito de criação da mulher como criatura secundária. Há ali uma associação delas à responsabilidade pela introdução da morte e do mal no mundo. Além disso, ambos os mitos são explicados a partir de uma interpretação androcêntrica (Schmitt-Pantel, 2003).

Ao compararmos a interpretação comumente vinculada à história de Eva e a frase da campanha, é possível pensar que a mulher na fase da menopausa saiu do paraíso e agora irá sofrer as incertezas e as consequências do declínio em seu próprio corpo. Dessa forma, isto pode ser visto como uma retomada à maldição resultante do pecado de Eva, que foi condenada, além de tudo, a sofrer fortes dores no parto. A cartilha confeccionada pela indústria de medicamentos em associação com uma renomada organização médica (que inclusive divulga termos de consenso para orientação aos médicos) indica uma forte relação entre estas duas instituições. O material utilizado para informar mulheres sobre a menopausa contribui para reforçar visões do corpo feminino como doente, problemático ou pecaminoso. A Figura 5 mostra uma das dez páginas da cartilha que explica sobre “os riscos da menopausa”:

Os riscos da Menopausa

A Menopausa e sua perda estrogênica associada podem levar a condições médicas potencialmente sérias.

A maioria das mulheres experimenta alguns efeitos durante os estágios iniciais, intermediários e finais da Menopausa.

ESTÁGIO INICIAL

- Fogachos
- Transpiração noturna
- Incontinência urinária
- Depressão/alterações de humor/irritabilidade
- Secura vaginal
- Dor de cabeça
- Perda óssea
- Colesterol aumentado

ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO

- Secura e缩tado do vagos
- Período sexual doloroso
- Problemas com a respiração/contínencia
- Densificação óssea
- Doença cardiovascular

ESTÁGIO FINAL

- Osteoporose/risco de aumento de faturas
- Doença cardiovascular
- Perda de memória

O alerta dado pela cartilha é sobre a queda estrogênica como um risco à saúde da mulher. Segundo o material, conforme essa taxa vai caindo (estágios da menopausa), os problemas associados se mostram cada vez mais sérios. A ilustração para expressar esse processo é a de uma silhueta feminina esvaziando-se, apagando-se. Apesar da mensagem negativa passada pelo material, todos os problemas estando vinculados a uma “deficiência estrogênica”, não é mencionada explicitamente a terapia hormonal como tratamento, mas todo o material é construído para que a mulher chegue à conclusão de que precisa de um tratamento para “repor” esse hormônio.

A proposta primordial do grupo de psicologia de “desmistificar a menopausa” através de “práticas educativas” para a disseminação de conceitos médicos que ajudassem as mulheres a conhecerem seus corpos possibilitava uma comparação entre as visões médicas sobre o corpo feminino e as ideias “nativas” das mulheres sobre o próprio corpo. Um caso ilustrativo se deu quando foi perguntado às mulheres sobre a disposição e o tamanho dos órgãos sexuais femininos – a ideia era trazer à tona a questão da sexualidade em mulheres que tinham passado por histerectomia, que haviam tido dificuldades ou alterações em seu comportamento sexual após a cirurgia. A psicóloga perguntou às mulheres que tamanho achavam que tinha o útero e os ovários, sendo as respostas variadas: “é do tamanho de uma bola”, “do tamanho de uma jaca”, “não! é do tamanho de uma melancia”. A psicóloga então respondeu: “é do tamanho de uma azeitona”. As mulheres riram e se mostraram surpresas, porque “como em uma coisa tão pequeninha poderia caber uma criança?” – a psicóloga completou: “porque ele é elástico, ele estica muito durante a gravidez!”.

