

MARCO ANTONIO ALVES SEPARAVICH

**UMA REFLEXÃO SOCIOANTROPOLÓGICA SOBRE O CORPO
NA MENOPAUSA**

CAMPINAS

2009

MARCO ANTONIO ALVES SEPARAVICH

**UMA REFLEXÃO SOCIOANTROPOLÓGICA SOBRE O CORPO
NA MENOPAUSA**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para Obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde
Coletiva*

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Canesqui

CAMPINAS

2009

iii

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Se61u Separavich, Marco Antonio Alves
Uma reflexão socioantropológica sobre o corpo na menopausa /
Marco Antonio Alves Separavich. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientadores: Ana Maria Canesqui
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Antropologia. 2. Ciências sociais. 3. Corpo humano. 4.
Processo saúde-doença. 5. Narração. 6. Climatério. 7.
Envelhecimento. 8. Internet (Redes de computação). I. Canesqui,
Ana Maria . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : A sociological anthropological reflection on the body in
the menopause**

Keywords:

- Anthropology
- Social sciences
- Human body
- Health-disease process
- Narration
- Climaterium
- Aging
- Internet (Computer network)

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

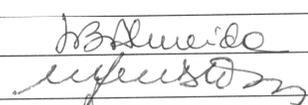
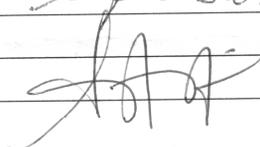
Profa. Dra. Ana Maria Canesqui
Profa. Dra. Heloisa Buarque de Almeida
Profa. Dra. Maria José Duarte Osis

Data da defesa: 24-02-10

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Marco Antonio Alves Separavich

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Ana Maria Canesqui

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Heloísa Buarque de Almeida	
Professor (a) Doutor (a) Maria José Duarte Osis	
Professor (a) Doutor (a) Ana Maria Canesqui	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24/02/2010

DEDICATÓRIA

*Dedido este trabalho à memória dos meus pais.
Seus exemplos de vida e dignidade
sempre presentes trouxeram-me até aqui*

A Deus, presença constante em minha vida, como amigo mais íntimo e mais verdadeiro, sabiamente invocado por Santo Agostinho: “faizei que Vos conheça, ó Conhecedor de mim mesmo”.

À Prof^a Dr^a Ana Maria Canesqui, por ter acreditado neste projeto, e com sua orientação constante, sábia, generosa e paciente, ter possibilitado que ele se tornasse realidade. Minha gratidão e admiração de sempre.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e por extensão, à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por ter disponibilizado os recursos materiais e humanos para esta formação, os quais são referências nacionais de excelência no ensino e na pesquisa em Saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pelo apoio financeiro.

À Cristina Separavich, irmã amada, que testemunha e incentiva, desde os tempos de graduação acadêmica, o prosseguimento dos meus estudos.

À querida irmã, Ana Maria Separavich, e seu companheiro, Marcos Aurélio Callichio, pelo incentivo e pelo auxílio na configuração deste trabalho.

À Olívia Separavich Pregnotatto, amada sobrinha, pelo amor, incentivo, carinho, atenção, enfim, pela “força” de sempre.

Aos meus filhos, Maria Luiza e Rafael Cristiano, por me proporcionarem a experiência diária de amor e alegria nas “coisas mais simples da vida”.

À querida esposa e companheira Andrea, pelas observações pontuais deste trabalho e por suprir a minha ausência junto aos pequenos nesta jornada de pós-graduação.

Aos colegas do grupo de estudo e de disciplinas, pelos incentivo e momentos de descontração, que fizeram a caminhada se tornar mais suave.

À Maisa Costa, secretária da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelas simpatia

e disposição no atendimento das solicitações burocráticas.

À Prof^a Dr^a Heloísa Buarque de Almeida e à Prof^a Dr^a Maria José Martins Duarte Osis, pelas considerações feitas por ocasião da qualificação, que ajudaram a enriquecer sobremaneira o presente trabalho.

*Não sejas o de hoje.
Não suspires por ontens...
não queiras ser o de amanhã.
Faze-te sem limites no tempo.
Vê a tua vida em todas as origens.
Em todas as existências.
Em todas as mortes.
E sabes que serás assim para sempre.
Não queiras marcar a tua passagem.
Ela prossegue:
É a passagem que se continua.
É a tua eternidade.
És tu.*

(Cecília Meireles – *Cântico II*)

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xix</i>
ABSTRACT	<i>xxiii</i>
INTRODUÇÃO	27
1- Justificativa	29
2- Objetivos	31
3- Revisão Bibliográfica	32
4- Ampliando o olhar sobre o corpo e o processo saúde/ enfermidade: exemplos etnográficos da Antropologia	35
5- Metodologia	43
5.1 A internet e a veiculação de informações em saúde	43
5.2 A escolha do <i>site Menopausa</i> e dos textos médicos sobre menopausa	45
5.3 Sobre o conceito de virtual, comunidades virtuais e a emergência de novas formas de comunicação	50
CAPÍTULO I - Saberes médicos sobre o processo climatérico/menopausa	55
1- Climatério, <i>Doença do Climatério</i> , Menopausa	57
2- O Cartesianismo	62
3- Da ovariectomia à reposição hormonal: o excesso e a falta definindo o corpo e o comportamento feminino	65
CAPÍTULO II – O corpo menopausado no <i>Menopausa</i>	73
1- O corpo feminino como “corpo hormonal” : a concepção biomédica no <i>Menopausa</i>	75
2- Sexualidade e afetos na menopausa.....	83
3- Pele e osso: a estética do corpo menopausado	88
4- Terapia de Reposição Hormonal e Terapias Alternativas: em busca de uma concepção holística do corpo no <i>Menopausa</i>	92
CAPÍTULO III – A experiência com a menopausa no <i>Menopausa</i>	97
1- Narrativas contingentes: a irrupção dos sinais corporais da menopausa, seus significados socioculturais e as estratégias	

utilizadas	100
3- Narrativas progressivas, morais, épicas/heróicas e regressivas/trágicas	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXO	135

RESUMO

Este estudo analisou a construção da visão do corpo feminino na menopausa em um segmento da mídia, Menospausa – o site da Mulher Madura, bem como o conceito climatérico/menopausa elaborado pela biomedicina, além das representações sociais e relatos de experiências nele contidos. Comumente os meios de comunicação veiculam informações que privilegiam os aspectos biológicos ou “naturais”, enfatizando as características negativas desta etapa da vida das mulheres, em detrimento de um enfoque que amplie o olhar, direcionando-o para o contexto sociocultural, o que permitiria observar os possíveis ganhos adquiridos por elas. As informações da mídia tendem a empobrecer a complexidade que reveste o processo climatérico/menopausa. A contribuição das Ciências Sociais em Saúde tem sido tímida em relação ao tema, predominando os estudos que tratam da fase reprodutiva feminina, com as conseqüentes implicações nos assuntos relacionados à própria concepção, tais como a sexualidade, contracepção, aborto, entre outros. Justifica-se, portanto, o interesse e a importância da análise socioantropológica do processo climatérico/menopausa, ainda mais quando o quadro demográfico brasileiro, não se diferenciando neste sentido do mundial, aponta para o envelhecimento populacional crescente, com o aumento do contingente de mulheres que ingressam nesta fase, demandando, deste modo, maior atenção dos Serviços de Saúde. Utilizou-se a metodologia qualitativa, com referencial teórico socioantropológico, contemplando as discussões sobre as representações sociais do corpo e do processo saúde-enfermidade; experiência da doença; narrativas do adoecimento; gênero; mudanças corporais, além de referir-se às opções terapêuticas. A literatura biomédica utilizada baseou-se em textos seminais para o conhecimento biológico do processo climatérico/menopausa e no Manual de Atenção à Mulher no Climatérico/Menopausa, da área técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, por orientar tecnicamente os profissionais de saúde nos cuidados às mulheres menopausadas. Procedeu-se a distribuição dos temas encontrados no *site* a partir da classificação dos saberes sobre o corpo, tais como, somáticos, psíquicos e sociais. Foram separadas as quarenta e oito postagens interativas do *site*, sendo escolhidas aquelas que se mostraram exemplares para a interpretação socioantropológica. Realizou-se a análise temática do ambiente virtual por meio das seguintes categorias: menopausa, corpo, envelhecimento, corpo feminino, cuidados e pessoa. Buscou-se assim compreender a representação sociocultural do corpo menopausado e a experiência das internautas com o processo climatérico/menopausa. Concluiu-se que não há menopausa, mas menopausas, pois não há uma visão única deste processo, como apontam as narrativas das experiências constantes no *site*. As experiências vividas neste período não são homogêneas, e não necessariamente negativas.

Palavras chaves: Antropologia da Saúde, menopausa, corpo feminino, envelhecimento, internet.

ABSTRACT

This study analyzed the construction of the feminine body in the menopause in a segment of the media, *Menopausa – o site da Mulher Madura*, as well as the climacteric/menopause concept elaborated for the biomedicine, moreover explored the social representations and stories of experiences in it contained. It is observed that Medias divulge information that stick out the biological or “natural” aspects, emphasizing negative points of this stage of feminine life, impoverishing, in this way the complexity that coats the climacteric/menopause process. The contribution of Social Sciences in Health has been shy, predominating studies that deal with the feminine reproductive phase, with the consequent implications in the subjects related to the proper reproduction, such as the sexuality, contraception, abortion, among others. Therefore, it justifies the interest and the importance of sociological anthropological analysis of the climacteric/menopause process, still more when the Brazilian picture demographic, not differentiating itself of the worldwide one, points to the increasing population aging, with a contingent every larger time of women who enter in this phase, thus demanding larger attention of the Services of Health. It was used qualitative methodology, with sociological anthropological referential, contemplating the quarrels on the social representations of the body and health-illness process; experience and narrative of the illness; gender; corporal changes, beyond mentioning therapeutical options to it. Used biomedical literature was based on seminal texts for the biological knowledge of the climacteric/menopause process, besides of manuals, such as *Manual of Attention to the Health of the Woman in the climacteric/menopause*, of the technical area of Woman's Health, Ministry of the Health, for guiding professionals of health in the cares to the menopausal women. It was proceeded distribution from the subjects found in the site according to the classification knowing of them on the body, such as, somatic, psychic and social. They had been separate the forty eight interactive messages of site, being chosen those that if had shown units for the sociological anthropological interpretation. It was become fulfilled thematic analysis of the virtual environment by means of the following categories: menopause, body, aging, feminine body, cares and person. One thus searched to understand social cultural representations of the menopausal body and the experience internet's with climacteric/menopause process. Concluded that it does not have menopause, but menopauses, therefore do not have an only vision of this process, as they point the narratives of the experiences in the site. The experiences lived in this period are not homogeneous nor necessarily negative.

Key words: Anthropology of Health, menopause, feminine body, aging, internet.

INTRODUÇÃO

1. *Justificativa*

Segundo estimativas do IBGE¹, o Brasil tem 86 milhões de mulheres, das quais 23,5 milhões estão na fase do climatério/menopausa. Esta projeção insere-se no panorama de envelhecimento mundial da população, sendo que no Brasil a esperança de vida das mulheres ao nascer é de aproximadamente 72,6 anos, o que significa que viverão um terço de suas vidas após a menopausa², implicando este fato na demanda crescente de cuidados de saúde a partir desta faixa etária³.

De uma forma geral, as informações veiculadas na mídia e os estudos sobre esta etapa da vida feminina pautam-se, primordialmente, por uma concepção *natural* ou biológica, visto que no Ocidente a correlação direta entre o natural e o biológico funda-se nos marcos da constituição e legitimação da biomedicina como ciência moderna, sendo hegemônica a explicação que valoriza a dimensão biológica ou *natural* dos corpos e dos processos corporais⁴.

Se, por um lado, o entendimento estritamente biológico tem-se mostrado insuficiente para compreender a complexidade do processo climatério/menopausa, por outro, as contribuições das Ciências Sociais em saúde têm sido tímidas no que se refere a esta etapa da vida feminina. Os estudos geralmente privilegiam a fase reprodutiva das mulheres, com as conseqüentes implicações nos temas relacionados à própria concepção, tais como a sexualidade, contracepção, aborto, entre outros.¹

Quanto aos programas de políticas públicas de saúde dirigidos à saúde da

¹ Sobre os temas retratados pelos estudos antropológicos do processo saúde-doença na década de 1990, veja-se Canesqui⁵. Para uma contextualização histórica da produção científica das Ciências Sociais em Saúde, veja-se Nunes⁶. Algumas coletâneas, como por exemplo, *Saúde reprodutiva na esfera pública e política*, organizada por Maria Coleta Oliveira e Maria Isabel Baltar Rocha⁷, trouxeram contribuições das Ciências Humanas e Sociais para a análise da saúde reprodutiva na esfera pública, sobretudo, referindo-se aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como refletiram sobre a forma como o tema reprodução foi apresentado em alguns segmentos da mídia brasileira. O assunto candente da gravidez na adolescência mereceu um estudo multicêntrico promovido pela Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que mapeou, entre outras atividades, nas cidades de Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro, por meio de inquérito domiciliar, o perfil das grávidas adolescentes e de seus parceiros (veja-se “Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” - *Pesquisa Gravada*).

mulher, o PAISM⁸ – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher -, elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde em 1983/1984, respectivamente, incorporou nas suas diretrizes o ideário feminista de atenção à saúde da mulher, rompendo assim, no plano programático e ideológico, com o Modelo de Atenção Materno-Infantil que vigorara até então⁹, observando a necessidade de serem desenvolvidas ações em todas as etapas da vida feminina, incluindo a atenção ao climatério/menopausa.

Entretanto, somente em 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incluiu um capítulo específico sobre o climatério/menopausa, no documento *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípio e Diretrizes*, com o objetivo de implantar e programar ações de saúde específicas para ampliar o acesso aos serviços de saúde das mulheres que se encontram nessa fase. O documento contém orientações técnicas aos profissionais de saúde, objetivando concretizar a atenção integral humanizada da mulher no climatério/menopausa, considerando-se a pluralidade e a singularidade das mulheres brasileiras².

Definido pela Organização Mundial de Saúde¹⁰ como uma fase biológica da vida feminina, o processo climatério/menopausa é concebido como não patológico e como etapa de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. No Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, do Ministério da Saúde, instrumento de orientação técnica aos profissionais de saúde, este processo é descrito como fase *natural* da vida feminina, podendo ocorrer ou não os sintomas comumente associados a este período: ondas de calor, suores “frios”, insônia, tristeza, instabilidade emocional, modificações nos comportamentos sexuais, na pele etc.

É relevante ressaltar que o Manual amplia a concepção do processo climatério/menopausa ao atribuir a intensificação dos sintomas aos aspectos do ambiente sociocultural em que a mulher vive, ressaltando também sua situação pessoal, isto é, os estados psicológicos e a vida conjugal, familiar e profissional, para além da explicação do determinismo biológico inerente a diminuição de estrogênio endógeno ocorrida nesta fase.

O processo climatério/menopausa porta o significado de uma grande mudança que se efetiva no organismo feminino. Para a medicina, remete à ideia negativa de perdas, freqüentemente representadas como uma “morte simbólica”, com a privação do poder feminino de fazer perpetuar a vida, deixando assim a mulher de encarnar as virtudes sociais atribuídas à maternidade¹¹. Os sinais corporais dessa fase, dentro dessa ótica, prenunciam o envelhecimento e os significados a ele atribuídos, tais como o início do declínio físico que se acentuará até a morte natural, gerando em seu decurso tantas outras perdas, como de autonomia social, física e psicológica, da beleza etc.

Para além de tal representação, indaga-se acerca das construções que as protagonistas que vivenciam esse processo fazem dessa etapa de suas vidas que, presumivelmente, não se encontram restritas a aspectos tão negativos.

Ampliando-se a concepção dos significados socioculturais atribuídos aos processos corporais e, por conseguinte, entendendo-se a conexão entre corpo, normas, valores e significados socioculturais a eles conferida, tanto a Sociologia quanto a Antropologia podem contribuir para um entendimento mais refinado do processo climatério/menopausa, contribuindo assim para uma compreensão do corpo não somente como um conglomerado anatomofisiológico, sujeito às leis orgânicas e a uma automaticidade inexorável, mas como elemento aglutinador de experiências e representações socioculturais de diversas fases da vida.

2. Objetivos

Geral

- Analisar a construção da visão do corpo feminino na menopausa na literatura identificada em um segmento da mídia, particularmente a internet (*Menopausa - o site da Mulher Madura*), buscando responder a pergunta: em que medida aquela construção evoca representações socialmente difusas da menopausa, do corpo feminino e da mulher em um estágio de seu ciclo de vida designado de "passagem".

Específicos

- Analisar o conceito de climatério/menopausa na biomedicina;
- Refletir sobre as representações e fragmentos da experiência contidos no *site*, no espaço de interatividade, procurando identificar aspectos do climatério/menopausa que são objetos da preocupação feminina na vivência deste processo;
- Analisar como as representações orientam a escolha de estratégias terapêuticas e estilos de vida para o corpo menopausado, expresso no modo como é concebido o processo saúde-doença-atenção.

3. Revisão Bibliográfica

Revisando a literatura sobre o tema na Saúde Coletiva, constata-se que recentemente incluiu-se a perspectiva de gênero para analisar tanto a experiência quanto as representações que se têm sobre a menopausa^{12,13,14}. Gênero se apresenta como um dos eixos demarcadores da situação corporal feminina nesta fase, quer seja pela representação social do processo climatério/menopausa, tanto pela biomedicina como pelas mulheres que nele se encontram, quer seja pela experiência peculiar de se vivenciar tal processo, tanto pelas protagonistas quanto pelos profissionais que as atendem nos serviços de saúde.

Como assinalado pela historiadora e teórica do gênero, Joan Scott, gênero é um articulador poderoso das diversas formas como as sociedades representam e organizam as relações de poder e práticas sociais, auxiliando a construir e dar sentido, deste modo, as experiências¹⁵.

Como representação, distingue-se dois pólos fundamentais que orientam e auto alimentam a imagem social desta etapa da vida feminina: a) a idéia de perdas (social, biológica, psicológica etc.) implicando, inclusive, a perda do poder do autocuidado com o corpo¹⁴; b) a conexão imediata entre o processo biológico do climatério/menopausa e o envelhecimento^{12,13}. Em ambos os pólos, a perspectiva de gênero abordada aponta para uma

construção negativa da menopausa, com a conseqüente medicalizaçãoⁱⁱ do corpo feminino, o que, aliás, acontece em todas as etapas da vida reprodutiva da mulher¹⁷.

Como ressaltam Trench e Rosa¹⁸, a biomedicina estabelece uma associação entre esse período e o envelhecimento, atribuindo o *status* de patologia à menopausa. Segundo as autoras, esse vínculo tornou-se não só científico, mas popular e mundialmente conhecido a partir dos estudos do médico estadunidense, Robert Wilson, em meados da década de 1960. Em seu célebre livro, *Feminine Forever*, Wilson propunha que a menopausa era o início da degenerescência orgânica feminina, que a mulher deixaria pouco a pouco de ser mulher com a perda de suas funções reprodutivas, perdendo assim sua beleza, a tranqüilidade tão característica do feminino e os demais atributos inerentes ao seu sexo.

Partindo dessas proposições e concebendo a menopausa como *doença da deficiência hormonal*, Wilson prescrevia a reposição sistemática de estrogênio, para que a mulher não testemunhasse “sua morte em vida”¹⁹, e pudesse desempenhar plenamente suas funções sociais, quais sejam, ser mãe e esposa. O processo climatério/menopausa deixava assim de ser uma ocorrência médica e passava a ser um problema social, cuja obrigação moral era de toda a sociedade, visto que “a grave moléstia de privação” abalava os alicerces sociais. Ainda que posteriormente contestadas por autoras feministas, as ideias de Wilson tiveram desdobramentos, sobretudo na prática médica comum de prescrever a Terapia de Reposição Hormonal como única forma de tratamento para a menopausa, o que significa vê-la como etapa particularmente patológica da vida feminina, sendo necessária, portanto, a rotina da medicalização¹⁸.

Neste sentido, a medicalização do processo climatério/menopausa apresenta-se

ii O conceito de medicalização é atribuído ao teórico austríaco Ivan Illich, que em seu livro clássico - *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*¹⁶ - aponta três níveis ligados à iatrogênese da medicalização da vida na contemporaneidade: “1º) a ineficácia global e os perigos da medicina dispendiosa (iatrogênese clínica); 2º) a perda da capacidade individual de adaptação ao meio social e implícita recusa a esses meios, quando intoleráveis (iatrogênese social); 3º) o mito segundo o qual a supressão da dor física, e o recuo indefinido da morte são objetivos desejáveis e realizáveis graças ao uso ilimitado da medicina, mito que compromete a capacidade autônoma dos homens de precisamente enfrentarem, dando-lhes assim um sentido, a dor, a doença e a morte (iatrogênese estrutural)”, pp. 7-10.

como um dos temas recorrentes, com a questão polêmica sobre o uso ou não da Terapia de Reposição Hormonal. O assunto tornou-se candente após a interrupção do estudo realizado nos EUA, *Women's Health Initiative* (WHI), em 2002, por ser constatado que o uso contínuo de hormônios multiplicou os riscos de doenças cardiovasculares e de câncer de mama nas mulheres expostas à terapia²⁰.

De uma forma geral, esses estudos revelam a necessidade de se implementar políticas públicas que ampliem a visão do climatério/menopausa para além de seus aspectos biológicos^{12,13,18}, implicando serem fornecidas mais informações e de melhor qualidade às usuárias²¹ e aos profissionais do Serviço de Saúde¹⁴, além de promover o fortalecimento da mulher enquanto sujeito de sua própria história¹⁷.

Outros estudos centraram-se na análise da faixa etária na qual se inicia o processo da menopausa *natural*, situando-o entre os 45 e 52 anos^{3,14,22,23}. O fator idade se reveste de importância à medida que a entrada no processo climatério/menopausa varia de uma mulher para outra. Os termos técnicos utilizados para uniformizar tal variação, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde¹⁰ são: *perimenopausa* ou *climatério*, período que antecede à última menstruação da mulher, caracterizado pelas manifestações de ciclos menstruais irregulares, distúrbios vasomotores, calores, suores, palpitações, cefaléias, secura vaginal, além de psicopatologias diversas como irritação, insônia etc.; *pós-menopausa*, período que vai da menopausa à senectude feminina. A rigor, menopausa é a última menstruação, contados doze meses sem que ocorra um novo ciclo menstrual.

A ideia do climatério/menopausa como processo *natural* deve ser contextualizada social e culturalmente, porque em virtude de o saber biomédico e do estilo de vida do Ocidente serem tomados mundialmente como medidas de valor, os *sintomas* ligados a esse período são comumente descritos como universais. Entendendo-o como processo não uniforme, abre-se a possibilidade de compreender a sua construção sociocultural que, para além dos sintomas padronizados, apresenta variantes e maneiras distintas de ser vivenciado, sendo mais apropriado, então, referir-se às menopausas e não

menopausa, devido às variações culturais existentes, sempre peculiares e relativas a uma determinada sociedade em dado período histórico¹².

Estudando mulheres entre 40 e 55 anos, de diferentes grupos étnicos, caucasianos, afro-americanos, chineses, japoneses e hispânicos residentes nos EUA, Avis e seus colaboradores²³ mostraram que alguns fatores habitualmente relacionados à síndrome do climatério/menopausa em mulheres ocidentais, como os fogachos, por exemplo, quase não foram encontrados nas mulheres com ascendência japonesa, o que pode ser explicado pelo hábito cultural alimentar deste grupo de consumir diariamente uma quantidade significativa de sojaⁱⁱⁱ. Noutro estudo, Trench e Miyashiro²⁵ servindo-se de material etnográfico, descreveram as impressões femininas sobre a menopausa, dentre outros grupos, num agrupamento indígena de uma reserva guarani, no litoral norte paulista. Os autores enfatizaram que, tanto não foram relatados sintomas do climatério como sequer há na língua guarani palavra que designe essa fase da vida feminina. Geralmente, a parada definitiva do ciclo menstrual é desejada e recebida com grande satisfação pelas guaranis.

As Ciências Sociais, sobretudo a Antropologia, têm demonstrado que as concepções sobre o corpo não são unívocas. A articulação entre os vários saberes e significados atribuídos ao corpo e aos processos corporais encontram assim um ponto de convergência na integração promovida pelas ciências do social, implicando não mais numa base cognitiva compartimentada pelos saberes específicos do corpo, mas numa relação mais ampla entre tal base e o todo da vida social que a originou²⁶.