Na sequência, a psicóloga perguntou: “o que acontece quando a mulher tira o útero? Faz muita diferença lá dentro? Fica “oca por dentro”?” – ela exemplifica: “se você tem um saco de bolinhas, milhares de bolinhas e tira uma, o que acontece?”. As mulheres respondem: “não tem nem diferença!”. E a psicóloga concluiu: “isso mesmo... as bolinhas se acomodam dentro do saco e não se nota a diferença. Quando se tira o útero ou os ovários, que são muito pequenos, os órgãos se acomodam lá dentro e você não fica “oca por dentro”. A psicóloga também disse que outro medo das mulheres após a histerectomia é de que “vai ficar tudo aberto” após o canal da vagina, e o “pênis vai se perder no infinito, dentro do vazio” – todas riem.

Nesse momento as mulheres criaram coragem para falar mais sobre suas histórias. Uma das mulheres disse que não conseguiu manter relações com o marido após a histerectomia porque se sentia deprimida e não tinha mais desejo sexual. Depois de um tempo, ela quis voltar a ter relação sexual, mas seu marido passou a ficar nervoso e agora é ele quem “não consegue mais”. A mulher relatou que seu marido ficou “desanimado”, achando que eles nunca mais conseguiram ter relações sexuais porque ela era “histerectomizada”. Neste caso, as expectativas nega-

tivas da mulher em relação à menopausa passaram a ser vivenciadas também por seu marido, e isto acabou afetando o relacionamento conjugal. As outras mulheres do grupo se solidarizaram e passaram a armazenar estratégias para a mulher seduzir o marido novamente, que incluía “roupa bonita”, “jantar romântico”. Por fim, a mulher se encorajou a “tentar” ainda naquela noite.

No mesmo dia, a psicóloga apresentou uma boneca de papelão, chamada de “Gertrudes” (Figura 6), em tamanho real, com moldes recortados dos órgãos internos das mulheres para que elas pudessem montar e conhecer o tamanho de cada órgão reprodutivo.

Figura 6 – Gertrudes – boneca educativa usada para explicar a disposição dos órgãos reprodutivos femininos



Diante da explicação sobre as funções e a disposição dos órgãos reprodutivos antes e após a histerectomia, as mulheres se mostraram muito animadas com o assunto. Uma delas se manifestou dizendo que há muito tempo não tinha relação com o marido, mas que tentaria se reaproximar. Diante dos depoimentos dados pelas próprias mulheres, é possível observar que a maneira com que essas mulheres percebiam o próprio corpo, com suas expectativas e significados, alterava significativamente o modo com que elas vivenciavam suas experiências sexuais e a própria menopausa.

Por outro lado, muitas das visões negativas sobre o corpo da mulher eram passadas dentro do consultório médico ou mesmo por instituições médicas renomadas (como é o caso da cartilha). Após uma exposição pela psicóloga sobre a elasticidade da vagina – quando foi explicado que a anatomia vaginal é “san-

fonadinha” e “se acomoda” de acordo com o tamanho do pênis do companheiro, tendo uma capacidade elástica tamanha que permite até que um bebê passe pelo canal vaginal durante o parto – uma das participantes do grupo revelou que sentia muita dor na relação sexual. Disse que procurou um ginecologista no CAISM e ele perguntou: “que tamanho é o pênis do seu marido?”. Ela falou ter ficado nervosa e não saber. Ele insistiu: “Que tamanho que ele é? Mostra com a mão mais ou menos...”. A mulher disse ter mostrado com as mãos o tamanho do pênis do marido e o médico concluiu: “Então é isso, o pênis dele é muito grande pra vagina da senhora. O problema é com a senhora”. Assim, muitas ideias das mulheres sobre seus corpos eram vistas como mitos, mas tais “mitos” também estavam presentes nas falas dos médicos e, inclusive, eram transmitidos durante a consulta com um *status* de verdade científica.

Como o objetivo frequente no grupo era “desmistificar”, as participantes costumavam recordar muitas ideias “de antigamente” que eram passadas “por gerações” e revelavam coisas que ouviram na época de juventude, até de suas mães:

Antigamente então era pior ainda. Minha amiga disse que a mãe dela falou do tempo em que ela era nova. Na noite de núpcias, a mulher tinha que ficar deitada com um lençol por cima esperando o marido fazer tudo – ela tomava banho, colocava a camisola sem nada por baixo e o marido vinha e fazia tudo, ela só ficava torcendo pra terminar logo.