4. Ampliando o olhar sobre o corpo e o processo saúde-enfermidade: exemplos etnográficos da Antropologia

Os estudos antropológicos têm descortinado outras lógicas corporais presididas pela ordem sociocultural que possibilitam entender os múltiplos significados atribuídos ao corpo e ao processo saúde/enfermidade.

iii A soja é reconhecida cientificamente como um fitoestrogênio. À isoflavona, uma proteína da soja, é associado o efeito da diminuição dos sintomas vasomotores, como os fogachos, freqüentes no climatério²⁴.

Como ressalta Helman²⁷, nos sistemas tradicionais de cura, tais como a medicina tradicional chinesa, a ayurvédica e a tibetana, o corpo apresenta-se como portador de uma anatomia simbólica, ligada a uma cosmologia na qual o corpo físico interage com forças extra-humanas. Como exemplo, cita a medicina tradicional chinesa, cujo saber anatômico compreende o corpo como perpassado por meridianos dos quais flui e reflui a energia vital denominada *chi*.

A saúde significa, para esta concepção de corpo, o equilíbrio de *chi*, a doença representando o desequilíbrio ou a suspensão do fluxo de energia vital. A terapêutica, nos casos de adoecimento, passa pela acupuntura, isto é, a inserção de agulhas em localizações precisas do corpo, que ao todo é composto por trezentos e nove pontos, podendo assim ser des congestionado o fluxo vital.

Diferente também é a concepção do corpo para os mekeo, povo nativo da Papua do Norte. Como observou Strathern²⁸, para eles o corpo saudável envolve uma intrincada rede de relações entre a atividade humana, os processos corporais e o meio-ambiente. A parte interna do corpo mekeo inclui o exterior, isto é, tanto o trato digestivo quanto o abdome não são concebidos como a parte mais íntima da pessoa, mas como conexões, passagens para o mundo exterior. Da mesma forma, as excretas são vistas como partes internas, que são lançadas ao exterior.

Na concepção mekeo, o corpo está constantemente susceptível ao mundo exterior e ao que flui por ele. O corpo saudável, quente, processa o doce, a comida cozida, eliminando o que é frio e sujo. De outra forma o corpo adoecido, frio, elimina o quente e esses restos podem contaminar outras pessoas, pois são considerados veneno.

A ideia que orienta esta concepção é que a comida não é por si mesma quente e doce, mas adquire estas qualidades pelo trabalho doce e quente do corpo, transmitidos na preparação e cultivo dos alimentos, bem como na confecção de casas e objetos²⁸. A saúde da pessoa é vista como um todo integrado de atividades, regras de condutas, de relações com o meio-ambiente, que borram, para nós, as fronteiras do que é externo e do que é

interno ao corpo.

A pele como fronteira última do corpo não é uma ideia universal, e sociedades outras percebem o corpo e aquilo que chamamos ocidentalmente de pessoa de forma diferente. Assim sendo, estudando os indígenas do Chaco argentino, a antropóloga Florencia Tola analisou como eram concebidos o corpo e a pessoa entre os toba²⁹.

Primeiramente, a ideia toba de pessoa, ou melhor, de pessoa corporificada é extensa, não sendo a pele vista como barreira, como limite entre o corpo e as coisas, quer sejam elas tangíveis ou intangíveis. A pele é entendida antes como passagem, na qual se torna intercambiável o que é externo e o que é interno ao corpo. Este não inclui, entretanto, a carne, nem os fluídos e os órgãos, diferentemente do que concebemos como corpo.

Em segundo lugar, a noção toba de pessoa só pode ser entendida a partir de uma cosmologia, na qual o corpo intercambiável ganha mobilidade por meio do *Iqui'i*, isto é, da imagem-pessoa que o anima. Esta imagem-pessoa, contudo, não deve ser confundida com a alma, no sentido que é dado ocidentalmente ao termo, pois não há oposição entre a pessoa corporificada e o *Iqui'i*.

O *Iqui'i* existe antes do nascimento, em estado virtual. É somente quando se insere no ventre materno que os toba concebem a pessoa corporificada, pois há movimento. A concepção da vida não é entendida como decorrente de um único intercurso sexual, mas de vários, nos quais o sêmen se mistura ao sangue menstrual, dando forma ao corpo.

É o *Iqui'i* que possibilita a pessoa ouvir, falar, raciocinar e seu afastamento, como por exemplo, no sono, não gera a morte, mas inconsciência, podendo nestes momentos ser aprisionado por outros, o que torna a pessoa vulnerável a malefícios e, conseqüentemente, às doenças. Há a perda do controle de si, ficando a pessoa subjugada a outrem. A cura só é possível pela intermediação das rezas do xamã, que irá resgatar o *Iqui'i*²⁹.

Finalmente, e decorrente da interação entre a pessoa corporificada, o meio e o

Iqui'i, os toba veem a pessoa como composta, múltipla, se constituindo na e pelas relações entre o físico e o não-físico, entre o visível e o invisível, constantemente mutável, ou seja, uma representação da pessoa distinta da noção que pressupõe uma individualidade fixa constituindo-a.

A concepção de que há várias dimensões constitutivas da pessoa não é característica exclusiva dos grupos humanos tidos por “exóticos”, sociedades com características “modernas” há que concebem essa interação em maior ou menor grau. O corpo é visto nestes contextos como intérprete de relações que extrapolam o plano biológico, mas que podem nele se alojar, manifestando assim a saúde ou a doença.

O antropólogo francês François Laplantine estudou, durante os anos 1980, o sistema de cura da Umbanda, em Fortaleza/CE. Por meio de tipologias, observou a forma como essa religião - que sincretiza em si os espíritos dos indígenas nativos, dos orixás africanos, dos santos protetores do catolicismo, bem como retrabalha a idéia de reencarnação a luz do espiritismo kardecista - concebe o processo saúde-enfermidade³⁰.

Para a Umbanda, o que faz a pessoa ter saúde ou adoecer é, respectivamente, a manutenção ou o enfraquecimento do *axé*, palavra africana da etnia nagô, que significa força vital. O *axé* não é força individual, mas coletiva que é transmitida às pessoas nos rituais, pelas várias entidades espirituais que *descem* nos *médiuns*. Na cosmologia da Umbanda, do seu panteão, as divindades se apresentam como espíritos de *pretos velhos*, negros sábios, escravos ou não, que viveram entre nós; *orixás*, divindades trazidas do continente africano, representando as forças da natureza; *erês*, espíritos infantis que, a despeito de se apresentarem como crianças, também têm sabedoria; *caboclos*, espíritos nativos que trazem consigo a sabedoria da tradição.

O *médium* é invariavelmente um fiel que faz a intermediação entre as divindades e os consulentes. Em cada sessão, a divindade se serve do seu corpo – incorporação – e por meio dele realiza a consulta. A cada consulta, tanto o fiel quanto quem é atendido são nutridos pelo *axé*, cabendo ao fiel ainda a obrigação das oferendas

(despachos) à divindade, como forma de agradecimento e reverência pelo *axé* recebido³⁰.

Nesse sistema há a interação entre o corpo e as fontes de energias que envolvem o meio, podendo ser elas positivas, como no caso do *axé*, ou negativas, como acontece com o *mau-olhado*, o *quebranto*, em que há uma quebra de equilíbrio energético, promovido por alguém, com conseqüente enfraquecimento da pessoa. Nas crianças apresenta-se fisicamente como diarréia ou vômito.

Outra enfermidade tratada pela Umbanda e que já se tornou de domínio popular é o encosto. O encosto é um estado difuso de angústia e apatia. É explicado pela presença de um espírito desencarnado, sem luz, que se aproxima e permanece com a pessoa, transtornando-a. A terapêutica é o encaminhamento, promovido pelo *médium*, do espírito sofredor aos “hospitais astrais”, para ser tratado.

As observações de Laplantine³⁰ apontam a Umbanda como um sistema de cura em que a pessoa é vista como partícipe de uma totalidade, de um sistema biopsicocosmológico, no qual ao biológico cabe uma parcela. Neste caso, a saúde ou a doença, ainda que se expressem no corpo físico, tem sua origem alhures, onde relações mais amplas são desenvolvidas, relações de afeto e desafeto, humanas e extra-humanas, enfim, dimensões outras que promovem a saúde ou a enfermidade e que são compreendidas como intimamente relacionadas ao próprio corpo.

Esses estudos antropológicos trazem como marca as ideias de que o corpo, a sua fisicalidade e os processos saúde-enfermidade são concebidos como integrados à dimensão moral da vida social. Como ressaltou Duarte³¹, a experiência da saúde-enfermidade envolve não somente a corporalidade imediata, mas uma gama de sentimentos, sentidos e valores que são mobilizados pela sociedade e pelos agentes sociais. Exemplares dessa dimensão moral agregada à noção do corpo nas sociedades contemporâneas são os casos das doenças mentais e de situações corporais específicas, tais como a reprodução e a contracepção, por remeterem às implicações explícitas de ordem moral. Neste sentido, o corpo não é apenas um dado natural, elementar, nem tampouco individualizado, mas

moldado pela cultura e sociedade, diferenciando-se nos grupos sociais e nos processos de socialização que lhes são específicos^{iv}.

Também revelam essas pesquisas concepções distintas da ideia de pessoa entre sociedades diferentes, bem como entre grupos diversos de uma mesma sociedade. Duarte³¹ apontou esta diferenciação ao analisar o processo saúde-enfermidade nas sociedades urbanas brasileiras, demonstrando que vários segmentos das classes populares não compartilham a mesma ideologia individualista da ideia de pessoa presente nos estratos sociais mais elevados. Desta forma, a saúde-enfermidade para aqueles segmentos apresenta-se como pertencente a um sistema totalizante, em que a ideia de pessoa expressa a lógica relacional e hierárquica de suas vidas sociais.

Reportando-se algumas contribuições antropológicas clássicas sobre o corpo, desde que o etnólogo da Escola Sociológica Francesa, Marcel Mauss³³ definiu-o como o primeiro instrumento sobre o qual incide técnicas, atos tradicionais capazes de orientá-lo e, até mesmo, moldá-lo às imposições sócio-culturais, o entendimento sobre o corpo viu-se relacionado ao contexto sociocultural. Mauss estabeleceu o vínculo entre o corpo - não mais como dado cultural envolto em uma subjetividade individualizante - e a dinâmica da vida social, e, conseqüentemente, a idéia de que a sociedade está intimamente presente no indivíduo, não só em sua mente, mas também, e em grande medida, nas posturas corporais. O que Mauss revelou é que o corpo esconde trabalho de séculos de socialização, concluindo que no adulto talvez não exista “maneira natural” nas posturas corporais.

Partindo de um referencial teórico distinto, mas tendo em vista o corpo e as diferenças sexuais, a antropóloga estadunidense Margaret Mead³⁴ admitiu que, embora estas diferenças sejam universais, as interpretações dadas a elas, isto é, os comportamentos socialmente esperados de homens e mulheres não são universais, dependem antes de *padrões culturais*. Estudando três sociedades indígenas diferentes, os povos das montanhas,

iv Como definido por Le Breton³²: “o corpo não existe em estado natural, sempre está compreendido na trama social de sentidos, mesmo em suas manifestações aparentes de insurreição, quando provisoriamente uma ruptura se instala na transparência da relação física com o mundo do ator (dor, doença, comportamento não habitual etc.)”. p. 32.

dos lagos e dos rios, na Nova Guiné, Mead demonstrou que cada sociedade elege, dentro de um repertório cultural delimitado, os *temperamentos* e as atitudes que serão específicos a cada sexo, de forma que atributos como coragem, zelo, independência, dentre outros, podem estar relacionados aos homens em uma sociedade e às mulheres em outra, ou a ambos, numa terceira^{34,35}.

O corpo é espaço de hierarquia e poder, e não por acaso o poder penetrou nos corpos (*biopoder*), nas sociedades modernas, disciplinando-os, buscando uma docilidade necessária para que a produção capitalista em expansão lograsse êxito³⁶. Os próprios processos corporais passaram a ser vistos por essa ótica; a explicação biomédica, hegemônica em nossa sociedade, por diversas vezes evoca, metaforicamente, relações hierárquicas entre os órgãos do corpo, visando uma maximização da economia corporal. É como se tudo se passasse, então, no interior do corpo, como uma miniaturização das relações sociais: imensas redes de informações estabelecem relações hierárquicas entre os órgãos e os sistemas biológicos, compondo uma intrincada teia microscópica de poder, onde há comandantes e comandados³⁷.

Como ressaltado no estudo clássico de Douglas³⁸, o corpo é matriz de múltiplos significados, servindo como metáfora poderosa da sociedade. O que uma determinada sociedade permite ou proíbe, o que promove ou interdita nas interrelações corporais expressam relações macrosociais de poder, pureza e perigo.

O que o corpo menopausado está a expressar, partindo da lógica do corpo como símbolo social, sobre nossa sociedade e cultura?

A antropóloga Mirian Goldenberg desenvolve há vários anos pesquisas sobre o corpo e os símbolos sociais a ele agregados, conferindo-lhe valor, inclusive financeiro, o que faz do corpo, entre nós, um veículo importante de ascensão social. Para ambos os sexos, ao corpo magro, sexy, jovem é atribuído o modelo ideal a ser perseguido para se ter êxito social e, conseqüentemente, ser valorizado em todos os sentidos³⁹.

O corpo feminino no processo climatérico/menopausa, e não só ele, seria a antítese do ideal de ascensão social, representando ao mesmo tempo o envelhecimento, o arrefecimento sexual e o descontrole do peso corporal. Os valores agregados ao corpo ideal são, invariavelmente, assumidos como tendo por finalidade a boa saúde, ou dito de outra forma, um corpo mais *natural*.

No entanto, vale lembrar que a ideia do “corpo naturalmente saudável” apresenta-se, paradoxalmente, como matriz cultural para o forte apelo da mídia ao consumo de produtos e serviços que possibilitam “modificar” o corpo. Como ressalta Goldenberg, o corpo, no Brasil, é mais valorizado do que a roupa, ou melhor, ele tornou-se a verdadeira roupa, e deve ser “exibido, moldado, manipulado, trabalhado, costurado, enfeitado, escolhido, construído, produzido, imitado; é o corpo que entra e sai de moda”³⁹. Para além do discurso do saudável, encontram-se valores estéticos que trazem em si modelos de corpos masculinos e femininos inalcançáveis⁴⁰.

Revestida pelo discurso do naturalmente saudável, a compreensão sobre o corpo e o processo saúde/enfermidade fixa-se novamente na dimensão estritamente biológica, ficando encobertas as matrizes socioculturais que a envolve.

O processo climatérico/menopausa explicita, tal como o próprio processo saúde/enfermidade, uma tensão existente entre a representação do corpo como elemento *natural* (biológico) e a sua compreensão sociocultural, não sendo desnecessário ressaltar que o que se entende por *natural* em uma sociedade pode não sê-lo em outra, não havendo univocidade de sentido. Sobre este ponto fundamental, estudos de pesquisadores da História da Medicina^{41,42,43}, e de antropólogos^{27,28,44,45}, entre outros, têm problematizado a existência de uma universalidade subjacente à idéia do corpo natural, isto é, do corpo tal como concebido biologicamente no Ocidente.

5. Metodologia

5.1 Internet e a veiculação de informações em saúde

Alguns autores destacam a importância que a televisão⁴⁶ e, sobretudo, a internet têm como fontes disseminadoras de informação em saúde^{47,48,49}. A internet tornou-se um dos veículos mais rápidos para a divulgação de informações e o público consumidor deste tipo de mídia vem crescendo vertiginosamente.

Considerando-se o acesso no trabalho, residências, telecentros e universidades, a internet registrou no Brasil, em 2006, um total de 32,9 milhões de usuários, gerando uma expectativa otimista no setor, uma vez que a atual política governamental busca a inclusão digital dos cidadãos por meio do barateamento dos computadores e dos serviços de banda larga^v. Entretanto, a despeito de a quantidade das informações em saúde crescer geometricamente em todos os segmentos da mídia, deve ser ressaltada a necessidade de um maior rigor na avaliação sistemática de seus conteúdos, referidos, em particular, aos esclarecimentos do processo saúde-enfermidade na internet^{47,48}, e na mídia em geral, principalmente aquelas explicações que tendem a reproduzir estereótipos de gênero, geração, etnia e classe tendo por base fundamentos biológicos.

Segundo dados de pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística - IBOPE//NetRatings^{vi} - divulgados em março/2007, o Brasil registrou no ano de 2006 o recorde mundial de acesso residencial à internet (Rede Mundial), ficando por oito meses à frente de países centrais como EUA, França e Japão. Contudo, a pesquisa revela que, enquanto nesses países o perfil sociocultural dos usuários é homogêneo, representado pelo cidadão de classe média, no Brasil o acesso se dá, sobretudo, nas classes mais elevadas, que têm também o hábito de consumir outras mídias, tais como revistas, jornais e televisão por assinatura. As mulheres representam 48% do total de acessos à internet, e na faixa etária dos 45 aos 54 anos, 18%.

v Cf. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística – IBOPE/NetRatings referente ao ano 2006. Disponível em: www.ibope.com.br. Acessado em 02/09/07.

vi Disponível em: www.ibope.com.br. Acessado em 02/09/07.

O consumo de outras mídias pelas classes elevadas confirmam dados levantados noutro estudo acadêmico, que examinou informações sobre a menopausa veiculadas em revistas, tanto naquela em que a temática voltava-se especialmente ao universo e aos problemas femininos, quanto noutras com recorte mais geral, demonstrando que a prevalência do público leitor era de indivíduos das classes A e B, com menor projeção na classe C⁵⁰.

Dentro dessa lógica, *Menopausa – o site da mulher madura*^{vii} (daqui para frente referido como *Menopausa*) propõe ser um espaço virtual, de jornalismo independente, com a intenção de informar e aconselhar, sobre as questões inerentes ao processo climatérico/menopausa, a mulher madura, isto é, as mulheres que se encontram na menopausa, as que já passaram por esse processo ou as que estão em vias de nele ingressar.

O *Menopausa* é hospedado pelo provedor UOL – *Universo On Line*, que tem forte penetração midiática no eixo Rio - São Paulo.

O nome do *site* é sugestivo, pois se contrapõe à representação social comum que se tem dessa fase da vida: a ideia de que a menopausa é o início do envelhecimento da mulher. De uma forma geral, a imagem da velhice nas sociedades ocidentais é negativa, associada à dependência, à enfermidade, à passividade, à deterioração e às idéias de encargo e ruptura⁵¹. O *Menopausa* assim exorta, desde o título, a uma atitude ativa da mulher diante da menopausa.

Dos nove membros que compõem a equipe do *Menopausa*, seis são médicos, sendo que quatro são ginecologistas, um mastologista, cuja especialidade é a cirurgia plástica da mama, e uma homeopata. A editora-chefe do *site* é jornalista, e as duas outras integrantes fazem parte do apoio visual e administrativo do espaço virtual.

O *Menopausa*, portanto, é um espaço de divulgação do saber biomédico, não

vii Disponível em: www2.uol.com.br/menopausa. Acessado em 08/08/2007.

só pela presença majoritária dos especialistas, mas também por manter uma ligação direta (*link*), tanto virtual quanto real, com a SOBRAC – Sociedade Brasileira do Climatério, uma vez que um dos supervisores médicos do *site* é diretor científico da SOBRAC. Há que se notar também que adverte enfaticamente: o conteúdo do *site* não substitui a consulta médica.

A apresentação do *site* é de fácil acesso: do lado esquerdo, em uma pequena coluna, encontram-se listados vários *sintomas* atribuídos ao processo da menopausa, mudanças hormonais, secura vaginal, incontinência urinária, falta de “tesão”, insônia, calores & suores, tristeza e depressão dentre outros, além das terapias de reposição hormonal, alimentação & exercícios, exames & prevenção etc. Clicando em um determinado *sintoma* ou num dos tipos de terapia, abre-se, no espaço à direita, uma janela contendo as respectivas explicações. Quando se entra no *site*, no espaço à direita, encontram-se várias colunas, como a de *destaque* da semana, informações referentes à *moda & menopausa*, o espaço para especialistas. Há ainda uma coluna denominada *mais interação*, que possibilita a internauta “conversar” com o especialista, trocar experiências com outras pessoas e avaliar seus *sintomas*. Por fim, há o canal *da SOBRAC*, que é exclusivo para médicos (para se ter autorização de acesso é necessário que se digite nome, e-mail, especialização e CRM).

5.2 A escolha do site Menopausa e dos textos médicos sobre menopausa

A escolha da internet como objeto de análise da representação do corpo na menopausa deveu-se ao fato de que este veículo da mídia vem experimentando um aumento vertiginoso de usuários que buscam informações de saúde, como já apontado anteriormente, e de *sites*. Os dados sobre a proliferação de *sites* na Rede Mundial, segundo informações do IBOPE/NetRatings, de 2004, para se ilustrar tal velocidade, passou de 18 mil registrados em 1995 para 30 milhões em julho de 2001.

Para a escolha do *site Menopausa* utilizou-se o *Google*, provedor de serviços de busca de maior acesso mundial na internet, por meio dos descritores: mulher,

menopausa, moda. A utilização destes descritores teve por objetivo selecionar previamente *sites* que contivessem representações sociais sobre a mulher na menopausa que não abrangessem somente informações de saúde. Nesse sentido, “moda” funcionou como um demarcador inicial de valores sociais agregados às informações sobre menopausa e envelhecimento, pretendeu-se assim captar estilos de vida informados para a mulher nessa faixa etária. Dentre alguns *sites* que contemplavam a existência de várias representações sobre o processo climatérico/menopausa localizados na pesquisa, *Menospausa* foi o escolhido, a partir de uma leitura e análise exploratórias de seu conteúdo.

Com relação aos textos médicos sobre menopausa, foram escolhidos aqueles de maior relevância para o ensino biomédico, referentes à construção do saber anatomofisiológico sobre o corpo feminino (como o *Manual de Fisiologia Humana* de Guyton, o *Tratado de Ginecologia* de Halbe e *Histologia Básica* de Junqueira e Carneiro), além das Normas e Manuais Técnicos editados pelo Ministério da Saúde, como o *Manual de Atenção à Mulher no Climatérico/Menopausa*, por orientar tecnicamente os protocolos locais das Unidades da Federação, servindo como modelo de conduta dos profissionais de saúde para a Atenção à Saúde da Mulher.

A literatura socioantropológica utilizada contempla o debate sobre corpo, mudanças corporais, em especial a questão que envolve o processo climatérico/menopausa como demarcador fisiológico do início do envelhecimento feminino, com a conseqüente discussão sobre o significado da feminilidade e a sua imbricação com o processo geracional na sociedade. Foram utilizados os conceitos de representação social e de experiência da doença.

Segundo Laplantine, representação social é “o encontro de uma experiência individual e de modelos sociais num modo de apreensão particular do real”³⁰, que envolve crenças, valores, não redutíveis aos aspectos cognitivos, não sendo, no entanto, irracionais. Para ele, representação informa a ação e associa-se sempre a uma avaliação valorativa que articula as dimensões individual e social.

Neste sentido, há na sociedade múltiplas representações que se interpenetram, configurando grupos sociais que compartilham de um mesmo aspecto representacional da realidade vivida. Tais grupos não são estanques, como também não são as representações por eles compartilhadas. A título ilustrativo, pode-se considerar que três mulheres de diferentes orientações religiosas, pertencentes a uma mesma classe social, de profissões diversas, de idades aproximadas e que tenham ingressado recentemente no climatério/menopausa, participem de um mesmo grupo para mulheres menopausadas em um Posto de Saúde. Se observadas somente no momento em que se encontram ali reunidas, talvez sejam esclarecidos os sentidos que atribuem à menopausa, no entanto, as representações que têm acerca do mundo, manifestas em suas diferentes inclinações religiosas, nas profissões, por exemplo, certamente podem revelar quais os significados que o corpo e os processos corporais assumem neste momento de suas vidas, expressos não somente pelo pertencimento ao grupo mencionado, mas também pelos tantos outros nos quais se encontram vinculadas, e que, por sua vez, podem prover a elas, temporariamente ou não, visões de mundo diferenciadas.