Diziam que a mulher não podia ter vontade de dormir com o marido, isso era coisa de mulher safada. Ela queria, mas fingia que não queria e não podia mostrar muito também, senão ele desconfiava que ela sabia muito daquilo.

A mulher tinha que sangrar quando tinha a primeira noite. Se não sangrasse era porque não era virgem e o marido devolia.

A visão de que a mulher não podia demonstrar desejo sexual pelo marido mostrou-se frequente entre as mulheres na menopausa, já que partilhavam de visões que eram referência da sociedade de uma mesma época. A noite de núpcias também aparecia como um evento traumático para muitas mulheres, especialmente as mais velhas. Isto reflete uma visão de que a noite de núpcias era uma “tomada de posse” da esposa pelo marido, sendo que este qualificava seu desempenho pela rapidez da penetração, “forçando” o ato sexual, por vezes se assemelhando a um estupro. Essa sexualidade “coagida” frequentemente transformava as relações sexuais dessas mulheres em um “dever conjugal”, ao qual muitas delas não queriam mais se submeter (Perrot, 2006). Sobre o “sangrar” na primeira relação sexual, a psicóloga explicou – fazendo referência à explicação médica corrente – que o hímen não pode ser visto como um marcador de virgindade porque muitas mulheres têm o hímen “elástico”

(que não se rompe com facilidade), e que em outras o hímen pode se romper mesmo sem relação sexual. Ainda alertou que, independente disso, tal visão reflete o “machismo” da nossa sociedade, porque “o homem podia fazer sexo quanto quisesse antes do casamento”, mas o mesmo não era aceito por parte das mulheres.

Deve-se considerar que o espaço aberto pelo grupo de psicologia servia também para apresentar às pacientes certos valores e concepções de mundo distintos daqueles em que elas haviam sido socializadas. Pode-se perceber que os comportamentos considerados socialmente aceitáveis para homens e mulheres (ou vistos como “machismo”, como na passagem anterior) eram diferentes entre as pacientes e os profissionais do Ambulatório. Além da alta escolarização, esses profissionais eram brancos e pertencentes a classes sociais mais altas, ou seja, com visões de mundo muito diferentes daquelas partilhadas pelas pacientes. Nesses encontros, em diversas ocasiões, foi evidenciado um embate entre esses grupos/visões de mundo. Como consequência, era “ensinado” (ou imposto) às mulheres muito mais do que as ideias médicas sobre seus corpos, mas sobretudo uma maneira “correta” de se comportarem na sociedade e de perceberem o mundo.

A menstruação era outro tema que aparecia com frequência nos relatos das mulheres: “Antigamente falavam que não podia lavar a cabeça quando tomava banho e estava menstruada, depois a gente viu que era tudo bobeira. E quando a mulher tinha filho, então? Ficava 40 dias sem lavar a cabeça”. A outra respondeu: “Eu fiquei os 40 dias sem lavar a cabeça quando meu filho nasceu”. A psicóloga lembrou outra ideia comum, de que se a mulher não menstruava, o sangue “subia para a cabeça” e a mulher ficava louca. Ela fez referência a este tema por conta do relato de uma mulher do grupo que, em outro dia, havia dito que só menstruara aos 16 anos, e ela tinha muita dor de cabeça, porque o sangue havia “subido para a cabeça”. A psicóloga completou, brincando: “Se fosse assim, o que aconteceria na menopausa, em que a mulher não menstrua? Só fico imaginando todas as mulheres na menopausa com um cabeção, se o sangue acumula na cabeça!”.