Desta forma, Laplantine fornece elementos teóricos para se pensar como determinadas visões de mundo se aglutinam e dissolvem-se no tempo e no espaço, expressando-se nos grupos sociais, e quão variável é o movimento representacional, sempre tendo por base os indivíduos e suas interações sociais, porque a sociedade é o *locus* por excelência onde as representações são geradas e continuamente ressignificadas.

Conceber o climatério/menopausa como não patológico não significa necessariamente dizer que ele não é vivido de maneira problemática por muitas mulheres. As postagens no *site* permitem inferir que embora seja uma passagem, a menopausa é experimentada de várias formas, com sinais corporais também diversos, podendo variar de leves a intensos, sendo no caso destes últimos narrados como experiência do sentir-se doente.

Sentir-se doente passa pelo diagnóstico médico, mas diz respeito, sobretudo, as sensações e percepções que se têm do próprio corpo e dos processos corporais, como se

algo estivesse fora do lugar, ou melhor, fora de controle.

A análise da experiência da doença, como apontou Alves⁵², possibilita deslindar as conexões existentes entre as sensações corporais, numa dimensão subjetiva, e o repertório de significados socioculturais disponíveis ao sofredor, capazes de atribuir sentido ao seu sofrimento, numa dimensão objetiva.

Tal repertório encontra-se inscrito nos saberes científicos e tradicionais sobre o corpo, transmitidos aos membros de uma sociedade em determinado tempo e lugar, ressignificados pela experiência e biografia peculiares daqueles que adoecem. A interação entre essas duas dimensões possibilita que a doença, a dor, sejam mais do que simples percepção individual de quem sofre, sejam, enfim, consciência da condição de se estar enfermo, de ser reconhecido socialmente como portador de enfermidade. Nesse sentido, a enfermidade não é tanto o fato de existir “impressões sensíveis, e sim o sentido atribuído a elas (...) [circunscritos] às reações corporais em sistemas significantes”⁵².

As dimensões objetiva e subjetiva do processo do adoecimento encontram-se imbricadas nas diferentes narrativas fornecidas pelos sujeitos em seus relatos, pois como observa Canesqui⁵³ e Barsaglini⁵⁴, permitem compreender como uma determinada enfermidade afeta os projetos de vida, como são manejados recursos materiais, psicológicos e sociais para administrar a convivência com eventuais limitações biopsicossociais. Tais condições são peculiares, mas passíveis de significação somente a partir das análises histórica e sociocultural nas quais estão inseridas.

As narrativas são, para Bury⁵⁵, a forma pela qual os sujeitos se apresentam para o mundo e diante de si mesmos, tendo, deste modo, um caráter performativo. A ação torna-se inteligível tanto para o “eu” como para os outros, integrando-se assim ao contexto social amplo.

Cabe aqui uma referência rápida à história das narrativas, observando-se a importância que tiveram nas décadas de 1950 e 1960 para os estudos de grupos marginais

na América Norte, e a contribuição das feministas que, ao desenvolverem novos procedimentos epistemológicos, abriram espaços para formas também novas de se acessar a experiência pessoal⁵³.

Recentemente, as narrativas têm despertado o interesse tanto das humanidades quanto das ciências da vida⁵⁶ e, particularmente no caso das doenças crônicas, vêm sendo valorizadas como instrumento de investigação do cotidiano dos sofredores, suas estratégias na administração dos cuidados com a saúde e como tal condição afeta suas identidades e projetos de vida.

Como observaram Silva e Trentini⁵⁶, dentre as várias formas de narrativas possíveis encontram-se aquelas que enfocam determinados episódios, referentes à descoberta de uma doença, de um sintoma, em particular, e que podem ser colhidas a partir das respostas dadas a uma pergunta ou estarem contidas em um relato mais amplo. O que deve ser enfatizado, segundo as autoras, é que tais narrativas precisam conter os elementos básicos comuns a todos os tipos de narrativas, quais sejam, ter começo, meio e fim.

Estruturadas desta forma elementar, tendo como característica principal o fato de serem concisas e de seus enredos obedecerem a uma seqüência facilmente identificável, as autoras as nomeiam de narrativas breves⁵⁶.

Concebidos a partir desta ótica, os relatos das internautas no *Menospausa* podem ser vistos como narrativas breves, que contam como a menopausa irrompeu em suas vidas, seus sinais e os significados atribuídos a esse evento.

O itinerário metodológico da análise das narrativas breves seguiu o percurso oposto ao convencional, a medida que se buscou estabelecer um roteiro de questões a partir dos próprios relatos, extraindo os comentários significativos. Foram separadas as quarenta e oito postagens constantes na seção *MaisInteração*, e após tematizadas, foram escolhidas aquelas que se apresentaram como exemplares para a interpretação.

Por fim, entende-se gênero como um dos eixos que compõem o sujeito, além da

geração, classe social e etnia, e como construído histórica e socialmente, estabelecendo assim relações de poder. Neste sentido, atenta-se para a construção simbólica do corpo feminino em oposição ao masculino, em particular, como a biomedicina o concebe. Trata-se do que Scott chamou de conceitos normativos, que evidenciam as interpretações dos sentidos simbólicos, e que propõem definir categoricamente e sem margem de erros os significados do masculino e do feminino partindo do binarismo sexual¹⁵.

5.3. Sobre o conceito de virtual, comunidades virtuais e a emergência de novas formas de comunicação

Para análise do site, busca-se delinear uma definição do ambiente virtual, posto que ele, muitas vezes, é entendido como da ordem do ilusório, do fantástico e, portanto, não passível de traduzir as experiências cotidianas, essas sim vistas como expressões da realidade comum da vida das pessoas.

Algumas considerações do filósofo francês Pierre Lévy são interessantes para se pensar os espaços virtuais, ainda que muitas das conseqüências de suas inferências estejam marcadas por um otimismo exacerbado nas tecnologias, concebendo-as utopicamente como promotoras de um “futuro humano glorioso”⁵⁷.

Primeiramente, diz Lévy⁵⁸, diferentemente do que se costumam pensar, o virtual não se opõe ao real. A virtualização é um processo que desde sempre participa da história da humanidade, e está para além da informatização. Virtuais são as leis, as línguas, as formas de comunicação, entre outros exemplos apontados, e compõem uma dimensão do real. Não se opondo à realidade, o virtual é fatível e seu contrário é a atualização. Neste sentido, o virtual é um devir, movimentando-se para o atual e pressupondo sempre a heterogeneidade.

Em segundo lugar, o autor atribui dinâmica ao processo de virtualização, onde ele mesmo, o virtual, problematiza um determinado atual, em configurações múltiplas que inclui o imprevisível. Tal processo está presente na formação de comunidades virtuais, isto

é, num grupo de pessoas que, embora não se encontrem fisicamente juntas, interagem. O virtual produz efeitos.

Enfim, o que seria característico da nossa época, segundo Lévy⁵⁸, não é a virtualização, mas o advento da informática como aquilo que chama de *tecnologia intelectual*. O conceito diz respeito às técnicas que envolvem a criação de computadores, microprocessadores, programas, às estruturas lógicas e formais da linguagem interativa entre o homem e a máquina e, principalmente, à mediação digital que a técnica proporciona entre a percepção e a ação, ou seja, a tecnologia entendida como técnica, conhecimento e o discurso sobre estes saberes proporcionados por meio dela⁵⁹.

Nesse aspecto, ganham relevância novas formas de comunicação. A mediação digital envolve a linguagem, principalmente a escrita, mas num tempo outro, mais rápido, as frases devem ser concisas, diretas, encerrando em si todo o conteúdo da mensagem, que não pressupõe um conhecimento prévio do que foi dito ou escrito.

A ênfase na tecnologia está naquilo que ela torna possível, no seu efeito dialógico, na interatividade instantânea. Assim, pela mediação digital, indivíduos distanciados fisicamente dividem entre si problemas, experiências, afetos, conflitos, soluções, compondo o que é próprio do cotidiano da vida.

Desta forma, propõe-se a análise dessas experiências no *site* concebidas como formas de narrativas.

Expostas essas considerações, esclarece-se que foram selecionados os textos da literatura a partir de itens disponíveis no *site*, que podem ser designados como “problemas da menopausa”. Procedeu-se a leitura textual, destacando-se os temas mais frequentes apontados na literatura e no espaço interativo do *site*. Neste momento, procurou-se apreender os significados que os vários termos, principalmente aqueles referentes à definição e sintomatologia climatéricas, têm na biomedicina. Posteriormente, os textos foram relidos e resumidos, demarcando-se as teses apresentadas pelos autores e seus

argumentos, passando-se para a análise temática⁶⁰.

A análise temática foi realizada como propõe Minayo⁶¹, qual seja, buscando-se descobrir os núcleos de sentido dos enunciados, descortinando, qualitativamente, a frequência de certos temas e a conseqüente valorização que assumem como modelos de comportamento encontrados nos discursos.

Em seguida, foram enumerados os temas que apareceram reiteradamente tanto nos textos quanto no *site*, para classificação e análise. A classificação obedeceu à lógica da separação entre os elementos constitutivos dos saberes sobre o corpo, usualmente divididos em somáticos, psíquicos e sociais. Finalmente, procedeu-se a análise dos temas classificados, distribuídos em categorias gerais tais como menopausa, corpo, envelhecimento, corpo feminino, cuidados e pessoa, interpretando-os à luz das leituras socioantropológicas realizadas, conforme a orientação teórica descrita anteriormente.

Mediante a contextualização do tema e da metodologia precedentes, o presente trabalho se divide em três capítulos.

No primeiro capítulo, contextualizo historicamente o processo climatério/menopausa, explicitando como os conceitos de climatério e menopausa, até certo período da história tomados como eventos corporais independentes, passaram a denominar exclusivamente a etapa da vida feminina em que ocorre a cessação definitiva da menstruação. Vários fatores contribuíram para que a doença do climatério, registrada anteriormente como enfermidade predominantemente masculina, fosse incorporada ao conceito estritamente feminino da menopausa, entretanto, focalizo as mudanças de ordem epistemológica que possibilitaram tal associação nas idéias médicas do século XIX. Essas ideias, que ainda hoje repercutem no conceito médico da menopausa, se encontravam imbricadas na forma nova de conceber o corpo como portador de uma natureza comum e universal, configurada anatomicamente pelas diferenças intransponíveis entre os sexos. A diferenciação sexual fez surgir uma ciência específica para cuidar da saúde e dos problemas femininos, a ginecologia, porta-voz de um saber científico sobre o corpo da mulher,

traçando em diversos momentos, por meio da associação entre aparelho reprodutor e cérebro femininos, o comportamento *normal* e *saudável* esperado das mulheres, e o corpo anatomicamente desejável.

No segundo capítulo, analiso o *site Menopausa*, apontando para a construção e representação biomédicas do corpo menopausado neste espaço da mídia. Vários temas se sobressaem, dentre eles os sintomas e as respectivas explicações, a sexualidade feminina e os afetos neste período, e a associação entre menopausa e envelhecimento. Destacam-se as terapias utilizadas para amenizar os problemas com a menopausa, e as concepções distintas do processo saúde-enfermidade das quais são portadoras, além da valorização do corpo jovem, magro e sexy como símbolo de um ideal de feminilidade.

Por fim, no terceiro e último capítulo, discorro sobre a experiência com o climatério/menopausa, por meio dos relatos das internautas constantes na seção *MaisInteração*, que indicam representações distintas de tal processo, bem como formas diversas de se conceber o corpo e experimentar esse momento da vida feminina. Nas considerações finais, reitero tal diversidade, apontando o processo climatério/menopausa como evento que, embora comum, é portador de múltiplos significados.

CAPÍTULO I

Saberes médicos sobre o processo climatérico/menopausa

Início este capítulo contextualizando historicamente conceitos biomédicos que guardam semelhança e se referem a uma etapa comum da vida reprodutiva feminina, quais sejam, *climatério* e *menopausa*. Todavia, enquanto o termo *menopausa* passou a ser utilizado pela medicina somente a partir da segunda década do século XIX, nomeando o evento estritamente feminino caracterizado pela cessação definitiva da menstruação, *climatério* encontrava-se inscrito na tradição imemorial do pensamento popular antigo, designando períodos da vida, quer fossem de homens ou mulheres, em que ocorriam mudanças significativas no organismo humano.

A estes dois conceitos um terceiro veio se juntar, *doença do climatério*, diagnosticada nas primeiras décadas do século XIX como enfermidade preponderantemente masculina. A medicina reinterpreto o significado antigo do climatério, classificando-o como enfermidade decorrente do envelhecimento. O desenvolvimento de uma nova epistemologia sobre o corpo e os processos corporais ensejou mudanças profundas na forma como a medicina moderna passou a conceber a anatomia e fisiologia humanas, fazendo surgir uma nova ciência da mulher, a ginecologia, com explicações objetivas e neutras sobre o corpo e o comportamento feminino. Neste processo, encontrou-se imbricado o movimento de confluência do entendimento biomédico da doença do climatério para o conceito da menopausa.

1. *Climatério, Doença do Climatério e Menopausa*

- *Then your disease is sixty-three*. Assim enunciou o médico, revelando seu diagnóstico ao paciente, um homem de 63 anos que, acometido por enorme fraqueza, debilidade ao caminhar, sono agitado, ansiedade recorrente, e que após meses de observação e exames médicos, não fora encontrada causa alguma para a sua enfermidade. O ambiente social era a Inglaterra do século XIX. Diagnósticos como este não eram incomuns naquele período, sempre relacionado ao sexo masculino, e a enfermidade associada a sintomas sem causas aparentes depois dos 50 anos de idade denominava-se *doença do climatério*⁴³.

O que talvez pareça estranho ao leitor contemporâneo seja o fato de o diagnóstico se dirigir a um homem, acostumado que se está com a associação entre climatério e menopausa, considerando-os eventos corporais predominantemente femininos, e também não menos estranho atribuir direta e exclusivamente à idade males tão generalizados no corpo.

Entretanto, a ideia da doença do climatério como passagem por um período de profundas e críticas alterações no corpo causadas pelo envelhecimento ancorava-se numa tradição popular antiga, que nomeava climatério os períodos em que ocorriam mudanças significativas no organismo humano.

Palavra originalmente grega, *klimakter*, pelo latim *climacterium*, climatério significava ano crítico, difícil de passar, marcado por mudanças fisiológicas e mentais de grande amplitude, representado por cada ano múltiplo de sete (ou nove, dependendo da tradição) da vida humana. Conquanto na infância e juventude representasse a ascensão para um grau maior de perfeição orgânica tendo por ápice o indivíduo adulto, portador integral da potência e funções corporais, com o passar do tempo transformava-se em “inimigo” a se vencer, em particular, atribuía-se ao sexagésimo terceiro ano climatérico o momento decisivo: caso fosse superado, tanto o homem quanto a mulher experimentavam um vigor novo em suas vidas; caso contrário, sobrevinha à morte ou a vida esvanecia-se lentamente, com o esgotamento progressivo das forças físicas e psíquicas e o aparecimento de males diversos⁴³.

Em 1813, Henry Halford, médico ilustre de George III, descreveu cientificamente a *doença do climatério* como uma série de mudanças físicas que ocorriam no organismo com o processo do envelhecimento. Quase imperceptíveis no começo, os sintomas tornavam-se agudos com o desenvolvimento da doença, e eram referidos como cansaço constante, perda de apetite, inchaço, além de perturbações psicológicas diversas⁴³.

Apesar de o primeiro registro médico oficial da doença do climatério ter sido relacionado a um homem e os diagnósticos serem atribuídos regularmente ao sexo masculino, os médicos há muito a verificavam também nas mulheres⁴³, porém,

encontravam dificuldades de distinguir os sintomas desta enfermidade daqueles relacionados à cessação definitiva dos catamêniosⁱ.

A supressão definitiva da menstruação foi estudada cientificamente desde o século XI, como apontam registros históricos que atribuem a Trotula de Salerno – cognominada *Sapiens Matrona* –, primeira médica e professora da célebre Escola Médica de Salerno, a descrição da faixa etária em que tal fenômeno ocorre. Posteriormente, no século XII, Hildegard Von Bingen, renomada abadessa e cientista germânica de família nobre, além de ter estudado o período em que acontece o término definitivo das menstruações, associou-o à atrofia uterina⁶².

Em 1821, o médico francês Charles Gardanne publicou o livro *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*; utilizando a união dos termos *ménès* e *pause* – em português, mês e fim, respectivamente – deu o nome de menopausa ao fim definitivo do sangramento mensal das mulheres, classificando-o como síndrome.

Como destaca Stolberg⁴³, durante o século XIX vários médicos escreveram sobre a menopausa, climatério e doença do climatério, sendo influenciados ora por um, ora por outro conceito, ou muitas vezes fundindo-os. O período imediato que antecedia ao desaparecimento definitivo dos catamênios, o espaço de tempo ocupado por essa mudança e os anos subseqüentes a supressão definitiva da menstruação, segundo escreveu o médico fisiologista inglês Marshall Hall, poderiam ser apropriadamente denominados como primeiro climatério feminino, devendo, no entanto, ser observado com cuidado para se ter certeza do diagnóstico. Um segundo período climatérico ocorria com o declínio do poder vital, este decorrente do envelhecimento da mulher.

A confluência gradual da doença do climatério para a menopausa promoveu a também gradual alteração da visão médica dos sintomas dos pacientes. A ideia da doença do climatério, como evento fisiológico intimamente relacionado ao envelhecimento, foi

ⁱ Cf. Dicionário Houaiss digital: Catamênio: *s.m. Menstruação (fluxo de sangue). ETIM substv. do adj. neutro gr. katamênion 'mensal', de katamênios,os,on 'de cada mês'; cp. gr. tà katamênia 'o mênstruo das mulheres'*.

transposta para o conceito da menopausa, apoiando-se no entendimento médico comum de que ambas significavam o fim do período reprodutivo, tanto para os homens quanto para as mulheres a partir de uma faixa etária, constantemente verificada entre os 50 e 65 anos de idade. Em contrapartida, várias queixas consideradas até então como exclusivamente associadas à menopausa passaram a ser vistas como indicativas da doença do climatério nos homens. Tornou-se freqüente, a partir da metade do século XIX, diagnosticá-la levando-se em conta, sobretudo, as queixas masculinas emocionais e psiquiátricas, tais como angústia, temores súbitos, entre outros sintomas, anteriormente relacionados somente a menopausa. Desta forma, em 1865, o *Royal Hospital* de Edimburgo apresentava em seu quadro de pacientes sessenta e cinco homens com diagnóstico de insanidade atribuída à doença do climatério⁴³.

No mesmo período, o renomado médico obstetra londrino Edward Tilt sugeriu por meio de análises estatísticas dos sintomas, a associação entre menopausa, involução ovariana e envelhecimento, associação esta que ainda hoje ecoa nas teorias médicas sobre a menopausa⁶². Tilt tornou-se um dos porta-vozes mais influentes da convergência da predominantemente masculina doença do climatério para os sinais corporais provenientes da menopausa, assim a reinterpretação médica dada ao conceito tradicional do climatério, com o decorrer do tempo, passou a operar de forma análoga a menopausa, referindo-se estritamente ao final da vida reprodutiva feminina.

A interpretação de Tilt sobre o processo reprodutivo feminino estava inscrita na lógica hipocrática que pressupunha a saúde a partir do equilíbrio dos humores, e o modelo fisiológico vigente era ainda aquele estabelecido por Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), eminente anatomista, fisiologista e terapeuta. Como postulado por Hipócrates, Tilt via o corpo como *locus* de fluxos humorais constantes, sujeito às influências do meio, e seguindo o modelo galênico, concebia a menstruação como pertencente ao sistema da economia corporal: do escoamento mensal do sangue em excesso provinha o equilíbrio necessário à manutenção da saúde orgânica, com a conseqüente purificação do corpo³⁷.

No intervalo de tempo imediatamente anterior a menopausa, denominado

período dos calores, os *fogachos* serviam como mecanismo de segurança compensatório pela falta da menstruação, os humores então eram equilibrados pela transpiração excessiva presente nesta fase³⁷. A menopausa era concebida como uma etapa particularmente perigosa da vida feminina, pois, passado o período dos calores, o corpo não encontrando formas de equilibrar os humores, tornava-se impuro, particularmente o sangue. Dessas impurezas advinham toda sorte de doenças, o sangue transformava-se assim em agente propagador de moléstias, porque a partir dele o corpo todo poderia envenenar-se⁴³.

A ideia da depuração orgânica promovida pelo sangramento mensal feminino encontrava seu correspondente masculino no fluxo hemorroidal e na hemorragia boa, isto é, no sangramento do corpo não adoecido. Tais sangramentos foram compreendidos durante muito tempo como formas de menstruação⁴¹.

Neste contexto de aparente indistinção entre os mecanismos fisiológicos masculino e feminino da reprodução, a anatomia corporal apresentava-se, como dito anteriormente, sob forte influência da explicação fornecida pelo modelo anatômico galênico, que perdurou por pelo menos quatorze séculos, ou seja, durante todo o medievo⁶³. Galeno propunha aquilo que Laqueur chamou de isomorfismo galênico, ou seja, a similaridade entre pênis e vagina, escroto e útero, ou dito nas palavras do grande anatomista, *se virarmos [os órgãos genitais] da mulher para fora e, por assim dizer, virarmos para dentro e dobrarmos em dois os do homem, teremos a mesma coisa em ambos sob todos os aspectos*⁴¹.

Galeno compartilhava de uma ideia científica comum em sua época: a natureza havia feito homens e mulheres iguais. E mesmo com a descoberta da próstata por Herófilo, anterior ao século XIV, o senso médico corrente era que homens e mulheres tinham vasos espermáticos e sêmen. A conjugação do sêmen de ambos se fazia necessária para a reprodução da vida, respectivamente o primeiro e segundo princípios da geração, tal como Hipócrates havia propugnado⁴².

A diferença anatômica dos sexos de homens e mulheres, a despeito de a

localização dos órgãos ser externa nos primeiros e interna nas segundas, não repousava numa concepção biológica do corpo, mas numa relação mais ampla, envolvendo discussões filosóficas profundas: feitos de uma mesma substância, ambos os sexos gozavam da perfeição orgânica necessária para reproduzir a vida. A diferença não era entendida, em si e por si mesma, como sinal de oposição biológica, mas de complementaridade de uma substância geradora única.

O fato é que a biologia e fisiologia dos corpos, naquele período, não pretendiam explicar o lugar social e sexual de homens e mulheres, muito pelo contrário, as teorias médicas acabavam por reforçar uma visão de mundo permeada por hierarquias e diferenças sociais, nas quais a morfologia dos corpos sexuais não representava a instância última, definidora e definitiva, tal como aconteceu a partir da Idade da Razão até nossos dias, dos papéis sociais e sexuais masculino e feminino⁴².

A ideia das diferenças sexuais intransponíveis foi uma das muitas mudanças no modo de conceber o corpo operada pelo Iluminismo. Esta mudança representou uma resposta à crise do pensamento metafísico e das convicções religiosas, mas foi, sobretudo, uma revolução epistemológica, à medida que uma nova explicação para os processos corporais foi elaborada, ancorando-se na ideia de uma natureza comum e universal dos corpos⁴².

2. O Cartesianismoⁱⁱ

O desenvolvimento de uma nova epistemologia fez parte do desdobramento da definição moderna de ciência, tendo como uma das bases para o novo pensar científico a doutrina do filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650), recolocando em destaque o sujeito cognoscitivo perante a realidade a ser conhecida⁶³.

Por meio da dicotomia entre sujeito e objeto, espelhando-se nas ciências

ii O termo *cartesianismo*, segundo o filósofo e ecólogo Marcelo Pelizzoli, não indica somente o mau uso da filosofia de Descartes, mas, em especial, “um modelo de produzir conhecimento válido, imposto a partir da Revolução Científica, com posturas reducionistas muito problemáticas para a consideração e inserção vital do homem no mundo”⁶⁴. p. 128.

naturais como exemplar epistemológico para todas as ciências, o modelo cartesiano tornou imperativo, na busca pelo conhecimento verdadeiro e, por conseguinte, racional, científico e objetivo, o afastamento radical do ser que conhece do objeto a ser conhecido, em detrimento do primeiro não se reconhecer no segundo nem tampouco nele perceber-se contextualizado. Afastavam-se assim do raciocínio científico as opiniões e os afetos, por serem da ordem do subjetivo e capazes de induzi-lo ao erro.

Como salientou a filósofa estadunidense Susan Bordo⁶⁵, a separação entre sujeito e objeto, entre a interioridade invisível e o exterior visível proposta pelo método cartesiano, delimitou o mundo como inóspito e enganador, no qual a mulher foi vista como o outro, num processo de individuação que, amparado pela analogia com a natureza, concebia o feminino como incontrolável, perverso e misterioso. Descontrole, perversidade e mistério que revestiam o processo reprodutivo feminino, evocando o enigma da própria existência e uma natureza lembrada nem tanto pelo seu poder de gerar, mas, sobretudo, pela sua capacidade de destruir, como se referira Bacon, tecendo com cores sombrias e atribuindo à natureza, isto é, a uma visão culturalmente compartilhada de uma natureza aterradora, um dos piores períodos de misérias, pestilências e fome vividos pela humanidade, compreendidos entre 1550 a 1650.

O questionamento dessa base fundacional do pensamento científico moderno vem sendo promovido, especialmente, por teóricas feministas do gênero, que buscam um modelo epistemológico baseado não mais na separação e distanciamento do sujeito do conhecimento, mas na sua proximidade e interatividade com o objeto a ser conhecido, numa crítica profunda ao modelo cartesiano e aos seus pressupostos que fragmentam e cindem a realidade em opostos radicais.ⁱⁱⁱ A ideia cartesiana da autonomia do sujeito,

iii O resgate do sujeito encontra-se na base da crítica feminista pós-estruturalista às dicotomias presentes no pensamento científico moderno. Com relação ao sujeito do conhecimento pressuposto pela Ciência Moderna, as críticas dirigiram-se à ideia da existência de um homem universal, portador exemplar de coerência, racionalidade e tantos outros atributos idealizados, mostrando que, na verdade, tratava-se especificamente do indivíduo ocidental, branco, heterossexual, do sexo masculino. Sobre as dicotomias do pensamento moderno, os estudos mais recentes destacam a necessidade de serem reunidas as esferas subjetiva e objetiva na reflexão sobre o processo do conhecimento. Neste ponto, em particular, nota-se a ênfase de alguns autores na análise socioantropológica dos aspectos subjetivos, isto é, dos afetos, das emoções, como elementos constitutivos dos saberes eruditos e como causa significativa da ação humana. Para uma contextualização deste tema, veja-se Ortner SB. *Subjetividade e Crítica Cultural*⁶⁶.

apontada por Bordo⁶⁵ como resposta do homem à angústia masculina de controlar a natureza – o que equivale a dizer, controlar o feminino -, remonta à fundação da ciência moderna, no entanto, ainda hoje seus ecos são audíveis. Esse caminho epistemológico já demonstrou ser insuficiente para a instauração de uma racionalidade e ética que se queiram fundadas no princípio de equidade, à medida que todo projeto da razão e comportamento ético deve superar os antagonismos que hierarquizam os humanos em superiores e inferiores, independente de serem eles baseados em pressupostos socioculturais e/ou biológicos das diferenças, devendo a alteridade prevalecer antes, durante e para além do processo do conhecimento, pois é condição para uma vida equânime.

Vale lembrar que a segunda regra do método cartesiano estabelecia o caminho a ser percorrido pelo pensamento na busca do conhecimento objetivo, qual seja, a ideia de que para se conhecer cientificamente é necessário dividir o objeto em tantas partes quantas forem necessárias⁶³, o que significou, para a consolidação da medicina moderna, a fragmentação do corpo em partes, cada parte sendo entregue ao estudo de uma especialidade biomédica nascente.

A ginecologia surgiu assim como especialidade médica cuja missão é investigar os atributos específicos da mulher, sua fisiologia e as patologias inerentes ao aparelho reprodutor feminino, ou seja, uma ciência da mulher. Baseada na ideia das diferenças sexuais intransponíveis ela abrigou, sob o manto da ciência médica moderna, a desigualdade das hierarquias sociopolíticas já existentes entre homens e mulheres, inscrevendo-as nas diferenças anatômicas de seus sexos dadas *a priori* pela natureza. Desta forma, forneceu explicações “naturais” e “objetivas” assentadas no dimorfismo sexual para a interação complexa entre corpo e mente femininos, entre razão e instinto, meio-ambiente e moral⁶⁷.

Tais explicações pressupunham a existência de uma natureza comum, uma essência feminina universal, baseadas em características tidas por naturais que recobriam de especificidades o corpo e, conseqüentemente, o comportamento feminino, como a ideia que “as capacidades intelectuais eram mais características dos homens (...) as mulheres eram

mais dominadas pelas funções sexuais e, por isso, eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas”⁶⁷. Este entendimento do corpo feminino justificava a necessidade da intervenção científica operada pela ginecologia: uma vez que por si mesmas as mulheres eram vistas como menos propensas ao autocontrole. Ao médico ginecologista caberia o papel de educador sanitário e agente moral, zelador não só da saúde reprodutiva feminina, mas também dos bons costumes e da ordem social estabelecida¹⁷.

3. Da ovariectomia à reposição hormonal: o excesso e a falta definindo o corpo e o comportamento feminino

Revisando criticamente as teorias médico-científicas do final do século XIX a partir das teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a antropóloga Fabíola Rohden⁶⁸ observa que, comumente o discurso biomédico ressaltava a influência do ambiente físico e cultural no organismo humano, visto que os aspectos fisiológico, mental e social eram concebidos como intimamente interligados. Sobreposta a essa concepção jazia a ideia científica comum de instabilidade: tanto os processos fisiológicos quanto os sociais eram suscetíveis às mudanças constantes. A explicação biológica era privilegiada, contudo, “aquilo que a natureza havia fornecido poderia ser modificado pelo ambiente, a nutrição ou a vida social”⁶⁸.

Elaboraram-se, então, normas médicas de controle dos corpos social e individual vistos como relacionados e extremamente propensos à desordem, à doença. Neste processo, como anteriormente enunciado, o corpo feminino teve preponderância, é nele que as lentes médicas foram focadas, pois era preciso conhecer esse corpo coberto de mistérios, mais instável porque sujeito às oscilações constantes dos afetos; corpo emotivo, que se apaixona, chora, ri, que sangra mensalmente e engravida. Aliás, a capacidade reprodutiva das mulheres foi um dos temas recorrentes do discurso médico no século XIX, do bom desempenho do aparelho reprodutor feminino dependia o crescimento e progresso sociais^{68,69}.

A instabilidade do corpo e comportamento das mulheres, a partir da década de

1860, encontrou sua sede na estrutura do aparelho genital feminino, segundo o pensamento médico corrente, em particular, nos ovários. A ideia era que certas desordens mentais tinham sua origem em patologias dos órgãos reprodutores, sendo aconselhadas cirurgias nos genitais, ou em casos específicos, a ablação cirúrgica dos ovários ou ovariectomia como prática terapêutica. Como detalha Rohden⁶⁹, a tese do médico Miguel Archanjo da Silva, de 1873, é explícita neste sentido, pois recomendava tal procedimento para “coibir a sensualidade de certas mulheres debochadas”.

Entretanto, tratava-se de prática polêmica, pois devido ao alto índice de mortalidade das mulheres a ela submetidas, era observada com desconfiança por grande parte do corpo médico e recomendada somente nos casos de alienação severa.

A relação direta entre cérebro e órgãos sexuais feminino possibilitava que diagnósticos de desordens mentais fossem corroborados, não somente pela observação dos comportamentos tidos por desviantes, mas também pela genitália feminina, visto que uma parcela grande das reclusas por alienação tinha lesão no aparelho genital. Assim, mulheres com endometrites, papilomas entre outras observações clínico-ginecológicas, tinham seus diagnósticos de transtorno mental confirmados pela conjugação de tais afecções com os comportamentos que apresentavam como etilismo, melancolia etc.⁶⁹

A maioria das mulheres com diagnóstico de transtorno mental asiladas em manicômios, como aponta Rohden⁶⁹, era jovem, e alguns comportamentos descritos como lascivos; nesses casos a cirurgia genital ou a curetagem uterina eram empregadas para “conter” seus “excessos” e pôr fim aos problemas mentais. Percebe-se a vinculação imediata entre órgãos genitais e comportamento feminino, tendo por óbvio que a intervenção cirúrgica (muitas vezes radical, como no caso da ovariectomia) nos primeiros resultaria na mudança esperada no segundo. Percebe-se ainda a ideia da economia corporal sendo balizada pelo socialmente aceito e esperado, o excesso, como acontecia com as reclusas, visto como desordem e inadequação ao convívio social, daí a necessidade do isolamento.

É preciso esclarecer que, o entendimento médico da sexualidade no final do século XIX, como bem observou a historiadora Magali Engel⁷⁰ ao retratar o estatuto médico, jurídico e sociocultural da prostituição no Rio de Janeiro naquele período, associava o intercuro sexual à necessidade imposta pela natureza para a reprodução, o desejo sendo socialmente legitimado pelo casamento. Nestes termos, a sua simples e livre manifestação fora da união conjugal convencionada e não direcionado a fins reprodutivos configurava-se como excesso, e o que era tido por movimento biológico natural para a perpetuação da vida transformava-se em perversão e esta, por fim, indicava que o organismo encontrava-se adoecido, capaz de se degenerar. Na base desta concepção encontravam-se os valores tradicionalmente atribuídos às mulheres: valorizadas como mães e esposas, delas era esperado resguardo e comedimento, atributos essenciais para desempenharem suas tarefas como zeladoras do lar e mantenedoras da unidade familiar⁷¹.

No início do século XX, com o progresso das técnicas de assepsia, as cirurgias ginecológicas, dentre elas a ovariectomia, ganharam impulso. No entanto, uma nova discussão tomou lugar neste cenário: tratavam-se de teorias médicas que se contrapunham à extirpação de órgãos ou cirurgias do aparelho reprodutor feminino, pois consideravam como necessária a manutenção da sua integridade para a saúde física, mental e sexual da mulher⁶⁹.

Essas teorias baseavam-se em descobertas realizadas na Europa, no final do século XIX, atribuindo um papel importante aos testículos e ovários por produzirem secreções fundamentais ao equilíbrio da saúde de homens e mulheres, respectivamente a testosterona e o estrogênio.

Se, por um lado, a descoberta dessas secreções – os hormônios sexuais -, refreou cirurgias mutiladoras no corpo das mulheres, por outro, manteve inalterada a ideia da ligação íntima entre órgãos sexuais e cérebro femininos, ou ainda, os achados científicos de tais substâncias químicas possibilitaram à biomedicina estreitar os laços dessa associação, repercutindo na concepção do processo reprodutivo como um todo e, conseqüentemente, no entendimento do climatério/menopausa.

Em 1889, o fisiologista francês Charles Édouard Brown-Sequard testou em si mesmo extratos de testículos animais, relatando à Sociedade de Biologia parisiense ter experimentado um revigoramento de suas forças físicas. Posteriormente, o cientista francês, Régis de Bordeaux, informou ter obtido resultados positivos na aplicação de extratos ovarianos em uma paciente acometida de insanidade decorrente da menopausa. O médico alemão, Theodore Landau, em 1896, em sua clínica em Berlim, registrou o sucesso do uso de ovários dissecados para tratamento de sintomas da menopausa¹⁹. Essas descobertas repercutiram mundialmente, e ganharam ênfase nas teorias médico-científicas brasileiras a partir de 1900.

A tese de Theodorico T. da Silva e Souza apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1904, segundo Rohden⁶⁹, é exemplar para a nova explicação hormonal do processo fisiológico feminino. Nela, o eminente médico esclarecia que os inúmeros problemas de saúde apresentados pelas mulheres no decurso de suas vidas eram decorrentes dos ovários, os transtornos físicos e mentais na adolescência ganharam assim explicação a partir da secreção ovariana, pois, neste período os hormônios encontram-se preponderantemente ativos. A menopausa era descrita como fase em que tal secreção encontra seu declínio, e a recomendação terapêutica para o equilíbrio da saúde feminina era a reposição dessa substância a partir do uso de ovários animais.

Passou-se então de uma lógica que concebia o corpo e os processos corporais femininos como regidos pelo excesso, sendo necessária, em casos extremos, a extirpação cirúrgica dos ovários como contenção de transtornos físicos e, sobretudo, mentais; para uma lógica da deficiência, onde a manutenção desses mesmos órgãos foi vista como essencial para a saúde das mulheres, a sua falta ou funcionamento inadequado entendidos como causas significativas de males diversos, tanto físicos como mentais.

No transcorrer da primeira e segunda décadas de 1900, a insuficiência ovariana foi constantemente retratada e diagnosticada pelos médicos, e os compostos para reposição hormonal comercializados. A opoterapia ou a utilização de soros hormônios, isto é, extratos esterilizados de ovários de vacas novas, foram amplamente indicados para

enfermidades femininas de uma forma geral, e em particular, àquelas relacionadas aos distúrbios comportamentais, tais como debilidade na vida sexual, nervosismo, extenuações físicas e intelectuais entre outros. Na linha dos soros hormônicos, encontravam-se os do Dr. Aché, para sexos separados. Para as mulheres, a indicação estava voltada para as patologias menstruais, como dismenorréia e, sobretudo, perturbações advindas da menopausa. Outro composto famoso naquele período, *klimakton*, fabricado pelo laboratório germânico Knoll, era recomendado especialmente para os distúrbios do climatério, e sua eficácia atribuída à ação simultânea que exercia sobre os sistemas nervoso e glandular⁶⁹.

Em 1936, nos EUA, um passo importante foi dado para a instauração da terapia hormonal tal como encontrada contemporaneamente, datando desta época o desenvolvimento de uma forma sintética de estrogênio conhecida como *diethylstilbesteral*. Tratava-se de substância hormonal de baixo custo e potência elevada, podendo ser rapidamente produzida e disponibilizada a um número grande de mulheres. Desta forma, nos anos 1960, o estrogênio originado fora do corpo humano ou animal já era produzido e comercializado em larga escala no território estadunidense, e a terapia de reposição hormonal proposta como solução miraculosa não só para os problemas decorrentes do climatério/menopausa, mas também para aqueles relacionados ao envelhecimento feminino¹⁹.

A relação entre climatério/menopausa, envelhecimento e a indicação recorrente da Terapia Hormonal como prática terapêutica teve em Robert A. Wilson, proeminente médico ginecologista do Brooklin, EUA, um de seus maiores expoentes. Em seu livro, posteriormente transformado em *best seller*, *Feminina para sempre (Feminine forever)*, reeditado em vários países, Wilson defendia que a menopausa era enfermidade que ameaçava a “essência feminina”. Descrevia-a como *doença da deficiência hormonal* similar à diabetes e à disfunção tireoidiana, referindo-se ao corpo da mulher que vivenciava essa fase como “decadência viva”. Recomendava a Terapia de Reposição Hormonal como a melhor maneira de salvá-la de testemunhar a “morte de sua feminilidade”, uma vez que esta terapêutica era capaz de atenuar os sintomas decorrentes do processo climatério/menopausa e ao mesmo tempo retardar os males do envelhecimento¹⁹.

Argumentando sobre os benefícios da reposição estrogênica para a vida feminina neste período, Wilson destacava os efeitos que ela exercia no controle dos sintomas físicos, mas eram, em especial, os de ordem psicológica os mais enfatizados pelo médico, porque esses repercutiam diretamente nas relações sociais. Assim, segundo a socióloga estadunidense Frances McCrea, o climatério/menopausa foi definido como um “problema social” à medida que não só as mulheres, mas, como dizia Wilson, “... seus maridos, familiares e todos os que com elas se relacionam são fortemente afetados ...”. A reposição hormonal seria a grande aliada para a mudança deste quadro, pois “... o estrogênio torna as mulheres adaptáveis, dóceis, e geralmente fáceis de conviver (...) Contribui para a felicidade da família e de todos aqueles com quem ela mantém contato diário”¹⁹.

Inferindo da quantidade de hormônio a alteração no comportamento feminino, Wilson colocava a questão básica já posta mais de meio século antes pelos defensores da ovariectomia e cirurgias ginecológicas, qual seja, a necessidade da manutenção dos valores socialmente esperados das mulheres como mães e esposas: docilidade, temperança e sociabilidade.

Para além de tais proposições, a concepção da própria feminilidade estava em jogo, uma vez que ser “feminina para sempre”, segundo defendia Wilson e seus seguidores, implicava não somente a manutenção de tais valores sociais, mas a preservação do corpo magro, dos seios firmes, de uma sensualidade e sexualidade idealizadas. Tais parâmetros foram forjados tendo por base a mulher jovem, em estágio ativo da vida reprodutiva, o oposto disto sendo visto como degeneração do corpo e do que consideravam ser a “essência feminina”¹⁹.

Assim como a ovariectomia em sua época, a Terapia de Reposição Hormonal gerou e tem gerado polêmica no meio médico, uma delas ocorrida em 1975, quando dois estudos epidemiológicos de pesquisadores dos EUA associaram a terapia estrogênica na pós-menopausa ao aumento do câncer do endométrio¹⁹, ou os resultados mais recentes, em 2002, originados do *Women's Health Initiative* (WHI), promovido pelo Instituto Nacional

de Saúde dos Estados Unidos, com cerca de 16 mil mulheres. Este estudo indicou que o uso contínuo de hormônios multiplicou os riscos de doenças cardiovasculares e de câncer de mama, bem como o aumento da incidência de acidentes vasculares cerebrais, motivo pelo qual foi interrompido em 2004²⁰.

Para concluir, a análise histórica do processo climatério/menopausa possibilita atentar para a gênese de conceitos que, arraigados na tradição popular e traduzidos pela biomedicina, aparecem como dados fornecidos pela natureza, mas que, ao contrário, fazem parte do movimento das ideias, das práticas e das experiências humanas num determinado tempo e lugar.

Tal é o entendimento moderno da menopausa como signo corporal do envelhecimento feminino. Os estudos históricos mostram que a menopausa, entendida como cessação definitiva da menstruação, não se relacionava diretamente com o envelhecimento, no início do século XIX, que o saber popular tradicional concebia mudanças corporais nas diversas fases da vida, chamadas de climatério, em especial, aquelas ocorridas dos 50 aos 65 anos tidas por perigosas, pois eram capazes de se transformar em males diversos e os humanos poderiam a eles sucumbir. Uma nova enfermidade, a doença do climatério, teve seu primeiro registro médico naquele período, e sua causa foi vinculada ao envelhecimento. Oficialmente, acometia principalmente os homens, uma vez que nas mulheres o diagnóstico era dificultado pela presença das mudanças ocorridas com o advento da menopausa.

Posteriormente, o conceito da doença do climatério migrou para o da menopausa, e no final do século XIX, com a descoberta das gônadas sexuais e de suas secreções, os ovários foram focalizados, não mais como sede do excesso de patologias físicas e mentais como anteriormente eram concebidos, mas como órgãos essenciais para a manutenção da saúde feminina, por secretarem hormônio. A menopausa e as enfermidades específicas das mulheres passaram a ser entendidas respectivamente como a deficiência ou o mau funcionamento dos ovários, ou seja, como insuficiência ou irregularidade hormonal.

As concepções do médico Robert Wilson podem ser entendidas como desdobramento da ideia primeira que associava diretamente o comportamento aos órgãos sexuais femininos, as deficiências dos hormônios sendo vistas como responsáveis pela “perda da essência feminina”, pelas mudanças fisiológicas e comportamentais, como vimos.

Atualmente, fortemente inspiradas pelo mapeamento do genoma humano, as pesquisas têm se deslocado para a estrutura genética, com a descoberta recente da participação de gene na falência ovariana prematura, isto é, na menopausa precoce^{iv}. O modelo baseado nos hormônios encontra assim nos genes, no seu desenvolvimento e mutação, o ponto de partida para a explicação do desencadeamento do processo climatérico/menopausa, sendo realçada a importância deles na formação das gônadas sexuais.

A biomedicina entende as glândulas sexuais como portadoras de um “prazo de validade”, quando este expira ocorre a falência do processo reprodutivo humano, com as conseqüentes implicações anatomofisiológicas e comportamentais nos homens e nas mulheres.

Concebendo as mudanças física, psicológica e comportamental como originárias da deficiência de hormônios, a biomedicina prossegue explicando as alterações vividas pelos humanos em uma etapa de suas vidas, tal como fazia na origem do modelo hormonal, onde, conforme destacou Stolberg⁴³, descobriu-se que homens e mulheres tinham gônadas sexuais, e muito embora suas secreções não fossem as mesmas, ambos sofriam mudanças fisiológicas e comportamentais com o avanço da idade. Desta forma, o modelo hormonal pôde justificar porque vários homens tornavam-se sensíveis e choravam à toa quando acometidos pela doença do climatérico, num processo de emasculação, e a causa de muitas mulheres agirem agressivamente com a entrada da menopausa, num processo de virilização: a quantidade dos hormônios distintivos de seus sexos era insuficiente.

iv Veja-se *Jornal da Unicamp*, p. 3, 22/04/09 a 03/05/09. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/abril2009/ju426pdf/Pag03.pdf. Acessado em 30/09/09.

CAPÍTULO II

O corpo menopausado no Menospausa

Neste capítulo, analiso o *site Menopausa*, apontando as formas como o corpo menopausado é apresentado por este segmento da mídia. Analisar este ambiente virtual é deparar-se com algumas representações sociais existentes acerca deste período da vida feminina, embora possa ser notada a preponderância da concepção biológica do corpo. Determinados temas são recorrentes: as transformações pelas quais o corpo feminino passa na menopausa, as mudanças nos aspectos da sexualidade e na estética do corpo, as configurações novas que a sociabilidade feminina pode assumir nesta fase. Em torno desses três grandes temas gravita a ideia do envelhecimento feminino, quer seja pela própria definição biomédica da menopausa, quer seja pela maneira como os ciclos de vida são concebidos socialmente.

Sem dúvida, trata-se de um momento peculiar da vida da mulher, portador e/ou precursor de possíveis mudanças, positivas ou negativas, assim, busco compor, por meio da análise, o mosaico das representações possíveis sobre a menopausa presentes no *site*, recorrendo algumas referências teóricas, sobretudo àquelas que refletem a constituição do saber biomédico sobre o corpo e os processos corporais.

A análise minuciosa tanto da representação biomédica quanto da social do processo climatério/menopausa permite conhecer as metáforas e analogias que informam os saberes médico e tradicional sobre o corpo menopausado e o envelhecimento.

1. O corpo feminino como “corpo hormonal”: a concepção biomédica no *Menopausa*

Verificando o *site Menopausa*, ou na linguagem comum dos usuários da *internet*, navegando em seu conteúdo, encontra-se, de imediato, a concepção biomédica do corpo menopausado.

Na página principal aparecem discriminados alguns temas que fazem parte do repertório do conhecimento médico sobre esta etapa da vida feminina, como as mudanças hormonais, a fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, demarcada pela última menstruação. São listados alguns sinais ou *sintomas* que caracterizam esse

período, como secura vaginal, incontinência urinária, falta de 'tesão', insônia, calores e suores, tristeza e depressão, ganho de peso, além das possíveis alterações na pele e nos ossos, significando as perdas da elasticidade natural da epiderme e da densidade da massa óssea corporal.

Numa primeira análise, percebe-se o sentido negativo atribuído à menopausa, definido pelo *Menopausa* como “um período realmente conturbado da vida feminina, que começa por volta dos 40 anos e se estende até a pós-menopausa, quando não há mais ciclo menstrual”. A perturbação feminina é atribuída às falhas do sistema reprodutivo, em especial as hormonais, já que, segundo a biomedicina, são os hormônios estrogênicos, principalmente o estradiol, os principais responsáveis pelo ciclo da reprodução na mulher.

O texto do *site* se refere a esse período utilizando o termo climatérico que, como pode ser observado em Halbe, designa a fase de transição em que ocorre a perda da capacidade reprodutiva biológica feminina. A menopausa é apenas um momento do período climatérico e denomina precisamente a última menstruação. O climatérico, como explica o autor, “compreende, portanto, uma fase pré-menopausal com duração variável de alguns anos, a partir do aparecimento de ondas de calor ou de irregularidades menstruais; e uma fase pós-menopausal que dura um ano”⁷². Apesar disto, este período é conhecido e referido popularmente como menopausa.

Se os sintomas são indicativos da entrada no período climatérico, a intensidade dos mesmos é que estabelece a gravidade ou não do processo, que é variável de uma mulher para outra. Apesar das subjetividades e peculiaridades vividas por cada mulher ao adentrar essa fase, medir a intensidade e a regularidade da ocorrência dos sintomas, estabelecendo gradações para eles é o que propõem alguns índices menopausais, tal como o do médico germânico H.S. Kupperman, amplamente utilizado na Ginecologia. O *IMK* (Índice Menopausal de Kupperman) classifica e avalia onze sintomas comumente associados ao climatérico feminino, atribuindo-lhes valores e distribuindo-os conforme o grau de intensidade em: leves (**L**), moderados (**M**) e acentuados (**A**)⁷².