O fato de elas recordarem dos ensinamentos das mães sobre menstruação, iniciação sexual, por exemplo, revelou que muitas delas tiveram alguma conversa em casa, ainda que limitada. Entretanto, quando eram questionadas sobre isso no consultório, diziam não ter tido “nenhuma informação”, já que essa informação não era passada nos moldes médicos. Mais uma vez, esta pode ser uma maneira de protegerem seus conhecimentos “nativos”, já que, naquele ambiente, suas visões seriam consideradas mitos/crenças. Em diversos momentos, evidencia-se uma distância entre a visão científica e a visão “nativa” dessas mulheres, entretanto, isto não se manifestava claramente dentro do consultório médico.

Sobre os sintomas físicos relacionados à menopausa, os fogachos (calores) eram os mais citados pelas mulheres. Para elas, os fogachos eram um marcador da meno-

pausa e uma forma também de identificar a menopausa em outras mulheres. Em uma entrevista, uma mulher me disse ter vergonha de ter esses “calores” e, principalmente, da possibilidade de as outras pessoas perceberem que isto se devia à menopausa – ela costumava mentir para evitar o constrangimento, dizendo que seu calor tinha outro motivo. Outra ainda disse se solidarizar quando via alguma mulher “com calores”, já que ela havia passado por essa fase e sabia do constrangimento.

Esses relatos vão ao encontro da análise feita por Martin (2006) em seu estudo sobre mulheres na menopausa, no qual revela que elas costumavam falar sobre os “calores” ou “rubores” como algo externo que tomava conta de seus corpos não com um sentimento de raiva (como costumavam expressar quando falavam sobre a TPM), mas com um certo constrangimento. Dentre as causas desse constrangimento, a autora indica a incapacidade das mulheres de controlarem as funções do corpo durante a “crise” (comprometimento da concentração, sono, suores e “rubor” no rosto), afetando a sua imagem perante os outros pelo fato de ficar evidenciado que estão na menopausa – um estágio relacionado à velhice, à perda da sensualidade, à vitalidade etc.

Para muitas pacientes, as ondas de calor não identificavam a menopausa somente em mulheres, mas também nos homens. Diziam que seus maridos tinham sintomas muito parecidos – insônia, nervosismo, falta de libido, calor. No grupo de psicologia, uma mulher afirmou: “meu marido sente os calores também, eu falo pra ele que homem tem menopausa também... tem até um nome, como fala, é andropausa”. Em outro relato, a participante do grupo fala sobre a falta de libido do companheiro:

O homem, quando vai ficando mais velho, a gente tem que ter paciência também, porque demora mais pra ter vontade, como a gente, tem que ficar agradando e mesmo assim às vezes não consegue. Aí a gente vai lá e conversa e fala que é assim mesmo, tanto homem quanto mulher têm essas coisas.

Durante as entrevistas e reuniões, foi possível perceber que as mulheres tinham uma visão sobre o corpo do homem e o da mulher diferente daquela que era exposta no Ambulatório. Para elas, o corpo do homem apresentava-se como similar ao corpo da mulher. Em geral, as mulheres diziam achar que corpo de homem também muda com o tempo, ao contrário dos médicos, que parecem defender que as mulheres têm mais alterações “negativas” no corpo e na sexualidade do que os homens. Em diversas passagens, a fala de médicos revela a ideia de que o corpo do homem é imutável do ponto de vista sexual – “o homem sempre vai ter a sexualidade dele...” – e sofre menos alterações com a idade quando comparado ao da mulher: “o corpo da mulher para de ovular numa certa idade, mas o homem nasce e morre com os espermatozoides dele”.

Há uma diferença no tratamento dado pela medicina à sexualidade de homens e mulheres e isto pode exercer influência na maneira com que ambos vivenciam as experiências com seu corpo. Tal atitude está em grande medida ligada às expectativas sociais em torno da velhice que, quando analisadas sob o viés de gênero, nos revelam a fonte dessa diferenciação. Em geral, a velhice masculina é encarada de uma forma mais positiva – o homem de meia-idade é tido como experiente, ainda com desejo, produzindo “espermatozoides”, o que muitas vezes justifica que procure uma mulher mais jovem para se relacionar. Além disso, a medicina defende que o homem passa apenas por um decréscimo “natural” na produção de testosterona após os 35/40 anos em cerca de 1% ao ano, o que pode ser acelerado pela nova “patologia” denominada “Declínio Androgênico do Envelhecimento Masculino” (DAEM). Entretanto, é enfatizado que os testículos nunca param de produzir hormônios sexuais, diferentemente do que ocorre com os ovários na menopausa feminina (Tramontano & Russo, 2015).