Menopausa apresenta a tabela do *IMK* com os onze sintomas classificados e os respectivos valores que definem seus graus de intensidade, assim expressos: *ondas de calor* (L=4; M=8; A=12); *parestesia* [sensação anormal e desagradável sobre a pele] (L=2; M=4; A=6); *insônia* (L=2; M=4; A=6); *nervosismo* (L=2; M=4; A=6); *depressão* (L=1; M=2; A=3); *fadiga* (L=1; M=2; A=3); *artralgia/mialgia* [dor articular/muscular] (L=1; M=2; A=3); *cefaléia* [dor de cabeça] (L=1; M=2; A=3); *palpitação* (L=1; M=2; A=3); *zumbido no ouvido* (L=1; M=2; A=3).

Quanto à pontuação total dos sintomas referidos para a classificação do processo climatério/menopausa, a soma dos valores o qualifica como **leve**, até 19 pontos, **moderado**, de 20 a 35 pontos e **acentuado**, a partir de 36 pontos.

A sintomatologia no climatério, a sua manifestação clínica, o define como *síndrome* ou *moléstia menopausal*⁷³, entretanto, para efeitos do diagnóstico, preconiza-se observar o bem-estar da mulher e sendo este auto-informado, sua incidência média gira em torno de 25%⁷². Quando se observa individualmente os sintomas, sobretudo os vasomotores (as ondas de calor ou *fogachos*) e o ressecamento vaginal, o índice tende a se elevar para 60%²².

A biomedicina descreve a fisiopatologia do processo climatério/menopausa apontando como causa primeira a deficiência estrogênica, com maior ou menor ênfase dependendo do sintoma, atribuindo como causas secundárias imediatamente subseqüentes o envelhecimento, os fatores socioculturais e psicológicos.

Para entender a preponderância dos hormônios, ou melhor, da deficiência hormonal na menopausa, *Menopausa* descreve o ciclo reprodutivo feminino e o processo fisiológico da menstruação. Os termos hormônios estrogênicos, estradiol, estriol, estrona, FSH (Hormônio Folículo Estimulante) e LH (Hormônio Luteinizante) - ambos com sigla originária do inglês -, progesterona, aparecem em quase todos os textos do *site*.

Antes de ser analisado o processo reprodutivo e a importância dos hormônios, tal como exposto no referido ambiente virtual, algumas considerações sobre a constituição

do conhecimento científico em geral serão necessárias, sobretudo aquelas que explicitam o papel das analogias e metáforas na constituição do saber erudito sobre o corpo e os processos corporais. Este parêntese permite entender como as ideias e os conceitos científicos encontram-se conectados intimamente à dimensão social, não estando isentos de valores, estereótipos e das concepções políticas que circulam socialmente, ainda que o estatuto tradicional da ciência a defina como conhecimento empírico, objetivo, não político e universal da realidade estudada.

Segundo a historiadora da ciência, Nancy Leys Stepan⁷⁴, as descobertas científicas são interpretadas e anexadas ao *corpus* da ciência por meio de analogias e metáforasⁱ.

Estar diante do novo, do desconhecido, exige muitas vezes da ciência formas também novas de apresentá-lo, quer seja à inteligência, quer seja à comunidade científica, e como nem sempre a neologia é possível, o pensamento científico recorre à metáfora ou à analogia. Ambas apresentam, por assim dizer, o novo mediante aquilo que já é conhecido pela ciência. Logo, infere-se que tanto a metáfora quanto a analogia científicas não são arbitrárias, e é justamente a falha na percepção de tal fato que permite que metáforas e analogias particulares sejam aceitas pela ciência, assumindo contornos paradigmáticos⁷⁴.

Desta forma, como postulou Kuhn, os problemas originários do processo do conhecimento dirigidos à tradição científica são geridos segundo regras internas à própria ciência, mas, e em grande medida, “podem relacionar-se por semelhança ou modelando-se numa ou noutra parte do *corpus* científico que a comunidade em questão já reconhece como uma de suas realizações confirmadas”⁷⁵.

Admitir que analogias e metáforas integrem a ciência, que modelem o conhecimento é interessante para a reflexão crítica da própria ciência, mais ainda, como aponta Stepan⁷⁴, quando se reconhece que ambas, metáfora e analogia, tendem a se

ⁱ Cf. Dicionário de Questões Vernáculas: *Como figura de linguagem, a metáfora opera por analogia comparativa real ou imaginária. Ex.: dentes do pente, pé da mesa etc.* p. 293.

naturalizar, expressando não mais a relação de semelhança e interação com o objeto pesquisado, mas confundindo-se literalmente com ele. Isto traz conseqüências para a sociedade, refletindo no processo intelectual e nas práticas científicas.

Stepan ilustra este ponto com a analogia científica do século XIX, claramente eugênica, que relacionava mulheres e raças 'inferiores', tomando por base o peso de seus cérebros e formato dos corpos. A frenologiaⁱⁱ, e posteriormente a antropologia biológica, inferiram a partir do tamanho e do peso dos cérebros de homens e mulheres africanos – tidos como povos “inferiores” – a analogia com a mulher européia, apelando para similaridades que, conforme ressalta a autora, não eram evidentes por si mesmas, isto é, não se encontravam inscritas nos corpos das populações estudadas, mas precisavam ser construídas e participar de um repertório cultural previamente estabelecido, tanto científico quanto popular. As implicações destas inferências das ciências para a vida sociopolítica das populações negras e das mulheres são conhecidas.

Mediante o exposto, passa-se para a análise das relações que são estabelecidas entre hormônios e o processo reprodutivo feminino no *site*. As considerações prévias sobre metáfora e conhecimento científico serão particularmente importantes para a análise.

Descrevendo os picos de alta e baixa produção hormonal, *Menopausa* informa que existem 60 (sessenta) formas de hormônios estrogênicos que circulam no corpo masculino e feminino, sendo que neste último o estradiol, o estriol e a estrona predominam.

Cada um deles tem uma função, mas o estradiol, secretado pelos ovários, é o mais “poderoso” dos três, pois participa diretamente do processo reprodutivo, estimulando tanto os folículos ovarianos na liberação dos óvulos como na contração muscular para levá-los ao útero, por ocasião da concepção. Desempenha ainda a função importante de manter os tecidos orgânicos, garantindo assim a elasticidade da pele e dos vasos sanguíneos, entre outras atividades, sendo ressaltada a sua importância como “estrogênio da juventude”.

ii Cf. Dicionário Houaiss digital: (1836 cf. SC) MED *obsl*. Doutrina segundo a qual cada faculdade mental se localiza em uma parte do córtex cerebral e o tamanho de cada parte é diretamente proporcional ao desenvolvimento da faculdade correspondente, sendo este tamanho indicado pela configuração externa do crânio.

O estriol é produzido pela placenta e pelo fígado e tem seu predomínio na gravidez, enquanto o estrona, secretado pelas células de gordura e pela placenta durante a gestação, é o hormônio que se apresenta em maior quantidade no corpo da mulher depois da menopausa.

Completando o quadro hormonal do processo reprodutivo, se pode recorrer a Junqueira e Carneiro⁷⁶, para uma visão histológica,

*o funcionamento do aparelho reprodutor feminino é **regulado** através de certos núcleos do hipotálamo. Células nervosas aí localizadas produzem e **lançam** no sangue polipeptídios específicos, que atuam sobre a adeno-hipófise **liberando** gonadotrofinas, as quais vão estimular a secreção dos hormônios ovarianos (estrogênio e progesterona)ⁱⁱⁱ*

O complexo hipotálamo→adeno-hipófise→ovário configura uma rede de relações e de informações, no qual ao hipotálamo (estrutura cerebral) cabe o controle, lançando um sinal à hipófise anterior, para que esta possa estimular a secreção de estrogênio e progesterona. As gonadotrofinas secretam então dois hormônios: o folículo estimulante (FSH), que estimula tanto a liberação do óvulo quanto a gênese do estrogênio, e o luteinizante (LH), responsável pela formação do corpo lúteo. Em contrapartida, ao estrogênio cabe à função de dar um *feedback* à hipófise anterior, a quem se subordina, para acelerar a ovulação (pulso de ovulação), que se dá por volta do décimo quarto dia do ciclo reprodutivo, ou para diminuir a secreção de FSH e LH, ocasionando a *involução* do corpo lúteo e resultando no mêsruo⁷⁷.

O desfecho do processo reprodutivo feminino pode resultar na concepção ou na menstruação. Aqui interessa expor as possíveis analogias e metáforas que presidem o entendimento hormonal deste processo.

A antropóloga estadunidense Emily Martin³⁷ propõe uma análise cultural da reprodução, dos processos de menstruação, parto e menopausa, analisando os pressupostos

iii Cf. Manual de Histologia. p. 461. Grifos meus.

culturais que podem ser encontrados nas concepções fisiológicas do sistema reprodutivo feminino, elaboradas pelo saber biomédico. Para os objetivos deste trabalho, serão enfatizados o período menstrual e a menopausa.

Para Martin³⁷, o entendimento biomédico da menstruação, que pode ser observado nas definições fornecidas por Junqueira e Carneiro e Guyton, opera com uma lógica metafórica que estabelece relações hierárquicas de autoridade e de informação entre os órgãos, baseadas na analogia com o sistema de comunicação social. Assim, o hipotálamo é descrito como uma glândula “mestre” que domina a hipófise, e por meio dela os ovários. Esta relação se dá dentro de um sistema de processamento de informação hierarquizado, no qual “seguindo a ordem do superior imediato”, cada elemento pertinente do sistema executa o papel que lhe cabe, “enviando um sinal” para que o processo se inicie ou “dando um retorno” as “instâncias superiores” do trabalho realizado.

O resultado final deste processo, segundo a autora, revela a analogia com a produção social, um dos motivos pelos quais a menstruação é descrita de forma negativa na literatura biomédica, visto que não tem por consequência a concepção. Tal processo é traduzido por metáforas que falam de queda, colapso, destruição, ruptura e morte, como a definição da fase menstrual descrita por Junqueira e Carneiro⁷⁶,

*Não havendo fertilização do óvulo expelido pelo ovário, não haverá nidação e ocorrerá uma **queda** brusca dos níveis de estrogênios e progesterona no sangue. Em consequência, o endométrio, que estava desenvolvido pelo estímulo desses hormônios, entra em **colapso**, sendo parcialmente **destruído**. (...) No fim da fase secretória observa-se que as artérias helicoidais, por contração de suas paredes, provocam uma **isquemia**, a qual leva a uma **necrose** do endométrio. Ocorre, então, descamação do endométrio e **ruptura** dos vasos sanguíneos, dando origem ao sangramento. ”^{iv}*

Outros processos biológicos que poderiam ser entendidos de maneira semelhante à menstruação, como por exemplo, o revestimento do estômago que se

iv *Idem.* p. 453-4. Grifos meus.

desprende regularmente, não é descrito pela biomedicina de forma tão negativa, fala-se, então, em renovação da mucosa estomacal e o quanto isto é benéfico para a manutenção da saúde do aparelho digestivo³⁷.

Partindo dessas considerações, as metáforas possibilitam entender as analogias biomédicas do processo climatério/menopausa e da produção hormonal. *Menopausa* apresenta a seguinte descrição,

A atresia folicular, termo técnico usado para identificar o fenômeno de perda significativa de folículos e óvulos pelas mulheres, e que significa literalmente estreitamento de órgão oco, faz parte da natureza dos ovários (...) A falha na ovulação desencadeia um processo de desequilíbrio na produção hormonal, com queda nos níveis de progesterona e flutuações dos níveis de estrogênios no organismo feminino (...) os níveis de estradiol (...) não se elevam ao ponto de avisar a hipófise sobre o passo seguinte (...) ao contrário do programado (...) a hipófise reage aumentando a produção de FSH.^v

Como sugere Martin, o que está sendo descrito por meio de metáforas é uma fase do sistema reprodutivo feminino, que guarda analogia intrínseca com o sistema social.

Segundo ela, a metáfora da “quebra” das relações hierárquicas de autoridade e de informação entre os órgãos traduz as “falhas” no sistema que geram a menopausa. O estrogênio não consegue “avisar” a hipófise para diminuir a produção de FSH, essa, por sua vez, buscando amadurecer os folículos escassos do ovário – órgão que se apresenta “oco e estreito” -, e “desconhecendo” a informação estrogênica, “ao contrário do programado”, aumenta a produção de FSH, ocasionando a anomia do processo reprodutivo e, posteriormente, a sua falência.

Com efeito, seguindo esta lógica, se possível for abstrair por um momento do contexto biomédico tal descrição, transportando-a para o sistema de organização administrativa de uma empresa, a ideia de falha na comunicação, de quebra da autoridade,

v Grifos meus.

de desequilíbrio na produção, de não cumprimento do que foi planejado, levam certamente à falência do próprio sistema.

Neste ponto, é interessante lembrar que o uso de analogias pela ciência pressupõe um repertório cultural compartilhado tanto pelos cientistas como pelos não cientistas, para que a semelhança entre elementos distintos possa ser assimilável intelectual e socialmente⁷⁴. Nas metáforas biomédicas sobre a menopausa, a concepção do envelhecimento estabelece o contexto cultural comum, possibilitando o elo analógico entre o sistema social e o biológico, expressando as ideias de perdas, rupturas, desagregação e diminuição na produção.

O início da velhice, esta entendida culturalmente como uma etapa de perdas de função e de papéis sociais⁷⁸, é concebido pela biomedicina como uma das causas do processo não reprodutivo feminino. Desta forma as ideias negativas de degenerescência física, de irregularidades e deficiências hormonais presentes na definição biomédica do climatério/menopausa, se coadunam perfeitamente com as representações do envelhecimento vigentes em nossa sociedade, descrevendo-o como o começo da decadência social, da ruptura de laços socioculturais, da inatividade, entre outras concepções.

2. Sexualidade e afetos na menopausa

A redução dos níveis de estrogênio ocorrida no climatério/menopausa, segundo a representação médica do corpo feminino, pode interferir no comportamento sexual da mulher menopausada.

Menospausa apresenta, nas seções intituladas “Secura vaginal” e “Falta de Tesão”, uma leitura biomédica da sexualidade neste período. Percebe-se um esforço em ampliar a visão para além da determinação estrita das alterações hormonais. A diminuição da libido referida nesta fase, de acordo com as informações do *site*, pode estar ligada também às várias mudanças socioafetivas que são comuns neste momento, tais como “os filhos saindo de casa, o trabalho insatisfatório, os pais envelhecendo e exigindo cuidados”,

os problemas conjugais.

Em “Secura vaginal” são enfatizadas as alterações morfológicas da vagina, que diminui de espessura, apresentando-se mais seca e com o PH básico. Essas mudanças são atribuídas à diminuição do nível do estradiol nesta região, uma vez que a área é “altamente dependente do estrogênio”.

É informado que o estilo de vida da mulher na pré-menopausa contribui de fato para uma vida sexual satisfatória na menopausa. Assim, no decorrer da vida, uma dieta alimentar balanceada, o hábito de realizar exercícios físicos e a prática regular do intercurso sexual ou da masturbação favorecem a saúde física e sexual no período do climatério/menopausa. Alerta-se que, em casos severos, a ausência de lubrificação pode dificultar tanto a penetração que a dor motivada pelo ferimento dos tecidos pode comprometer seriamente o ato e o desejo sexuais.

Já em “Falta de Tesão” trata-se do tema “desejo sexual da mulher madura”. Logo de início, encontra-se a asserção positiva do processo de envelhecimento: “a menopausa não acaba necessariamente com o tesão”. Mais do que uma frase de efeito, a ideia nela contida permite refletir sobre alguns estereótipos sociais atribuídos a velhice, como a ideia de que o envelhecimento acaba por homogeneizar os sujeitos, despindo-os de toda singularidade que possuíam anteriormente, transformando-os assim numa categoria “unissex”, ou o que é igualmente incabível, caracterizando-os como assexuados.

Os estudos das Ciências Humanas sobre o envelhecimento têm desmistificado tais concepções, possibilitando entender que a geração é um dos eixos que compõem o sujeito, além de classe social, gênero e etnia, e que a velhice não só não produz seres assexuados, como “também tem dois sexos”⁷⁹.

No plano das práticas de saúde, o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa², no capítulo dedicado à sexualidade, após tecer várias recomendações aos profissionais de saúde, orientando-os, inclusive, a incentivarem as mulheres menopausadas: ao autocuidado, à aquisição de informações sobre a sexualidade,

ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, conclui de forma perspicaz, ressaltando a necessidade de “romper os estereótipos culturais da diminuição do desejo sexual no climatério; a menopausa não é o fim da vida, mas o começo de uma nova etapa”.

Na seqüência da seção, *Menospausa* apresenta a entrevista com uma médica ginecologista, que aponta outros fatores que interferem na libido feminina, além da carência hormonal, tais como “a relação mal resolvida com o companheiro, o estresse emocional diante das mudanças que começam a acontecer no corpo, eventualmente problemas de ordem material, por exemplo, a falta de trabalho e de dinheiro”.

O entendimento de que a sexualidade feminina não é redutível a fatores orgânicos tem sido debatido na Europa, como revelado pelo pesquisador francês em Ciências Sociais e Saúde, Alain Giami. O debate se inseriu no contexto de testes clínicos de fármacos novos realizados nos EUA, para tratamento de alguns “transtornos sexuais femininos”, como por exemplo, a recém-descoberta *perturbação da excitação sexual* (*Sexual Arousal Disorder*), assim definida: “incapacidade persistente ou recorrente de atingir ou manter uma excitação sexual suficiente, o que causa aflição pessoal”⁸⁰.

O que estava no centro do debate, segundo Giami, não era o uso ou não da droga, ou a pertinência ou não de tais desordens, mas a conceituação da sexualidade feminina, descrita pela medicina sexual como uma função, baseando-se tão somente no aspecto orgânico e fisiológico da excitação feminina⁸⁰.

Como destaca o autor, o lançamento no mercado do *sildenafil*, popularmente conhecido como *Viagra*[®], em 1998, foi saudado pela comunidade científica como uma nova revolução nas pesquisas sobre sexo, tendo em vista a possibilidade de ser prolongada a atividade sexual masculina com o avanço da idade. Nestes termos, a sexualidade masculina encontra-se centrada no pênis e a manutenção da ereção peniana é o fulcro da função sexual do homem, ou seja, é concebida como atividade estritamente orgânica.

Em contrapartida, os ensaios clínicos da versão feminina realizados pela *Pfizer* foram suspensos, talvez, como aventa Giami, pela mediação que se faz entre função sexual

feminina e os fatores psicológicos a ela relacionados. Desta forma, *British Medical Journal* publicou uma discussão contrária ao entendimento da sexualidade feminina baseada numa origem essencialmente orgânica, classificando-a como “complexa” em oposição a uma sexualidade masculina mais “simples” e “natural”^{vi}, como definida também popularmente, o que pode evidenciar, por um lado, “a ausência de autonomia do discurso científico e médico sobre a sexualidade em relação às categorias do senso comum, das ideologias e dos valores dominantes de determinada época”⁸⁰, por outro, tal como entendida desde o século XIX, a sede do desejo masculino está no corpo, enquanto na mulher encontra-se no espírito.

A determinação hormonal dos comportamentos sexuais nos humanos vem sendo questionada por algumas correntes do pensamento biológico, promovendo uma interlocução frutífera entre Ciências Naturais e Humanas.

Ideias de cunho “biologicista”, ressaltando o caráter evolucionista das diferenças humanas entre os sexos, são veiculadas na mídia. Partindo da constatação da existência dos hormônios sexuais em todos os vertebrados e, tendo eles, em menor ou maior grau, participação na fisiologia reprodutiva, postulam que o dimorfismo sexual é aplicável a todos os vertebrados, sendo, portanto, universal. Anne Fausto-Sterling, bióloga e teórica do gênero estadunidense, tem discutido criticamente tais concepções, apontando a existência de crenças sociais nas suas formulações.

Fausto-Sterling⁸¹ chama a atenção para a variação dos padrões de associação entre o nível hormonal e o comportamento sexual em populações de ratos geneticamente diversas, tornando difícil generalizar as relações hormônio-cérebro-comportamento entre roedores. O problema é que tais associações são estendidas aos humanos, por serem estes

vi Aqui, natural deve ser entendido como essencialização radical dos atributos sexuais masculinos, aproximando o homem daquilo que seria comum a todos os machos do reino animal. Como contextualiza Giami, a medicina sexual vem se constituindo como um campo especializado do saber biomédico sobre o sexo, elegendo como objeto central do estudo da sexualidade humana a dimensão somática dos órgãos genitais. Neste sentido, o próprio termo sexualidade tem sido pouco utilizado nos meios médico e científico, ganhando ênfase os conceitos de função e resposta sexuais. Enquanto no conceito de sexualidade masculina está pressuposta a mediação sociopsicocultural tanto na elaboração da sexualidade quanto da masculinidade, nas definições de função e resposta sexuais tais mediações estariam ausentes, referindo-se, neste caso, ao processo fisiológico do sexo presente em todos os animais machos.

também vertebrados, sem, no entanto, serem respaldadas pela história específica da evolução humana e pelo rigor da genética.

Contrariamente a isto, Fausto-Sterling admite que, as experiências biológicas sobre níveis hormonais e padrões de diferença de comportamento sexual entre os animais acenam para uma diversidade grande, para a qual as associações estão, no mais das vezes, restritas a dar conta das múltiplas variáveis em jogo dentro de um mesmo grupo de uma mesma espécie, sendo temerário estendê-las a outras.^{vii}

As crenças sociais e as ideologias teriam, então, mais a nos dizer sobre a associação entre hormônios, cérebro e comportamento sexual nos humanos do que propriamente as ciências biológicas.

A associação “natural” entre níveis hormonais e comportamento feminino se expressa claramente na instabilidade atribuída ao corpo da mulher durante toda a sua vida reprodutiva. Contudo, segundo a biomedicina, no período que envolve a perimenopausa e a menopausa, as oscilações na produção hormonal são mais significativas e constantes, motivo pelo qual as mulheres podem apresentar variação de humor e alterações emocionais frequentes.

Menopausa veicula essa informação na seção “Tristeza & Depressão”, apontando algumas relações breves entre mudança dos afetos e situações psicossociais, sem perder de vista, no entanto, o horizonte hormonal.

Sob o título, “Como acabar com o *baixo astral* na menopausa”, um médico psiquiatra discorre sobre o que pode acontecer no cérebro feminino neste período, enfatizando que algumas mulheres desenvolvem ansiedade e depressão. Não atribui diretamente aos hormônios essas afecções, mas reconhece que “algumas mulheres têm sua 'química' cerebral mais suscetível às oscilações da produção de estrogênios e progesterona”.

vii Para a apreciação da discussão em detalhes, veja-se Fausto-Sterling, A. *Beyond difference: a biologist's perspective*⁸¹.

A Terapia de Reposição Hormonal seria então uma boa saída, segundo ele, aliada às intervenções psicodinâmicas, possibilitando assim o alívio dos *sintomas emocionais*. Descreve ele algumas situações sociais que podem desencadear esses distúrbios, como os problemas de solidão, devido às ausências: dos filhos que, crescidos, partem para suas realizações pessoais e/ou profissionais; ou do marido, pela ruptura dos laços conjugais, ou ainda de ambos. A ideia é que perdas acontecem nesta fase, e a mulher estando mais suscetível a elas acaba por desenvolver estados de ansiedade, tristeza ou depressão. Esse quadro é denominado na psicologia de *Síndrome do Ninho Vazio*.

O especialista aconselha a mudança de estilo de vida, como por exemplo, o desenvolvimento do hábito de se fazer exercícios físicos, técnicas de relaxamento, além da prática da leitura ou o início de um curso. Observa-se a ideia implícita de se procurar novas formas de sociabilidade, para que sentidos também novos de vida possam ser adquiridos.

3 Pele e osso: a estética do corpo menopausado

Nas seções subseqüentes, tratando dos temas “ganho de peso” e “pele & osso”, *Menopausa* pinta com cores sombrias o quadro da estética corporal feminina no decorrer do processo climatério/menopausa, ou, como enunciado,

A pele perde colágeno e torna-se fina e quebradiça, os ossos perdem massa e podem ficar frágeis e porosos, os cabelos afinam e as unhas racham com facilidade. A descrição fria e clínica do que acontece na menopausa com órgãos tão vitais à nossa aparência e vigor como são a pele e os ossos, as unhas e os cabelos parece saída de um filme de horror. Mas não é brincadeira, de fato, é o que nos espera.

Pode-se ler, ainda, que a pele depende principalmente do estradiol, “o estrogênio da juventude”, para ser mantida intacta. Com o início do processo climatério/menopausa, a produção deste hormônio diminui em pelo menos cinquenta por cento, diminuindo também a quantidade de elastina fibrosa e de colágeno, elementos responsáveis pelo tônus da epiderme. Como resultado, há a queda da pele.

Com o desequilíbrio hormonal característico do período, o rosto se apresenta mais oleoso e as populares “espinhas” podem surgir. Mas, as alterações estéticas da face não param por aí, as informações do *site* dão conta que, com o predomínio do hormônio androgênio, podem surgir também pêlos espessos abaixo do queixo e nas laterais do rosto.

Menopausa informa, por fim, que tais alterações são o resultado do processo de envelhecimento feminino, que se inicia aos 30 anos, intensificando-se entre os 45 e 50.

Na seqüência, fornece orientações básicas formuladas por dermatologistas sobre os cuidados elementares que a mulher dever ter com o rosto e com o corpo, que inclui o uso de cremes hidratantes, firmadores cutâneos, cremes a base de estrogênios e loções capilares. Parte desta cosmética é definida na seção que enumera os tipos de tratamentos dermatológicos, incluindo *peelings* químicos, a *laser*, laserterapia, complexos vitamínicos, que prometem rejuvenescer o rosto, fortificando seu tônus e clareando manchas da face, pescoço e mãos.

Menopausa dá destaque especial às informações sobre a técnica do botox, processo que consiste em injetar a toxina do botulismo, que tem por resultado “a paralisação do movimento muscular”, produzindo o “efeito aparentemente relaxante” nas regiões faciais, onde comumente se concentram as rugas e marcas de expressão, como por exemplo, supercílio, nos populares “pés de galinha”, na testa, canto da boca etc. Além desta técnica é apresentado o preenchimento das regiões faciais que sinalizam sulcos ou cicatrizes, com gordura, colágeno, ácidos e materiais sintéticos, que entram no rol das intervenções cirúrgicas, requerendo anestesia, cuidados pré e pós-operatórios, além de serem informadas eventuais complicações.

Sobre os ossos, o *site* esclarece que nos cinco primeiros anos após a menopausa, as mulheres perdem cerca de 1,4% da densidade óssea ao ano, e que até o final de suas vidas perderão 50% do tecido esponjoso e 35% de osso compacto. Novamente sugere-se a reposição hormonal como atenuador deste quadro, além da administração regular de cálcio.

Para completar o quadro estético do corpo menopausado, *Menopausa* discorre novamente sobre a mudança dos níveis hormonais na pós-menopausa, enfatizando que a tendência deste momento da vida é o aumento do volume do abdome, enquanto coxas e quadris tendem a diminuir. Há a alteração da razão entre a massa muscular e a gordura do corpo, com diminuição da primeira e elevação da segunda, mesmo naquelas mulheres que sempre mantiveram estável a média do peso corporal.

A estética do corpo da mulher menopausada é um dos temas interessantes a se observar quando se adentra o universo das representações sobre o corpo feminino, porque por meio delas alguns estereótipos de gênero intimamente relacionados ao corpo são facilmente notados.

Não por acaso a seção é uma das mais extensas, apresentando em profusão conselhos, tratamentos, técnicas, cujos resultados prometem ou reforçam a ideia de que é a partir da pele que deve ser travada “a luta contra o envelhecimento”, já que ela é a “face visível” tanto da beleza quanto da feminilidade.

Se pudéssemos fazer o protótipo ideal do rosto e do corpo de uma mulher na perimenopausa, seguindo a representação fornecida por *Menopausa*, a modelo, uma mulher de aproximadamente 45 anos, teria as seguintes características: cabelos ralos, face oleosa com algumas espinhas, pêlos, não em grande quantidade, mas devido à espessura, notáveis sob o queixo e ao longo das laterais da face, corpo levemente obeso, com acentuada protuberância da barriga, facilmente observada em virtude do quadril estreito e das coxas finas.

Tal imagem idealizada se encontra afinada com as ideias do médico Robert Wilson, que a partir dos anos 1965, serviram como justificativa para que a terapia estrogênica se tornasse rotina no tratamento do climatério/menopausa.

Entre os argumentos apresentados por Wilson, destacavam-se as alterações do corpo feminino nesta fase, tais como, aumento de pêlos na face, voz acentuadamente grave, obesidade. Era como se na ausência do estrogênio o corpo feminino sofresse um processo

de virilização, a mulher passando a habitar, então, num mundo de *intersex*¹⁹.

A antropóloga carioca Mirian Goldenberg, após duas décadas de pesquisas sobre o corpo do brasileiro, afirma que em nossa sociedade e cultura ele tornou-se um capital, no sentido que tal termo é concebido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, qual seja, um poder que “define as probabilidades de ganho num campo determinado”.

Perguntando a mulheres de estratos sociais variados “o que mais invejavam em outras mulheres”, a antropóloga obteve as seguintes respostas, assim ordenadas: “beleza em primeiro lugar, o corpo em seguida e inteligência em terceiro lugar”³⁹. Ter o rosto e o corpo belo é o desejo da maioria das mulheres, representando, por esta forma, “um sonho de consumo”.

Mediante os dados apresentados por Goldenberg é possível entender, como assinalado por ela, porque Brasil e EUA são os países que têm os índices mais elevados de consumo de cosmética, cirurgias plásticas e tratamentos estéticos rejuvenescedores do mundo. Também é possível entender porque *Menospausa* dedica às questões estéticas tanto espaço no *site*, não se restringido somente aos aqui descritos, mas veiculando nas laterais das páginas de todas as seções anúncios que, além da moda e dos tratamentos estéticos, como a lipoaspiração, falam de situações que se relacionam diretamente com a beleza feminina.

Em relação à moda, *Menospausa* a apresenta com cores quentes, como o vermelho ou os tecidos floridos e acetinados, contrastando com as cores “sombrias” com as quais pintou anteriormente o quadro da estética corporal feminina no processo climatérico/menopausa. Os modelos das roupas, segundo a consultora de modas do *site*, devem levar em consideração o humor e a ousadia, na medida certa, pois isto, como diz, “não faz mal a ninguém, ao contrário, permite que nos sintamos mais bonitas e sensuais”. Beleza e sensualidade que, aliás, por tradição, caracterizam o feminino, qualquer que seja a idade da mulher.

Por fim, seguindo as considerações de Goldenberg é possível entender porque

entre nós o corpo em processo de envelhecimento e menopausa, para além dos aspectos de saúde, deve ser tratado esteticamente, à medida que sendo capital, mantê-lo tal como valorizado socialmente – magro, belo e sexy – permite sua visibilidade em oposição à “morte simbólica” que lhe é atribuída, tanto nas representações biomédicas quanto nas populares do climatério/menopausa.

4. Terapia de Reposição Hormonal e Terapias Alternativas: em busca de uma concepção holística do corpo no Menopausa

Segundo o antropólogo francês François Laplantine, um dos aspectos comuns às representações é que erigidas socialmente passam a compor a própria realidade social, mas de tal forma estão amalgamadas a esta que, invariavelmente não são mais vistas como representação. É próprio então das representações o ocultamento das distorções que carregam, particularmente “a relação da doença e do social, da doença e do psicológico, do psicológico e do social”³⁰.

As observações de Laplantine são interessantes à medida que possibilitam entender que toda representação traz consigo zonas intersticiais, das quais novas representações podem surgir, visto que por si mesma não esgota todos os aspectos da realidade passíveis de serem representados.

De forma semelhante, analisando as racionalidades médicas, a socióloga Madel Luz⁸² afirma que, embora o modelo biomédico, baseado na doença e na medicalização do corpo e dos processos corporais, seja hegemônico nas sociedades ocidentais, racionalidades outras convivem lado-a-lado com este saber. Entendidas como práticas alternativas, ou mais recentemente, integrativas, trazem consigo uma versão *positiva* da saúde, fundamentada na ideia de *prevenção de riscos* através da adoção de determinados *estilos de vida*, e na noção de *promoção da saúde* como desenvolvimento de qualidade de vida.

Embora *Menopausa* enfatize o saber e as práticas biomédicas ortodoxas, abre espaço para outras lógicas no tratamento do climatério/menopausa, tais como a homeopatia e a fitoterapia, informadas nas seções que tratam da reposição hormonal e reposições

alternativas e não hormonais.

Antes de ser falado sobre elas, é preciso esclarecer que em 2002 o estudo *Women's Health Initiative Study Group* (WHI), realizado nos EUA pelo Instituto Nacional de Saúde de lá, com dezesseis mil mulheres, foi parcialmente suspenso, pois foi constatado que o uso de hormônios multiplicava os riscos de câncer de mama e de doenças cardiovasculares. Em 2004, outro segmento do mesmo estudo foi desativado, devido às evidências de que o uso de estrogênio isolado não só não protegia as mulheres de cardiopatias, como elevava o risco de sofrerem um acidente vascular cerebral²⁰.

Esses fatos ajudaram a construir o cenário relativamente recente de medo e incertezas sobre o uso ou não da Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Contudo, desde os anos 1970, pesquisas que associavam TRH às neoplasias ginecológicas foram divulgadas¹⁹, e o entendimento sobre os benefícios da reposição nunca foi unânime no meio médico.

Essa controvérsia é discutida através da opinião de um dos médicos que compõem a equipe do *Menopausa*, que, aliás, é diretor científico da Sociedade Brasileira do Climatério – SOBRAC. Segundo ele, a reposição de estrogênios é a meta na TRH. Segundo ele, a reposição do estrogênio é a meta na TRH, pois tais hormônios promovem o alívio da maioria dos sintomas na pós-menopausa, como os calores e suores frequentes nesta fase.

O referido diretor esclarece que, em mulheres que têm o útero é utilizado alternadamente um combinado de estrogênio com progestagênio. O uso extensivo do estrogênio pode causar câncer no tecido endometrial, o progestagênio agiria assim como fator protetor. Contudo, tal hormônio pode causar alterações celulares na mama. Hoje, diz ele, o mercado oferece TRH de baixa dose e estudos recentes buscam comprovar, por meio da aplicação direta de progestagênio no útero, se tal prática diminuiria seus efeitos colaterais. Por fim, conclui o ginecologista, “não faltam alternativas para indicar um regime de TRH sob medida para cada mulher, e este é o ponto importante dessa controvérsia toda”.

Estudando as formas elementares de cura, Laplantine aponta alguns componentes da lógica que perpassa o conhecimento biomédico das doenças e da cura. No caso do processo climatério/menopausa, não se trata de combater um mal extrínseco ao próprio corpo, causa principal das doenças na biomedicina, ou seja, a representação da doença não se apresenta como entidade exterior que penetra o organismo, e para a qual a intervenção alopatia^{viii} se dá pela administração de agentes quimioterapêuticos antagônicos que irão extirpar o mal.

Trata-se de repor algo – os hormônios –, baseado no entendimento de que o corpo se tornou incapaz de produzi-los. Seguindo as proposições de Laplantine, se pode denominar tal modelo etiológico de “aditivo”, pois busca-se acrescentar o que está faltando no organismo, como, guardadas as devidas proporções, receita-se vitaminas para os desnutridos. As representações terapêuticas aditivas estão relacionadas a uma interpretação funcional do processo saúde-enfermidade, sendo a intervenção biomédica concebida como capaz de retificar as disfunções internas do organismo⁸³.

No entanto, há formas outras de se conceber a saúde e o corpo, como pode ser exemplificado pela homeopatia. A homeopatia opera com uma lógica distinta da alopatia, à medida que, tal como proposta e aplicada no século XVIII por Samuel Hahnemann, médico alemão, baseia-se em dois princípios: das similitudes, ou a cura pelos semelhantes, através da reativação dos sintomas; da infinitesimalidade, que consiste na diluição em doses infinitesimais do medicamento que “curará o sintoma que ele poderia, aliás, provocar se fosse aplicado em dose forte”⁸³.

O sintoma não é visto como elemento estranho a ser debelado do corpo, mas como portador, ele mesmo, do princípio da cura. Observa-se mais o doente do que a doença, levando-se em conta além de suas características fisiológicas, as afetivas, tradutoras de peculiaridades. *Menopausa*, por meio de um especialista, assim caracteriza a homeopatia,

viii Cf. Dicionário Houaiss digital: Alopatia: s.f. MED sistema ou método de tratamento em que se empregam remédios que, no organismo, provocam efeitos contrários aos da doença em causa.

A medicina homeopática leva em conta o indivíduo e não apenas o sintoma; valoriza a emoção, o temperamento, o jeito de cada pessoa, sua personalidade, além do comportamento funcional das glândulas produtoras de hormônios e demais funções orgânicas. Com as mulheres na menopausa a abordagem segue a mesma lógica, e por isso existem vários tratamentos homeopáticos para a menopausa de acordo com o biotipo de cada mulher.

De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa² a homeopatia, além de outros sistemas terapêuticos da medicina tradicional, ajuda a promover as diretrizes básicas de saúde, quais sejam, a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e o ser humano, na sua integração com o meio social e o ambiente.

Citando especificamente a homeopatia, o Manual sublinha que sua inclusão no Sistema Único de Saúde, SUS, representa estratégia importante, fornecendo elementos para a criação de um modelo centrado na saúde, pois, “recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural”, “contribui para o uso racional dos medicamentos” além de ser “opção terapêutica para a diminuição dos sintomas indesejáveis do período do climatério”, dentre outras razões.

Sobre a homeopatia e os seus benefícios, a seção do *site* denominada *MaisInteração*, contém o seguinte relato, entre outros, referindo-se ao uso desta opção terapêutica no alívio dos fogachos e dos problemas da libido:

Tenho 50 anos, mas a minha menopausa veio aos 40 anos. Quase enlouqueci com os calores que me limitavam, inclusive, a visitar clientes. Foi horrível! Resolvi com “a ‘santa’ homeopatia. Tomo minhas 5 gotinhas diárias e tudo voltou ao normal, inclusive a libido. Espero que possa ajudar outras mulheres. Aliás uso a homeopatia, com médico é claro, para tudo.

Com relação à fitoterapia^{ix}, *Menopausa* detalha o efeito dos fitoestrogênios, sobretudo o poder estrogênico das isoflavonas, que são proteínas da soja. Acredita-se que o baixo índice do câncer de mama e a ausência dos calores nas japonesas em idade menopausal sejam resultados do consumo freqüente de soja, um hábito alimentar comum entre os japoneses. Citam-se pesquisas que revelam que os fitoestrogênios atuam sobre os tecidos arteriais, possibilitando assim um melhor equilíbrio do colesterol no sangue e a diminuição dos fogachos, sintoma tão freqüente entre as mulheres ocidentais menopausadas.

Além dessas terapêuticas, o *site* apresenta outras formas de se cuidar da saúde neste momento. É o caso da eutonia, palavra de origem grega que significa tônus ou tensão em harmonia, que é mais do que um tratamento,

Filosoficamente é uma proposta de vida que busca desenvolver nas pessoas a consciência de si enquanto unidade psicossomática integrada (corpo e mente). Como terapia corporal, ela se compõe de práticas que ensinam a usar adequadamente a estrutura óssea e os reflexos posturais de modo a equilibrar o tônus do corpo com a máxima eficiência e o mínimo de esforço.

Para finalizar, é interessante observar que, ao informar outras práticas terapêuticas não centradas no modelo da doença, que enxergam a mulher como ser peculiar acima dos sintomas homogeneizadores do climatério/menopausa descritos pela biomedicina, *Menopausa* possibilita que suas leitoras entrem em contato com lógicas distintas de se conceber o corpo. Para além do corpo hormonal, fragmentado em meio a sintomas diversos e sujeito às oscilações constantes dos hormônios, essas concepções ofertam uma visão integrativa do corpo, vendo este não apenas como apenso às dimensões cultural, psicológica e ambiental, mas como elemento por elas constituído e delas constitutivo.

ix Cf. Dicionário Houaiss digital: Fitoterapia: s.f. MED tratamento ou prevenção de doenças através do uso de plantas [Inclui a aromoterapia, a gemoterapia e a herboristeria.]

CAPÍTULO III

A experiência com a Menopausa no Menospausa

Uma questão que perpassa esse estudo é como as internautas do *Menospausa* vivenciam o processo climatério/menopausa, visto que a biomedicina e a sociedade fornecem representações negativas deste período, associando-o ao envelhecimento e, por conseguinte, às ideias de perdas e rupturas. Teriam elas uma visão tão negativa quanto às imagens que são vinculadas socialmente a essa fase?

Procura-se, então, a partir dos relatos das internautas encontrados na seção do *site* denominada *MaisInteração*, desvelar as experiências com os problemas da menopausa.

Por um lado, as contribuições dos estudos sobre a experiência da enfermidade dão a sustentação teórica necessária para se efetivar a análise, uma vez que permitem conceber os problemas de saúde em sua complexidade, isto é, na interação entre as esferas objetiva e subjetiva que envolve o processo do adoecimento^{27,52,53,54}.

Neste sentido, estudar a experiência não exclui as representações atinentes a um dado evento, em particular, e a vida, em geral, pois entende-se que os indivíduos, ao agirem no mundo, se orientam segundo o conhecimento que dispõem e os valores que atribuem à realidade. Dito de forma poética, a representação “é um saber que não duvida de si mesmo”³⁰.

Por outro lado, junta-se a esse repertório teórico a análise das narrativas dos adoecidos, tal como desenvolvida pelo sociólogo britânico Mike Bury. Desta forma, resgata-se o saber leigo como fonte de conhecimento sobre o corpo e os processos corporais, relativizando o poder médico na arbitragem do processo saúde-enfermidade⁵⁵.

Como ambiente de aconselhamento virtual sobre os problemas menopausais, *Menospausa* oferece o espaço do especialista, para que as dúvidas sobre o processo climatério/menopausa possam ser esclarecidas a partir do entendimento biomédico do corpo feminino. Na “ante-sala” desse saber encontra-se a seção *MaisInteração*. É nela que as internautas trocam informações, dão dicas umas para as outras sobre tratamentos, ou simplesmente expõem as dificuldades que estão vivendo neste período, em suma, é o lugar onde a experiência de se estar na menopausa ganha 'voz'.

O aspecto dialógico se sobrepõe, inscrevendo-se na lógica interativa e dando-lhe sentido, aliás, *Menopausa* estimula esta interatividade, encorajando as internautas a participarem, a contarem suas experiências. A seção é subdividida em tópicos relacionados aos problemas da menopausa, tais como: ondas de calor, controle do peso, insônia, problemas com a pele, reposição e libido. Assim, há várias respostas de uma 'amiga para outra', facilmente observáveis, como postado por uma internauta: “achei muito interessante essa página e estranhei que muitas mulheres falavam para uma certa amiga e cada uma tinha uma dica diferente”, como poderá ser observado nas análises que se seguem.

1. *Narrativas contingentes: a irrupção dos sinais corporais da menopausa, seus significados socioculturais e as estratégias utilizadas*

Segundo Bury⁵⁵, partindo de suas análises das narrativas dos sofredores de enfermidades crônicas, pode-se observar, por um lado, as possíveis causas atribuídas à irrupção da doença, por outro, as formas como o perceber-se doente interfere no dia-a-dia da pessoa. Considerações sobre como serão administrados os procedimentos terapêuticos, quando estes se fazem necessários no cotidiano, o modo como se agenciam recursos para o tratamento, tanto materiais quanto sociais, e o impacto dos sintomas sobre as rotinas profissional e particular tornam-se questões centrais na vida da pessoa.

O modelo metodológico desenvolvido por Bury possibilita analisar os problemas referentes à menopausa, isto é, entender este processo tal como é narrado pelas internautas. Neste sentido, o termo contingente explicita bem esta ideia, trazendo consigo os significados de eventualidade, descontrole e desequilíbrio. Narrativas contingentes são, portanto, aquelas que falam sobre as causas das doenças, dos problemas de saúde e dos sintomas, bem como dos efeitos imediatos destes na vida cotidiana dos sofredores, contados por eles mesmos⁵⁵.

Os sintomas vasomotores, como os fogachos, são de longe os mais destacados no *Menopausa*, referidos pelas internautas como portadores de desconforto e constrangimento, como pode ser exemplificado nestes dois relatos:

Cara [amiga]

Quando comecei a sentir os calores, aos 45anos (hoje tenho 55), achei que enlouqueceria. O sintoma era muito forte e freqüente como o seu...

Tenho 52 anos e comecei a ter as ondas de calor há 2 anos (...) Meu marido achava engraçado porque às vezes eu ficava desconcertada, sorrindo nervosamente e ele sentia o calor na minha pele. Mas há um mês tudo mudou. As ondas passaram a acontecer a cada 2 horas mais ou menos e se tornaram além de desconfortáveis, inconvenientes e começaram a atrapalhar a minha rotina, inclusive o sono. Diminuí café e refrigerantes e mantive os exercícios que muito me ajudaram no início da menopausa, mas nada. Há 2 semanas estou tomando um hormônio (leve, segundo meu médico) e já melhorei, consegui voltar à minha rotina

Irrompendo de forma intensa e inadequada, os sintomas atrapalham a vida, tanto a rotina das ocupações sociais quanto o ritmo biológico do corpo, como o processo sono-vigília. O constrangimento experimentado pela narradora – aliás, sentimento social por excelência -, caracteriza aquilo que Trench e Santos¹² chamam de visibilidade de um “não evento”. Segundo a análise das autoras, a menopausa foi durante muito tempo considerada como um acontecimento invisível, sendo digno de nota que em nenhuma sociedade, como afirmam, há ritos de passagens para esta etapa da vida. Paradoxalmente na contemporaneidade, a publicização da menopausa expôs, principalmente no Ocidente, os signos corporais que a associam ao envelhecimento feminino. Para muitas mulheres, numa sociedade onde se cultua o corpo jovem, magro, sexy e belo, e sendo estes os atributos mais valorizados culturalmente como definidores da feminilidade, envelhecer se torna desconcertante.

A biomedicina atribui à deficiência hormonal a causa principal da menopausa, originando os sintomas, que podem ser atenuados pela reposição dos hormônios. Trata-se de estabelecer a ordem orgânica num processo corporal que se encontra em desequilíbrio e descontrolo. Simbolicamente, é a luta entre a ordem e a desordem, o corpo representado

como a instância primeira de ordenação do mundo, sem a qual só nos restará à loucura e o caos.

Como afirmou Geertz, a ideia do caos ameaça os humanos, não somente por obscurecer a ordem preexistente, mas por introduzir a confusão conceitual. Em ambos os sentidos, é o significado de orientação que se faz ausente, e como os homens não são “programados” geneticamente em suas ações, tornam-se dependentes dos “símbolos e sistemas simbólicos a ponto de serem eles decisivos para sua viabilidade como criatura”⁸⁴.

Para além do corpo como matriz simbólica e dos processos corporais como significados urdidos na trama social, as narrativas contingentes enunciam as estratégias pessoais numa dimensão mundana, isto é, como os indivíduos adoecidos mobilizam recursos do ambiente social em que vivem para a mitigação dos seus problemas de saúde⁵⁵.

O próprio *site* é exemplar do uso da estratégia, pois são muitos os conselhos e as solicitações de dicas para o alívio dos sintomas do climatério/menopausa. As narrativas breves a seguir, novamente referentes aos fogachos, ilustram essas duas situações:

Cara, [amiga],

Vou tentar dividir com você a experiência que funcionou para mim e para outras mulheres que conheço. Converse com seu médico e tome vitamina E, 400 miligramas, duas vezes ao dia. Aumente também o consumo de vitamina C. Abuse dos chás de ervas, adoce-os com stévia (você encontra em casas de produtos macrobióticos). Esta combinação acabou definitivamente com meus calores. Atualmente só sinto a onda uma vez por dia de manhã bem cedo antes de levantar da cama. Não acho que os chás tenham muito a ver com isso, mas as vitaminas já eliminaram os calores de outras mulheres que eu conheço. Para mim, os resultados vieram 48 horas depois das vitaminas! Boa sorte

O que vocês sentem de ondas de calor eu sinto de frio, comigo é ao contrário. Tenho 50 anos faço reposição hormonal, uso o gel e o óvulo, emagreci o que eu tinha engordado antes da reposição (25 kl),

só que eu tenho frio muito frio mesmo. Espero que alguém tenha alguma dica para mim. Obrigada!