Apesar dos recentes esforços de diversos atores, como médicos, mídia e indústria farmacêutica, em construir para o homem uma clínica similar à menopausa, o estabelecimento da DAEM ou andropausa como doença ainda é muito limitado. Tramontado e Russo (2015) acreditam que a justificativa para este fato seja que o diagnóstico dessas supostas “doenças” entrariam em conflito com ideias já estabelecidas no senso comum sobre o corpo, o envelhecimento e a sexualidade masculinas. Sendo assim, concluem que a construção de um fato científico depende especialmente da existência de certos elementos já estabelecidos na cultura que possibilitem a percepção do fato daquela forma específica (Tramontano & Russo, 2015).

Nesse contexto, podemos perceber que, muitas vezes, a visão da medicina mostra-se bem mais ligada aos preconceitos (especialmente de gênero) do que a visão das próprias mulheres. No entanto, muitas metáforas culturais que se manifestam no discurso biomédico acabam sendo naturalizadas e ganham *status* de verdades incontestáveis.

Considerações finais

No Ambulatório de Menopausa do CAISM, as frequentes tentativas dos profissionais de saúde em “desmistificar” visões que as mulheres apresentavam sobre seus corpos nos fazem refletir sobre o quanto esses mitos também estão presentes no discurso médico-científico corrente. Embora os profissionais de saúde busquem uma “neutralidade” em suas ações, recorrendo ao uso de termos cada vez mais “objetivos” no diagnóstico, à prescrição de medicamentos e a explicações sobre os fenômenos do corpo feminino, deve-se ter em mente que as concepções médicas e

as visões dessas mulheres emergem de uma mesma matriz cultural, compartilhando inúmeras metáforas e preconceitos.

Durante a pesquisa, foi possível observar que, quando os profissionais de saúde apresentavam narrativas dos fenômenos do corpo feminino diferentes daquelas trazidas pelas mulheres, havia uma constante tentativa de impor a visão médica-científica. Essas visões e discursos médicos eram transmitidos pelos profissionais de saúde e reforçados, em grande medida, através de imagens, cartazes e folhetos expostos no Ambulatório.

Durante as consultas, as mulheres dificilmente expunham suas visões sobre os fenômenos de seus corpos. Naquele ambiente rígido e hierarquizado do consultório, onde seu corpo era tratado como um objeto parcelado e reduzido à dimensão biológica, sentiam-se pouco à vontade para conversar, além de não terem muito tempo para isso. Por outro lado, as mulheres que participavam das sessões de psicologia acabavam estabelecendo vínculos de amizade com as outras mulheres e com a psicóloga e sentiam-se livres para perguntar e debater sobre diversos assuntos relacionados a seus corpos. Assim, as sessões de psicologia tinham um papel fundamental na difusão e na perpetuação da visão médica sobre a menopausa entre as pacientes.

Nesse contexto, a psicóloga tinha maior abertura para “desmistificar” as visões dessas mulheres baseadas no senso comum e substituí-las por outras “cientificamente comprovadas”. Entretanto, havia uma linha tênue entre os dois discursos, já que ambos mostravam estar em sintonia com as demandas culturais. A diferença residia, em grande medida, na origem dos mitos e das crenças: os mitos “cientificizados” eram ligados a um modo de vida diferente daquele vivenciado pelas mulheres, próprio de uma ótica masculina, elitizada, branca e euro-americana de mundo. Neste mesmo sentido, o espaço do grupo de psicologia servia ainda para socializar as mulheres em conceitos e visões de mundo diferentes daqueles com que conviviam, “ensinando” também um novo modo de se comportarem e de compreenderem o mundo.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo suporte financeiro da pesquisa através do Edital 057/2008. À Capes pelas bolsas concedidas de doutorado e doutorado sanduíche.