Na primeira narrativa, uma internauta atende ao pedido de uma amiga, relatando a sua experiência com os calores e a forma como conseguiu o alívio dos sintomas. Na segunda, apesar de fazer reposição hormonal, a narradora refere experimentar ainda os sinais climatéricos que, de forma diversa da maioria, são traduzidos por ondas de frio que percorrem o corpo. A primeira dá testemunho de sua experiência bem sucedida, a segunda pede, como tantas outras, uma dica para aliviar seus sintomas.

Tem sido observado por vários autores^{27,52,53,54,55} que a experiência do adoecimento é influenciada tanto pelos saberes eruditos quanto pelos tradicionais, num processo que inclui ainda crenças, valores que, reelaborados pelo indivíduo, permitem-lhe conferir sentido à enfermidade.

Pode-se notar na primeira narrativa a conjugação de elementos da concepção erudita e leiga da enfermidade no tratamento dos fogachos, e a atribuição de uma eficácia maior ao saber hegemônico, fato que é corroborado por outras conhecidas suas, que utilizaram somente a terapia biomédica e obtiveram também o mesmo alívio.

É importante não perder de vista que a maioria das freqüentadoras do *site* situa-se entre os estratos sociais elevados. Como dito anteriormente, as mulheres representam 48% do total de acessos à internet, e na faixa etária dos 45 aos 54 anos, 18%.

Esse percentual se localiza, sobretudo, nas classes A e B, com menor projeção na classe C, estratos sociais que, como apontado no estudo de Amaral⁵⁰, consomem outras mídias, como TV a cabo, revistas especializadas etc. Têm acesso, portanto, a vários meios de comunicação e informações diversificadas, em particular sobre o climatério/menopausa.

Assim sendo, o público atendido por *Menopausa* é mais informado e informatizado, se contrapondo a média do cidadão comum, que é da classe popular, referindo-se, especialmente, às mulheres que se encontram na menopausa. Para este segmento social as principais fontes de informação sobre esta etapa da vida são os serviços

públicos de saúde e o bate papo com amigas, vizinhas e parentes¹⁴.

Esses dados permitem entender o tipo de estratégia de tratamento adotada, pois, enquanto os relatos no *site* demarcam as várias terapias utilizadas, como as alternativas e de Reposição Estrogênica que juntas demandam um poder aquisitivo mais elevado, algumas pesquisas mostram que nas classes populares a indicação da Terapia de Reposição Hormonal é a prática médico-terapêutica recorrente^{14,21}.

Quanto à informação de saúde nos estratos populares, há que se considerar também que, como apontado no estudo de Mendonça¹⁴, a prática médica nos espaços dos serviços públicos esbarra no tempo exíguo destinado às consultas, e por mais que o especialista interessado queira desenvolver um trabalho de educação em saúde, esclarecendo as usuárias sobre as terapias complementares e de reposição estrogênica, são tolhidos pela lógica que estrutura o sistema, visto que para se transmitir a informação é necessária a aproximação com o universo sociocultural dessa população, o que requer tempo. Esta constatação não obscurece, todavia, a existência de posturas profissionais autoritárias que fazem do usuário tabula rasa.

O acesso às diferentes informações de saúde possibilita conceber os problemas da menopausa como localizados dentro de um processo de mudanças sociopsicofisiológicas características desta fase. Sendo processual, o climatério/menopausa pode ser definido como tendo começo, meio e fim. Os fragmentos dos relatos abaixo evidenciam tal entendimento:

Tenho 54 anos e estou quase no fim (acho eu!) do processo da menopausa. Tenho vários sintomas, mas pelo que tenho lido parece que são os calores que mais afligem a todas.

Estou com 45 anos, farei 46 agora dia 18/02. Há 1 ano fiz exames e realmente foi detectado que estava fazendo a menopausa.

Estas falas permitem identificar a influência do saber erudito na representação que estas internautas têm da menopausa, quer seja pela periodização do

processo e a classificação dos sintomas tal como concebidos pela biomedicina, quer seja pelo entendimento de suas causas, como manifesto no segundo relato: é o próprio corpo que “faz” a menopausa.

Pesquisando o discurso de mulheres menopausadas de classe popular, num bairro de periferia da zona sul paulistana, Trench e Rosa¹⁸ encontraram outros tipos de representações da menopausa, ligadas às experiências dos problemas a ela relacionados.

Primeiramente, por não terem quase informações sobre o tema, a menopausa era vista por essas mulheres como da ordem do inesperado, como “um negócio” que pode “pegar” a mulher de assalto, de forma brusca, e cujo nome não era falado. Em segundo lugar, se o termo menopausa era por elas pouco pronunciado ou desconhecido, seus sinais físicos, ao contrário, eram amplamente sentidos, sobretudo os fogachos, sendo tratados no Posto de Saúde da localidade. A Unidade de Saúde atendia em condições precárias, não havendo programa específico para os problemas apresentados por essas usuárias e contando apenas com um ginecologista.

Por fim, termos como hormônios, estrogênios, reposição hormonal eram pouco conhecidos, até porque o ginecologista, como ele mesmo informou às pesquisadoras, evitava receitá-los, uma vez que exigiam acompanhamento sistemático e exames médicos de rotina indisponíveis naquela Unidade¹⁸.

Aqui, depara-se com uma realidade socioeconômica totalmente oposta à das frequentadoras do *Menospausa*, implicando a ausência quase que total de informação sobre o climatério/menopausa, se diferenciando até mesmo de outros grupos sociais da mesma classe que, embora não tenham acesso aos meios de informação disponíveis àquelas internautas, contam com equipamentos de saúde estruturados para o atendimento da demanda dos problemas menopausais, conforme verificado em outros estudos^{14,21}.

Pesquisas como a de Trench e Rosa ajudam a traçar um quadro menos uniforme da menopausa e dos problemas relacionados a este período, apontando formas distintas de concebê-los e vivenciá-los, bem como estratégias diferentes de tratá-los, pois diversos são

os contextos econômicos e socioculturais em que se encontram inseridos.

2 Narrativas progressivas, morais, épicas/heróicas e regressivas/trágicas

As narrativas dos adoecidos podem revelar, além das estratégias cotidianas para a administração dos problemas de saúde e da vida, uma dimensão mais profunda, em que se entrecruzam as relações que se tem com o corpo, os anseios pessoais e os significados socioculturais atribuídos às contingências, configurando uma forma nova de apresentação do “eu”, tanto para si quanto para aqueles que convivem com o sofredor.

A experiência do sentir-se enfermo é filtrada pelo tecido social, e a forma de narrá-la se encontra circunscrita ao contexto cultural. Neste sentido, ao construir narrativas, aquele que narra obedece a códigos de linguagem e significação específicos que são, ao mesmo tempo, condição para que a comunicação se dê e elementos delimitadores daquilo que se é dito. Isto não impede, entretanto, os componentes criativos das narrativas, uma vez que o repertório cultural é variado e dinâmico, encontrando-se em constante reelaboração.

Essas considerações estão presentes na formulação metodológica de Bury⁵⁵, para quem as diferentes formas de apresentação do “eu” constituem “gêneros” também distintos de narrativas. Deste modo, segundo o gênero, as narrativas podem ser divididas em: progressivas, épicas, heróicas, regressivas, trágicas, irônicas, cômicas, românticas e didáticas. Para a análise dessas narrativas, como esclarece, importa menos saber se a exposição do “eu” se deu de modo consciente ou não, do que atentar para o seu núcleo central, isto é, aquilo que a torna singular. A questão principal é, se as fontes culturais disponíveis são múltiplas, por que o narrador elege determinada forma narrativa para se apresentar enunciando assim sua experiência?

Para responder esta questão, o analista não deve descartar as ambigüidades e complexidades que envolvem de maneira geral as narrativas. Contudo, os diferentes gêneros de narrativas podem sintetizar a interação entre o contexto sociocultural mais amplo e a experiência peculiar do sofredor, realçadas por meio de características básicas identificadas nos relatos. Como exemplo, segue-se uma postagem longa de uma internauta

no *Menopausa* que, a partir das considerações de Bury, pode ser considerada como uma *narrativa progressiva*:

Queridas amigas,

... sei que a onda de calor dura apenas um minuto. Assim sendo mantenho-me tranqüila nesse min. É então que ele passa. Quanto mais tranqüila ficarmos, mais depressa ela desaparece, isso é domínio próprio um dos frutos do Espírito Santo de Deus. Não preciso tomar remédio algum porque detesto medicamento. Sei de mulheres que se desesperam e certamente ficando angustiada demora mais a passar. Então queridas amigas, vamos viver em paz com nossa querida Menopausa, já que temos que conviver com ela, façamos dela uma boa companheira (...) Vou regularmente a minha clínica geral e ginecologista, faço exames regularmente e sinto-me muito bem sem precisar tomar nenhum medicamento. Fazia exercícios em academia e com a chegada do calor, optei por caminhadas não tem coisa melhor ou tem sim, só que como sou viúva não estou tendo agora ... A melhor coisa do mundo nessa época é amar seu esposo, namorar muito com ele. Lembrem-se de quando casaram como era bom, agora será melhor ainda. Amar é o melhor remédio para todos os males (...) Estou viúva a um ano e 7 meses. Estava casada e a mais feliz das mulheres e sempre em lua de mel, 29 anos. Deus quis levar meu amado. Tenho 49 anos e sei que posso ter ajudado vcs de alguma forma e sinto-me muito feliz com isso. Beijo no coração de vcs queridas amigas.

Segundo Bury⁵⁵, as narrativas progressivas tendem a apresentar o indivíduo de forma positiva, o núcleo da construção do relato funda-se na positivação de eventos considerados negativos. Assim, os sinais do climatério/menopausa, a perda do marido, acontecimentos que poderiam transtornar a vida da narradora, fazendo com que este processo se desdobrasse de maneira acentuadamente problemática, são suavizados por sua postura de autocontrole e resignação. Aqui a religiosidade comparece como fator positivo determinante, já que o equilíbrio da saúde é concebido como dom da divindade.

O relato se desenvolve dentro de objetivos tanto pessoais quanto socialmente valorizados, como a eliminação dos sintomas, o comportamento preventivo exemplar, o sentimento de amor ao próximo, numa “apresentação virtuosa do eu” que a aproxima das narrativas morais, nas quais a saúde é retratada como estado virtuoso do adoecido⁵⁵.

Apesar de elucidadoras, é interessante cotejar essas considerações com algumas observações sobre o envelhecimento feminino fornecidas pelo estudo de Uchôa⁸⁵, que por meio da reconstrução das histórias de vida de mulheres idosas, de uma pequena cidade de Minas Gerais, buscou estabelecer a correlação entre realizações, contradições e modificações em seus projetos de vida. A positivação do processo de envelhecimento, segundo apontou, envolve mais a capacidade que as pessoas têm de superar acontecimentos dolorosos, de conseguir refazer projetos, estabelecendo os que lhes são fundamentais, e na adaptação às mudanças que ocorrem do que a realização de objetivos previamente escolhidos, já que estes, como a própria experiência ensina, são contingenciais.

Há narrativas nas quais a experiência com a menopausa mesmo tendo características progressivas remete à análise moral dos eventos, sendo mais bem categorizadas, portanto, como *narrativas morais*⁵⁵. A narrativa a seguir oferece esta interpretação:

Cara [amiga]

Eu tenho tido muita mudança de humor e sempre fui uma pessoa pra cima, alto astral. Quanto ao peso, faz 5 anos que me tornei membro dos vigilantes do peso. Essa questão do peso é um desafio diário. Acho engraçado que o médico também insiste que a gordura não é consequência da menopausa. Mas quando comecei a tomar hormônio (paxil), meu médico disse que eu não engordaria. Engordei e tive que fazer regime por conta própria. Hoje estou magra, mas não está fácil manter o peso. Às vezes acho que os médicos não têm idéia das transformações que a menopausa causa na mulher, principalmente quando o médico é homem.

A ênfase desta internauta no problema com o peso, expresso na dificuldade de se manter magra, evidencia preocupação e sofrimento constantes, transformando-se num verdadeiro 'desafio'. Seu testemunho dessa “luta diária” manifesta aspectos da moralidade leiga⁵⁵: o esforço para se atingir um determinado objetivo, no caso o corpo esbelto, é tanto mais valorizado quanto maior for o sacrifício. A sua adesão aos 'vigilantes do peso', que em princípio se configura como um fator estratégico, explicita ainda a extensão desses esforços, complementado pelo regime que realiza 'por conta própria'.

Mas é também o testemunho do comprometimento da narradora com a resolução do seu problema, ideal valorizado socialmente, no qual a responsabilidade pela solução dos incômodos corporais recai principalmente sobre o sujeito, na sua aderência ao tratamento. Este ponto assinala o encontro entre profissional de saúde e adoecido, entre médico e paciente, e as eventuais dificuldades de comunicação entre ambos²⁷.

Apesar de o saber médico atribuir ao climatério/menopausa modificações no metabolismo ósseo e de lipídeos, tendendo o corpo à obesidade⁷², o relato da internauta sublinha o fato de o médico não ver a sua 'gordura' como 'conseqüência da menopausa' e, por extensão, não entender as transformações que ela traz para a vida das mulheres. Esboça-se, deste modo, um dos elementos que pode dificultar essa comunicação: a diferença de gênero.

Para a narradora, parece que o processo climatério/menopausa não é muito bem compreendido pelos médicos do sexo masculino. Compartilhar de um mesmo gênero, segundo esta ótica, possibilita se colocar no lugar de outro que é igual a si, compartilhando assim significados semelhantes de experiências e problemas que seriam comuns ao mesmo sexo.

Por fim, observa-se que os esforços para se manter magra revelam a preocupação de ser conservada uma identidade anterior, fortemente apoiada na aparência corporal e nos valores a ela agregados, em meio às múltiplas transformações que podem ocorrer nesta fase.

A capacidade de aceitar e superar as várias mudanças que acontecem em suas vidas neste período, inclusive a ideia da menopausa como signo social do envelhecimento feminino, e de estabelecer projetos novos, parece assinalar uma passagem mais tranqüila de algumas mulheres pelos problemas da menopausa. Neste sentido, a narrativa abaixo é ilustrativa:

Adorei este site, entrei na menopausa cirúrgica aos 45 anos, engordei 13 kg. Meu médico disse não tem nada a ver com a menô, fiz um regime a base de arroz integral e verduras e tomei cálcio, voltei ao meu peso normal e lá se vão 5 anos me mantendo nele sem nenhum sacrifício. O negócio tem muito a ver com a mente. Temos que nos conscientizarmos que não somos mais a bela da praia e passar a gostarmos de nós como estamos e procurar outros interesses na vida. E ter sempre na mente Fernando Pessoa: Tudo vale a pena se a alma não é pequena: e seguir em frente com coragem e fazendo os exames anuais sem medo de ser feliz. Afinal a menopausa dá uma enorme liberdade em muitos sentidos. Mulherada vamos ser feliz com nossa experiência.

Da narrativa acima sobressai o caráter de superação, em que após situações adversas, a internauta voltou ao seu peso normal, mantendo-se nele, como diz, 'sem nenhum sacrifício.' Mais uma vez recorrendo a Bury⁵⁵, a análise indica que o “eu” pode ser concebido como forjado na vitória das adversidades e pela postura corajosa de se seguir adiante mesmo com e apesar delas, daí se apresentar por meio de uma *narrativa épica/heróica*.

Esse “eu heróico” traz consigo a ideia de não passividade diante dos problemas e a valorização da individualidade como resposta a estereotipia do feminino, personificada aqui na figura da 'bela da praia'. Se antes, na pré-menopausa, era o corpo o objeto privilegiado 'do olhar social' - inclusive das próprias mulheres-, agora, na menopausa, deve ser enfocada a mente como elemento chave para a libertação feminina, tanto dos problemas da menopausa quanto do sentimento de inferioridade por não se ter mais aquele corpo-objeto. Atingir esta consciência e a auto-valorização é tarefa individual, mas trata-se acima

de tudo do *empoderamento* da condição feminina.

É interessante observar que, o fim do ciclo reprodutivo feminino significa em algumas culturas a passagem da mulher a um *status* no qual a sua mente, isto é, sua sabedoria é valorizada. Entre os Samo, sociedade tribal do Alto Volta, segundo informou Heilborn⁸⁶ referindo-se a alguns estudos da antropóloga francesa Françoise Héritier, quando a mulher deixa definitivamente de menstruar e de se relacionar sexualmente com o companheiro, assume um lugar no conselho dos anciãos, ocupando a posição de sábia, *status* masculino por excelência naquela etnia.

Retornando ao *Menopausa*, podem ser observadas ainda narrativas nas quais os problemas da menopausa são experimentados de forma negativa, afastando-se assim das metas pessoais, até mesmo daquelas mais comuns que compõem o dia-a-dia. Elas podem assumir contornos trágicos, caracterizando uma *narrativa regressiva/trágica*⁵⁵, como expresso de forma exemplar:

Entrei na menopausa com ondas de calor terríveis. Tomo hoje comprimidos de premarin com mpa de 205mg, me sinto melhor do calor, mas em compensação minha pele envelheceu 15 anos, não sei o que faço. Não tenho condições financeiras para fazer nada, ainda. Fui largada pelo meu marido. Tenho depressões horríveis de saber que não posso melhorar a minha aparência para ao menos refazer a minha vida. Gostaria de ajuda de vcs. Se tiverem alguma sugestão caseira ou souberem de algum lugar no Rio de Janeiro onde eu pudesse ao menos pegar algumas dicas. Tenho 54 anos e pareço que tenho 70. Abraços a todas vcs.

Aqui, em oposição à narrativa anterior, a internauta relata várias situações adversas, ressaltando os problemas com a pele, ou melhor, o envelhecimento da pele que a faz aparentar ter quinze anos a mais, a falta de condições financeiras para reverter este quadro, o fato de ter sido deixada pelo marido, além das depressões. Esses elementos envolvem uma discordância contínua e crescente entre aquilo que se almeja e o que realmente se tem, sendo agravada por não se ter, pelo menos momentaneamente,

possibilidade de ver seus anseios atendidos, daí seu caráter regressivo⁵⁵.

Trata-se de uma narrativa cujo fulcro são as perdas: da elasticidade da pele, de dinheiro, do marido, e da alegria de viver. A ideia de refazer a vida, segundo a narradora, passa necessariamente pela 'melhora da aparência' que, por sua vez, só é possível se tiver dinheiro suficiente para isso, as dicas 'caseiras' sendo, neste caso, paliativos. Um “eu desventuroso” se apresenta neste relato, cujo retorno à dinâmica da vida requer a manutenção das características físicas anteriores aos problemas da menopausa, como também pode ser verificado no questionamento desta internauta: *como fazer para não ficar com barriga e não ter a cintura engrossando a cada dia, mesmo pesando 55 kg? Amigas, me parece o fundo do poço.*

Expõem-se assim identidades fragilizadas, e a ideia de que o corpo somente é valorizado por suas juventude, beleza e sensualidade, aliás, concepção afinada com o modelo socialmente difundido. Seguindo esta lógica, as perdas destas características corporais podem trazer não só problemas identitários, mas significarem também a perda do sentido da própria vida.

Pesquisando mulheres com mais de cinquenta anos de idade, das camadas médias do Rio de Janeiro e da Alemanha, a antropóloga Mirian Goldenberg³⁹ encontrou algumas divergências nas experiências e concepções do processo de envelhecimento entre os dois grupos.

Primeiramente, a maioria das mulheres cariocas entrevistadas se referiu a esta fase como um período marcado por faltas: de atividades, de diversão, inclusive de companhia masculina, para aquelas que se encontravam separadas. Em segundo lugar, a ideia de invisibilidade permeou vários depoimentos. Por invisível, expressavam o fato de não serem mais cortejadas pelo sexo oposto, de não serem notadas como antes, o que lhes atestavam o envelhecimento. Por fim, algumas se colocaram a parte das dimensões afetiva e sexual da vida, postura classificada pela antropóloga como “ideia de aposentadoria”. O interessante, segundo ela, é que é uma exclusão auto-infligida, porque são as próprias

mulheres que se afastam do “mercado afetivo-sexual”, por acreditarem não atender mais suas demandas, quais sejam, ter um corpo jovem, magro e sensual.

Para as alemãs, ao contrário, não foram enfatizados como elementos constitutivos desta fase a decadência corporal, a ausência de companhia masculina e a 'ideia de aposentadoria'. Ressaltaram que ter a aparência de um corpo juvenil não era tão importante, aliás, classificaram como 'infantilidade' a preocupação feminina de manter uma aparência corporal sexy e jovem, não condizente com a maturidade socialmente esperada das mulheres desta idade. O importante, segundo elas, é ter realização profissional, saúde e uma boa qualidade de vida. O que mais acentuaram, conforme detalhou Goldenberg³⁹, é que neste momento de suas vidas são mulheres emancipadas, tanto econômica quanto psicologicamente, e que no jogo da sedução, a individualidade, a inteligência e a conversa são mais importantes do que o corpo.

As diferenças culturais da concepção do corpo e do processo de envelhecimento, tal como apontadas pela pesquisa de Goldenberg, possibilitam iluminar a variedade de discursos sobre estes temas existentes entre povos culturalmente distintos, bem como entre grupos diversos de uma mesma sociedade.

Observar o climatério/menopausa e o envelhecimento como processos, para além das diferenças culturais entre os grupos sociais, permite entender as diversas formas como são vividos por suas protagonistas, numa dimensão microsocial.

Por exprimirem as experiências em seus aspectos peculiares, as narrativas apresentam ambigüidades, pois não sendo estanque a vida, os eventos assumem inúmeros significados. Assim, a vivência dos problemas com a menopausa pode ser narrada de forma progressiva, mas revelar episódios que a encaminham para uma avaliação regressiva, como neste trecho que se segue:

Oi [amiga]

Adorei o seu depoimento, penso exatamente assim e não dou bola pros sintomas da menopausa, a não ser o peso; engordei 20 kg e me sinto

chateada com isso, pois nunca fui gorda...

Nota-se, na maioria dos relatos, o desconforto com o aumento do peso e os esforços das internautas para conservarem ou se aproximarem de um corpo ideal, esbelto, que se espera conquistar a partir de uma agenda diária de atividades, incluindo dietas, regimes, exercícios físicos e o desenvolvimento de um novo estilo de vida. A representação do processo de envelhecimento fortemente ancorada na ideia de perdas, de deterioração corporal, associada ao climatério/menopausa, esculpe uma imagem negativa do feminino nesta fase.

A busca pelo corpo ideal pode ser vista, deste modo, como rejeição aos rótulos pejorativos que envolvem esse processo, cuja expressão mais visível está na aparência corporal, mas a ela não se resume. Certamente, ao se dizer isso não se atribui homogeneidade à experiência das narradoras com a menopausa, bem como às representações que têm de seus corpos.

As narrativas fornecem elementos interessantes para se analisar as experiências, sempre singulares, mas que para serem interpretadas e compreendidas devem ser remetidas ao contexto sociocultural mais amplo que as originou⁵³.

São exemplares, neste aspecto, algumas narrativas que indicaram a existência de uma matriz religiosa a orientar a administração e o controle dos sintomas, configurando uma conduta ascética, e a ideia de comedimento e resignação diante de situações adversas. Há o elo, componente comum às religiões cristãs reformadas ou delas derivadas, entre uma prática cotidiana para a salvação – esta última entendida no sentido não somente de redenção da alma, mas também do corpo – e a certeza de ser um “eleito de Deus”. Assim, o ideal religioso é traduzido por uma disciplina sóbria tanto das emoções quanto das ações daquele que crê, e a presença da divindade no cotidiano da vida é comprovada pelo fato de “manter-se saudável de corpo e alma”.

As narrativas ao serem sistematizadas como dados da realidade não “falam por si mesmas”, requerendo do pesquisador, além do apoio teórico, o entendimento de que o

narrador é o “dono da história”, que seleciona segundo seus critérios os eventos e os fatos que serão enunciados, e que estes estão sempre imersos num determinado universo cultural⁵⁵.

Estes pontos são significativamente interessantes, pois a análise das narrativas possibilitou penetrar na experiência do adoecimento, partindo do olhar das próprias sofredoras, e aferir as estratégias utilizadas no cotidiano para minimizar ou solucionar os problemas contingentes advindos da menopausa.

Pela forma como os problemas foram relatados, se pode inferir que eles não são experimentados do mesmo modo pelas internautas do *Menospausa*.

Para algumas, a menopausa deixa marcas indeléveis, e é vivida de modo conturbado, de maneira extremamente negativa, significando perdas, inclusive da identidade feminina. Há um processo de fragilização desencadeado pelo climatério/menopausa, instaurado pelo desequilíbrio corporal - os sintomas -, e expandido para a vida.

A representação do corpo jovem, magro, belo, sensual e socialmente valorizado confrontado com o processo de envelhecimento corporal, que representa exatamente o oposto desses valores, parece impactar de forma dramática suas vidas. Neste sentido, pode até ser notado o dissabor de viver e o desejo premente de voltar a ter o corpo de antes, com o objetivo de resgatar uma situação anterior concebida como favorável.

Entretanto, há outras mulheres que mesmo diante das adversidades experimentadas neste período, tanto de saúde quanto da vida, não atribuem um sentido exclusivamente negativo à menopausa, ainda que esta etapa seja representada de forma depreciativa tanto pela biomedicina quanto popularmente. Aqui, parece que o processo climatério/menopausa mesmo trazendo problemas, como os sinais físicos, psíquicos e sociais característicos dessa fase, é administrado e resolvido a partir de uma nova concepção da vida, dos projetos, das terapias, do corpo e da própria feminilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha de um determinado tema de estudo com sua respectiva problematização trazem consigo implícitos os procedimentos teórico-metodológicos capazes de iluminar e responder, na medida do possível, as questões que originaram a pesquisa.

Assim, já iniciado o processo de investigação, tendo por objetivo entender as representações sobre a menopausa contidas em um *site* da internet, servia-me de arcabouço teórico o conceito de “representações sociais”. Entretanto, com o caminhar da pesquisa, despertou-me o interesse de saber em que medida tais representações sobre a menopausa afetavam a experiência das internautas que buscavam este ambiente virtual. Dito de forma clara e resumida: passei a indagar também sobre como as freqüentadoras do *site* viviam o processo climatério-menopausa.

Do meu projeto não constavam entrevistas, observação participante, enfim, nenhum instrumento de pesquisa que permitisse acessar diretamente a experiência das internautas em foco, o “natural” seria, portanto, continuar somente com as representações, dado o ambiente virtual possibilitar aparentemente só este caminho de estudo.

No entanto, as narrativas sobre o adoecimento forneceram-se o instrumento teórico-metodológico para “ler” os relatos das internautas na seção interativa do *site* e, a partir dele, acessar e analisar os fragmentos das experiências com os problemas da menopausa que, com certeza, se encontram naquelas linhas.

Este trabalho se desenvolveu, pois, na conjugação de metodologias, unindo representação e experiência, o virtual e o presente relatado, e os resultados apontam para a necessidade de novos estudos, o que, aliás, penso ser característico de toda investigação, independente do meio no qual se insira o objeto a ser pesquisado.

As considerações que teço a seguir se inscrevem neste movimento de convergência metodológica, no qual o objeto a ser pesquisado ora mostrou-se cristalinamente ao meu olhar, ora exigiu-me mais do que a postura metódica do pesquisador, exigiu-me sensibilidade para ver o que estava para além do que se apresentava

aparentemente como óbvio.

A menopausa é uma passagem pela qual passam todas as mulheres, exceto aquelas que, por uma fatalidade, não chegam até esse período da vida feminina.

Entretanto, ainda que seja um fenômeno comum, são diversos os sinais corporais e a forma como essa etapa é vivida pelas mulheres.

Desde a descoberta dos hormônios, no final do século XIX, a biomedicina define o corpo da mulher como *corpo hormonal*, concebendo tais substâncias como determinantes do comportamento feminino.

No período reprodutivo, atribui à oscilação hormonal as variações de humor, numa associação imediata entre órgãos reprodutores e cérebro. Esta associação já estava presente nas teorias médicas anteriores ao descobrimento do estrogênio e da testosterona, contudo, a concepção hormonal tornou-a mais tenaz, configurando-se numa nova forma de conceber o corpo e explicar o processo da reprodução.

No climatério/menopausa, entrando em declínio a produção fisiológica desses hormônios, a biomedicina entende este período como problemático, consubstanciado pelos possíveis sinais corporais que o caracterizam. Tais sinais são classificados como sintomas e mensurados de acordo com a gravidade com que afetam a saúde da mulher.

Esta concepção expõe a representação social negativa do processo climatério/menopausa pela biomedicina, constituído a partir de um duplo movimento de ideias. Primeiramente, o entendimento do início da menopausa como sinal físico imediato do envelhecimento feminino, cuja imagem foi erigida historicamente no século XIX, pela migração do conceito da doença do climatério para o da menopausa. Posteriormente, no início dos anos 1960, a associação entre menopausa e envelhecimento foi retrabalhada pela biomedicina, sobretudo pelo médico estadunidense Robert Wilson, tendo ele definido o climatério/menopausa como enfermidade que abala a “essência feminina”, o que significava, aos seus olhos, a desfeminilização da mulher. Esta noção ainda permeia o

conceito biomédico da menopausa.

Em segundo lugar e decorrente do acima exposto, a ideia do fim do ciclo reprodutivo, e sendo a concepção valorizada socialmente como principal função fisiológica feminina, o processo climatério/menopausa é descrito como deficiência e perda desta “essência”, enfim, como “morte simbólica” da mulher para a vida reprodutiva.

Em ambos, a feminilidade é definida de forma essencializada, sendo ressaltadas as perdas ocorridas neste processo, quer sejam elas dos aspectos da aparência corporal, implicando a ideia de virilização da mulher com o envelhecimento, quer sejam dos aspectos fisiológicos, traduzidos pela deficiência hormonal e pela privação das funções reprodutivas.

Fortemente baseado nestes pressupostos, *Menospausa* constrói, a partir de sua assessoria médica, uma visão hormonal do corpo feminino, recorrendo às mudanças dos níveis de hormônios que acontecem nesta fase para explicar todo o processo climatério/menopausa, o que pode ser observado pela referência constante às oscilações e deficiências estrogênicas.

Todavia, há que se ressaltar que oferece, por meio da divulgação das terapias alternativas, outras formas de se conceber o corpo e os processos corporais, racionalidades outras que não veem os problemas de saúde como determinados por uma lógica corporal reducionista. O caso da homeopatia é exemplar, uma vez que para a cura serve-se da análise das peculiaridades da pessoa. Trata do adoecido como ser integrado ao meio físico e social, não se preocupando apenas em extirpar uma enfermidade específica, mas em manter o equilíbrio da saúde do organismo como um todo.

A apresentação dessas outras terapêuticas pelo *site* pode ser vista como atendimento às demandas das próprias internautas, mas também como um saber que já faz parte do repertório do conhecimento biomédico, compondo uma de suas especialidades.

O perfil sociocultural das frequentadoras do *Menospausa* é, em sua maioria, de mulheres dos segmentos sociais mais elevados, que têm acesso às informações

diversificadas, e que solicitam também informações diversas.

No caso, verifica-se que as representações sociais sobre a menopausa são perpassadas por várias concepções de corpo, expressas no *site* pela variedade de terapias apresentadas, ainda que as de reposição estrogênica sejam predominantes, devido à concepção preeminente do corpo hormonal.

Também é predominante a ideia da manutenção da imagem do corpo magro, sexy e jovem, explicitada pela quantidade de informações sobre dietas, regimes e exercícios físicos, que detalham tratamentos estéticos, cosméticos e cirúrgicos para a manutenção do corpo esbelto e sem rugas. Neste sentido, sente-se o peso social atribuído ao processo de envelhecimento associado à menopausa, requerendo, para além das terapêuticas de saúde, o tratamento estético.

Aqui, reitera-se a representação social da feminilidade ancorada, sobretudo, na aparência corporal, manifestada pela preocupação constante com que as frequentadoras do *site* se referem à manutenção e controle do peso dos seus corpos.

Quando se atenta para as informações no *Menospausa* sobre a sexualidade feminina, verifica-se o modo tradicional como é retratada, que não deixa de ser, no entanto, paradoxal. Enquanto, por um lado, a feminilidade é definida de forma essencializada, isto é, fortemente influenciada pelos aspectos biológicos do corpo, motivo pelo qual as modificações hormonais apontariam para a perda de elementos constitutivos de uma “essência feminina”, por outro lado, a sexualidade é concebida como não redutível à fisiologia, sendo ressaltados seus componentes psicológicos, emocionais e socioculturais.

A diversidade de elementos que compõem o processo climatério/menopausa descreve como ele pode ser vivido de diferentes formas. As narrativas colhidas na seção *MaisInteração* mostraram essas diferenças.

Se a menopausa não é em si um problema de saúde, ela pode ser vivida como se fosse, e o próprio *site* se apresenta como um espaço estratégico onde a internauta encontra

conselhos e dicas para o alívio dos sinais menopausais.

Verificou-se que as ondas de calores e suores, os fogachos, foram os problemas mais relatados, e para os quais se seguiram muitos conselhos. As solicitações foram de mulheres que sentiam desde um incômodo leve e breve com os calores, até as que disseram quase “enlouquecer” tamanha a potência e constância com que se apresentavam.

A terapêutica também foi variada: há aquelas que obtiveram resultado somente com a reposição estrogênica, enquanto outras se serviram de terapias alternativas ou combinaram ambas para encontrar o alívio esperado. Por fim, algumas sequer fizeram uso de medicamentos alternativos ou alopáticos, recorrendo à fé para solucionar os seus problemas.

Pode-se notar que a escolha daquelas internautas por uma ou outra terapia envolve a representação que elas têm do próprio corpo, da menopausa, das práticas terapêuticas e, de um modo geral, da vida. Assim, a escolha por uma determinada terapia ou pela conjugação de várias revela as crenças que se têm naquele tratamento ou na combinação deles, quer seja por ter experimentado o alívio dos sintomas daquela maneira, quer seja por ter ouvido relatos de pessoas próximas que obtiveram sucesso com a terapêutica, não desprezando-se, obviamente, a interação com o contexto cultural em que emergem essas experiências. Deve-se atentar também para as peculiaridades de cada experiência e o momento da vida em que irromperam os sinais da menopausa.

Notou-se ainda que a maioria das narrativas mencionavam o ideal e as dificuldades que as mulheres têm de manter o corpo magro. Para elas, dentre os vários sintomas que a menopausa pode trazer, encontra-se o descontrole do peso.

Neste sentido, os valores agregados ao modelo socialmente estabelecido do corpo esbelto, jovem e sexy como símbolos da beleza feminina são retrabalhados pelas mulheres no período da menopausa, podendo expressar uma atitude positiva ou negativa com relação ao próprio corpo e diante da vida, dependendo dos critérios adotados para essa reelaboração.

A análise das narrativas mostrou que para algumas internautas a menopausa trouxe sentimentos e experiências negativas, como o descontrole da vida e do corpo, com o respectivo afastamento daquela imagem corporal idealizada. O climatério/menopausa iniciou assim um processo de fragilização, manifesto pelos sinais corporais e por perdas, não só de características físicas, mas também na vida social.

Contudo, para outras frequentadoras, a experiência da menopausa possibilitou rever o padrão sociocultural da beleza feminina, e reconhecer em si mesmas potenciais novos, como a capacidade de refazer projetos ou iniciar planos também novos.

Aqui, a passagem por um período crítico permitiu que fosse feita a autocrítica, bem como direcionou o olhar judicioso para a sociedade e para os valores socialmente atribuídos ao feminino.

Conclui-se que não há menopausa, mas menopausas, pois não há uma visão única deste processo, como apontam as narrativas das experiências constantes no *site*. As experiências vividas neste período não são homogêneas, e não necessariamente negativas.

***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: dados federais. Brasília: IBGE; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa; 2008.
3. Pedro AO, Pinto Neto AM, Paiva LHSC, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras, resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(1): 17-25.
4. Loyola MA. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(4): 875-99.
5. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 109-24.
6. Nunes ED. A trajetória das Ciências Sociais em Saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Revista Saúde Pública*. 2006; 40(supl): 64-72.
7. Oliveira MC, Rocha MIB (orgs.). Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina. Campinas: Edunicamp/Nepo; 2001. 331 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação; 1984.
9. Osis MJMD. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(1): 525-32.
10. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990. Reports of a WHO scientific group. Geneva: WHO; 1996.
11. Tillier A. Un âge critique: la ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles. *Clio: histoire, femmes et sociétés*. 2005; 21: 269-80.
12. Trench BV, Santos CG. Menopausa ou menopausas? *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(1): 91-100.
13. Mori EM, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas. Atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(9): 1825-33.
14. Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 751-62.

15. Scott J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. 1990; 16(2): 5-22.
16. Illich I. *A expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981. 196 p.
17. Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino. O controle social por meio da reprodução. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. 2006; 10(20): 363-80.
18. Trench BV, Rosa TEC. Menopausa, hormônios, envelhecimento. Discurso de mulheres que vivem em um bairro da periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2008; 8(2): 207-16.
19. McCrea FB. The politics of menopause: the “discovery” of a deficiency disease. *Social Problems*. 1983; 31(1): 111-23.
20. Rozenfeld S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 437-42.
21. Vigeta SMG, Brêtas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1682-9.
22. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(1): 12-9.
23. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz . Cain V et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Sciences & Medicine*. 2001; 52(3): 345-56.
24. Messina MJ. Legumes and soybeans of their nutritional profiles and health effects. *American Journal Clinical Nutritional*. 1999; 70(3): 439-50.
25. Trench BV, Miyashiro RT. Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres com outra voz. Programa Cultura Comunicación y Transformaciones Sociales. CIPOST, FaCES. Universidad Central de Venezuela. Caracas; 2006.

26. Stepke FL. Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva: el ejemplo del climaterio femenino. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(1): 131-4.
27. Helman CG. Definições culturais de anatomia e fisiologia. In: Helman CG (org.). *Cultura, Saúde e Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. 24-48.
28. Strathern M. The whole person and artifacts. *Annual Review of Anthropology*. 2004; 33: 1-19.
29. Tola F. Eu não estou só(mente) em meu corpo: a pessoa e o corpo entre os Toba (Qom) do chaco argentino. *Mana*. 2007; 13(2): 499-519.
30. Laplantine F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet D (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. 241-59.
31. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 173-83.
32. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. 101 p.
33. Mauss M. As técnicas do corpo. In: Mauss M (org.). *Antropologia e Sociologia*. São Paulo: Cosac Naify; 2003. 399-422.
34. Mead M. *Macho e fêmea*. Petrópolis: Vozes; 1971. 57-131.
35. Mead M. *Sexo e temperamento*. São Paulo: Perspectiva; 2000. 305 p.
36. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1989. 295 p.
37. Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 384 p.
38. Douglas M. *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70; 1991. 212 p.
39. Goldenberg M. *Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade*. Rio de Janeiro: Record; 2008. 221 p.
40. Goldenberg M. *Gênero e corpo na cultura brasileira*. *Psicologia Clínica*. 2005; 17(2): 65-82.
41. Laqueur TW. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. 374 p.

42. Laqueur TW. Sex in the flesh. Isis. 2003; 94: 300-6.
43. Stolberg M. From the climacteric disease to the male climacteric: the historical origins of a modern concept. Maturitas. 2007; 58(2): 111-6.
44. Moore H. Understanding sex and gender. In: Ingold T (org.). Companion encyclopedia of Anthropology. London: Routledge; 1997. 813-30.
45. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde e Sociedade. 2001; 10(1): 3-13.
46. Natansohn GR. A telemedicina e os modos de representação dos corpos. Trabalho apresentado ao NP 13: comunicação e cultura das minorias. In: IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom (anais), 2004, Porto Alegre (RS).
47. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12(26): 579-88.
48. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos. História, Ciências, Saúde, Manguinhos. 2002; 9(2): 291-314.
49. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Precariedades do excesso: informação e comunicação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 168 p.
50. Amaral ICGA. Abordagem da menopausa em textos jornalísticos veiculados em revistas de atualidades [Dissertação]. Campinas (SP): Pós-graduação em Tocoginecologia. Universidade Estadual de Campinas; 2005.
51. Bronfman E. Envejecimiento y gênero: algunas reflexiones. Revista Mujer Salud. 2005; 2(3): 66-71.
52. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 1993; 9(3): 263-9.
53. Canesqui AM. Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007: 19-51.
54. Barsaglini RA. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12(26): 1-12.
55. Bury M. Illness narratives: fact or fiction? Sociology of Health & Illness. 2001; 23(3): 263-85.

56. Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2002; 10(3): 423-32.
57. Sfez L. Viagem nas idéias do corpo e da natureza: Estados Unidos, Japão, França. In: Sfez L (org.). *A saúde perfeita*. São Paulo: Unimarco/Loyola; 1996. 59-102.
58. Lévy P. *O que é o virtual?* São Paulo: 34; 1996. 160 p.
59. Lévy P. *A máquina universo: criação, cognição e cultura informática*. Porto Alegre: Artmed; 1998. 176 p.
60. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez; 2002. 51-9.
61. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408 p.
62. Cabral MMC. Situando a menopausa: tempo, nomenclatura e tipologia. *Revista Interloquções*. 2001; 1(1): 65-85.
63. Barros JAC. Repensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? In: Pelizzoli M (org.). *Bioética como novo paradigma: por um novo modelo biomédico e biotecnológico*. Petrópolis: Vozes; 2007. 40-58.
64. Pelizzoli M. A bioética como novo paradigma: crítica ao cartesianismo. In: Pelizzoli M (org.). *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes; 2007. 128-50.
65. Bordo S. The cartesian masculinization of thought. *Signs*. 1986; 11(3): 439-56.
66. Ortner SB. Subjetividade e crítica cultural. *Horizontes Antropológicos*. 2007; 13(28): 375-405.
67. Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*. 2002; 8(17): 101-25.
68. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(2): 201-12.
69. Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*. 2008; 15(supl): 133-52.
70. Engel M. *Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense; 1989. 150 p.

71. Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados. 1996. 128 p.
72. Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Rocca; 1993.1230-45.
73. Campana LOC. Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social [Dissertação]. Campinas (SP): Pós-graduação em Tocoginecologia. Universidade Estadual de Campinas; 2001.
74. Stepan NL. Raça e gênero: o papel da analogia na ciência. In: Hollanda HB (org.). Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994. 72-96.
75. Kuhn TS. A prioridade dos paradigmas. In: Kuhn TS (org.). A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1982. 67-76.
76. Junqueira LC, Carneiro J. Histologia básica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. 443-62.
77. Guyton AC. Fisiologia humana e mecanismo das doenças. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 498-526.
78. Debert GG. O significado da velhice na sociedade brasileira. Acta Paulista Enfermagem. 2000; 12(esp): 147-58.
79. Jurberg MB, Canella PRB. Sexualidade e menopausa: crise da reprodução ou produção da crise? Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 1997; 8(1): 69-79.
80. Giami A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. Physis. 2007; 17(2): 301-20.
81. Fausto-Sterling A. Beyond difference: a biologist's perspective. Journal of Social Issues. 1997; 53(2): 233-58.
82. Luz MT. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 174 p.
83. Laplantine F. As formas elementares da cura: os modelos terapêuticos. In: Laplantine F (org.). Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1999. 159-209.

84. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTD; 1989. 323 p.
85. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde> experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA (orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 25-35.
86. Heilborn ML. Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil In: Costa AO, Bruschini C (orgs.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992. 93-126.

Dicionários

Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. Guimarães DT (org.). São Paulo: Riedel; 2002.

Dicionário de Questões Vernáculas. Almeida NM. São Paulo: Caminho Suave; 1981.

Dicionário Digital Howaiss. Registro DHO 13574746.

Sites

[HTTP://www.ibope.com.br](http://www.ibope.com.br)

[HTTP://www2.uol.com.br/menospausa](http://www2.uol.com.br/menospausa)

[HTTP://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje)

ANEXO



ASSINE 0800 703 3000

BATE-PAPO

E-MAIL

SAC



E-Mail Grátis



ÍNDICE PRINCIPAL

Anúncios UOL

Menospausa

o guia de saúde da mulher madura

- ▣ MUDANÇAS HORMONAIS
- ▣ FASES DA TRANSIÇÃO
- ▣ ÚLTIMA MENSTRUACÃO
- ▣ MENOPAUSA PRECOCE
- ▣ SECURA VAGINAL
- ▣ INCONTINÊNCIA URINÁRIA
- ▣ FALTA DE TESÃO
- ▣ INSÔNIA
- ▣ CALORES & SUORES
- ▣ TRISTEZA & DEPRESSÃO
- ▣ GANHO DE PESO
- ▣ PELE & OSSO
- ▣ TRH
- ▣ REPOSIÇÃO ALTERNATIVA
- ▣ TERAPIAS NÃO HORMONAIS
- ▣ ALIMENTAÇÃO & EXERCÍCIOS
- ▣ EXAMES & PREVENÇÃO
- ▣ NOVIDADES DA PESQUISA
- ▣ ARTIGOS & LIVROS
- ▣ GLOSSÁRIO HORMONAL
- ▣ GLOSSÁRIO FITOHORMONAL
- ▣ PERGUNTAS & RESPOSTAS
- ▣ EQUIPE DO SITE

www.clubedot.com.br

Aviso: O Menospausa é um espaço jornalístico independente. Seu conteúdo NÃO substitui a consulta ao médico.

Uma em cada cinco mulheres que procuram o ginecologista para tratar do climatério com estrogênio deveria ser medicada com o hormônio da tireóide.

Destaques da semana

TERAPIAS A PREÇOS ACESSÍVEIS: UM ROTEIRO PARA AJUDÁ-LA A ENFRENTAR A TRANSIÇÃO

Como superar a transição da menopausa sem cair em depressão. Ou melhor ainda, aproveitando essa fase para abrir novos caminhos de realização pessoal e profissional. Sair da frente do espelho e olhar mais detidamente para dentro de si mesma pode ser um caminho criativo para enfrentar a crise, observa a psicanalista Mirian Giannella, que atende grupos terapêuticos de mulheres maduras. Com a sua ajuda preparamos um roteiro dos serviços terapêuticos que atendem o público por preços mais acessíveis. Eles podem ser úteis para quem tiver disposição de usar a crise para crescer e se afirmar como mulher, profissional ou simplesmente um ser autônomo. **Confira.**

Moda & menopausa

Agora sim o jogo vai ficar ótimo! Lançando mão do imenso arsenal que nós mulheres temos à nossa disposição você pode brincar com seu estilo, ao máximo. Como? Estou falando dos acessórios, que bem escolhidos conseguem até atualizar peças já existentes em nosso guarda-roupa. Para o dia a dia, as peças em metal ou prata continuam as preferidas. Aparecem em forma de correntes, de malhas trabalhadas e entremeadas de pedras, além de madrepérolas, pérolas e cristais multicoloridos. Clique aqui para conferir os colares, brincos, broches e os anéis.



Espaço para especialistas

Clique aqui para conhecer a opinião dos médicos de diferentes especialidades, e de terapeutas corporais e psicoterapeutas sobre as opções de tratamento da menopausa.

Mais interação

- CONVERSE**
converse e troque experiências com nossas internautas
- FALE COM O MÉDICO**
escreva suas dúvidas para nossa consultoria médica e receba sua resposta em breve
- TESTE**
- em que fase do processo você está?
- conheça seu risco de desenvolver a osteoporose
- AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS**
ajude seu médico a monitorar sua experiência da transição
- QUEREMOS SABER MAIS DE VOCÊ**
ajude-nos com suas sugestões a melhorar o Menospausa

Canal da sobrac

clique aqui para conhecer os últimos consensos da Sobrac e das sociedades internacionais de menopausa ou para conversar com outros profissionais -

EXCLUSIVO PARA MÉDICOS

VEJA AQUI COMO EXPLORAR O GUIA MENOPAUSA

atualizado em 05.2006 ____webdesign:fbotterdesign

Anúncios UOL

Emagreça Já

Controle peso, cuidados pessoais. Frete grátis p/ todo Brasil

www.geracaosauda.com

Tratamentos Médicos em SP

Com descontos de até 80%. Adquira já o seu Cartão Abmed!

www.abmed.com.br

Leste Oeste Pedra e Areia

Trabalhamos com pedras, areias e pedrisco de todos os tipos

www.guipiesleoste.com.br