Recebido: 19/08/2013
Aceito para publicação: 27/01/2016

Referências bibliográficas

BELL, S. 1995. "Gendered Medical Science: Producing a Drug for Women". *Feminist Studies*. Vol. 21, nº 3, p. 469-500.

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM). 2001. ROSA, Clarice Almeida (org.). *CAISM: A História de sua implementação*. Campinas: Ed. Unicamp. Ed. UNICAMP

COLLINS, H. & PINCH, T. 2005. *Dr. Golem: How to think about Medicine*. Chicago: The University Chicago Press. 258 p.

FAUSTO-STERLING, A. 2001. "Duelismos em duelo". *Cadernos Pagu*. N° 17/18, p. 9-79.

GIERYN, T.F. 2006. "City as Truth-Spot: Laboratories and Field-Sites in Urban Studies". *Social Studies of Science*. February 2006. N° 36 (1), p. 5-38.

KELLER, E.F. 1991. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim. 191 p.

KLEIN, R. & DUMBLE, L.J. 1994. "Disempowering midlife women: The science and politics of hormone replacement therapy (HRT)". *Women's Studies International Forum*. N° 17 (4), p. 327-343.

LAQUEUR, T. 2001. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 313 p.

Lorber, J. & Moore, L.J. 2002. *Gender and the social construction of illness*. Walnut Creek, CA: AltaMira.

MACPHERSON, Kathleen. "Menopause as Disease: The social construction of a metaphor". *Advances in Nursing Science*. Jan. 1981. Vol. 3, Issue 2, p. 95-114.

MARTIN, E. 2006. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond. 384 p.

OSIS, M.J.D. 1998. "PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil". *Cad. Saúde Pública*. N° 14, Supl. 1), p. 25-32.

OUDSHOORN, N. 1994. *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*. London: Routledge. 195 p.

PERROT, M. 2006. "Os silêncios do corpo da mulher". In: MATOS, M.I. & SOIHET, R. *O Corpo Feminino em Debate*. São Paulo: Editora Unesp. p. 13-28.

PULIDO, C. M. 2004. *Gestando vidas, alumbrando ideas: Mujeres y científicas en el debate sobre la Biología de la reproducción*. Madrid: Minerva Ediciones.

RICE, T. 2008. "Beautiful Murmurs": Stethoscopic Listening and Acoustic Objectification". *Senses & Society*. Vol. 3, Issue 3, p. 293-306.

ROHDEN, F. 2007. As marcas de gênero na ciência dos hormônios. *VII RAM – Reunião de Antropologia do Mercosul*. Porto Alegre: UFRGS.

ROSA, Clarice Almeida (org.). 2001. *CAISM: A História de sua implementação*. Campinas: Ed. Unicamp.

SCHIENBINGER, L. 2001. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc.

SHMITT-PANTEL, P. 2006. “A criação da mulher”: um ardil para a história das mulheres?”. In: MATOS, M. I & SOIHET, R. *O Corpo Feminino em Debate*. São Paulo: Editora Unesp. p.129-156.

SPRITZER, P. M. 2009. “Diagnóstico etiológico do hirsutismo e implicações para o tratamento”. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* N° 31 (1), p. 41-47.

TRAMONTANO, L. & RUSSO, J. 2015. O diagnóstico de deficiência androgênica do envelhecimento masculino e os (des)caminhos do desejo sexual masculino. *Mediações*. Jan./jun. 2015. Vol. 20, nº 1, p. 174-193.

UTZ, R.L. 2011. “Like mother, (not) like daughter: The social construction of menopause and aging”. *Journal of Aging Studies*. N° 25, p. 143-154.