

Regina Amélia de Magalhães Senna

**Mulher, menopausa e climatério: uma análise do discurso em  
periódicos de medicina**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Fabíola Rohden

Rio de Janeiro

2003

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MULHER, MENOPAUSA E CLIMATÉRIO:**  
**UMA ANÁLISE DO DISCURSO EM PERIÓDICOS DE MEDICINA**

**REGINA AMÉLIA DE MAGALHÃES SENNA**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

RIO DE JANEIRO

2003

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/C

R478 Senna, Regina Amélia de Magalhães.  
Mulher, menopausa e climatério: uma análise do discurso em  
periódicos de medicina / Regina Amélia de Magalhães Senna. -  
2003.  
183f.  
  
Orientadora: Fabíola Rohden.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Medicina Social.  
  
1. Menopausa - Pesquisa – Periódicos - Teses. 2. Mulheres -  
Teses. 3. Hormônios - Teses. I. Rohden, Fabíola. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina  
Social. III. Título.

CDU618.173.001.891(051)



1030010836

ER000540723

CB/C

22/08/2003

2/2002  
Doação  
0,00

| Rede Sirius<br>UERJ |                  | Compra<br>Doação X<br>Permuta |
|---------------------|------------------|-------------------------------|
| Nº<br>10 836        | Data<br>22.08.03 |                               |

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MULHER, MENOPAUSA E CLIMATÉRIO:**  
**UMA ANÁLISE DO DISCURSO EM PERIÓDICOS DE MEDICINA**

***REGINA AMÉLIA DE MAGALHÃES SENNA***

**Orientador: Profª Drª Fabíola Rohden**

**Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2003 pela banca examinadora:**

**Prof.º: \_\_\_\_\_**  
**Drª Jane Araújo Russo**

**Prof.º: \_\_\_\_\_**  
**Drª Maria Luiza Heilborn**

**Prof.º: \_\_\_\_\_**  
**Drª Ana Venâncio**

**RIO DE JANEIRO**  
**2003**

**Para Anadir**

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho permitiu a ocorrência de bons encontros, com os quais sinto-me imensamente grata e feliz.

Agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabíola Rohden, por sua imensa dedicação, apoio e delicadeza. Sua tranquilidade e segurança nos momentos certos foram de fundamental importância durante este percurso.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Russo, pela sua generosidade e pela oportunidade e o prazer de assistir às suas aulas, que muito contribuíram para a minha formação.

Ao longo destes dois anos, um momento se configurou como bastante especial – minha participação no 8º Curso de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Agradeço aos professores e de forma particular à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Luiza Heilborn, pelas trocas realizadas ao longo do curso e pelo privilégio de assistir às suas exposições.

À Rosângela Bauer, colega do curso, por sua atenciosa ajuda.

À equipe do Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde, em particular à Jaqueline.

Quero agradecer também aos professores do curso de mestrado, dentre eles ao Prof. Dr. Sergio Carrara, que através das aulas e seminários suscitaram importantes questionamentos.

Considero importante marcar o apoio de Ana Venâncio, também em outros espaços além do IMS.

Algumas pessoas puderam se fazer presentes na construção deste trabalho, auxiliando-me em diferentes situações e sempre de forma solícita e gentil. Refiro-me aos funcionários da secretaria e à equipe da biblioteca do IMS.

Às equipes das Bibliotecas da Faculdade de Medicina da UFRJ, da Academia Nacional de Medicina, da Maternidade Escola de Laranjeiras e também às funcionárias da FEBRASGO, agradeço pela colaboração e atenção com que sempre me receberam.

Aos colegas da turma de mestrado – Marcelo, Maurino, Ricardo, Rogério, Moema, Renata e Vânia, pela amizade e pelas trocas interessantes em nossa convivência – obrigada.

À Sandra Sysak e Simone Delgado pelo incentivo constante durante meu percurso.

Agradeço ainda à equipe do CAPS Rubens Corrêa pela compreensão e também a meus pacientes, que embora indiretamente me ajudaram de uma forma peculiar e importante.

A meus pais e irmão, pelo carinho de sempre.

Ao Pedro, Francisco e Carlos Henrique, por tudo.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                       |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                            | <b>01</b>     |
| 1.1 – Histórico sobre a sintomatologia psíquica e a fase do climatério.....                                           | 02            |
| 1.2 – Preeminência do Paradigma Biológico.....                                                                        | 05            |
| 1.3 – O Nervoso.....                                                                                                  | 09            |
| 1.4 – A biologia feminina.....                                                                                        | 12            |
| 1.5 – Metodologia.....                                                                                                | 17            |
| <br><b>2 – MULHER E MEDICINA.....</b>                                                                                 | <br><b>22</b> |
| 2.1 – Corpo feminino, intervenção e poder.....                                                                        | 22            |
| 2.2 – Mulher: uma preocupação especial da medicina.....                                                               | 29            |
| 2.2.1 – O delinear de uma patologia.....                                                                              | 32            |
| 2.3 – Perturbações femininas relacionadas a ocorrências fisiológicas.....                                             | 35            |
| 2.3.1 – Menopausa, crise e doença.....                                                                                | 38            |
| 2.3.2 – Loucura Puerperal, Histeria e Ninfomania.....                                                                 | 39            |
| 2.4 – A substancialização do feminino do útero para os ovários: a questão hormonal.....                               | 43            |
| <br><b>3 – PERSPECTIVAS ANALÍTICAS SOBRE GÊNERO, ENVELHECIMENTO E SUAS RELAÇÕES COM O CLIMATÉRIO.....</b>             | <br><b>47</b> |
| 3.1 – Diferentes visões sobre corpo e adoecimento.....                                                                | 47            |
| 3.2 – Envelhecimento e Climatério.....                                                                                | 49            |
| 3.3 – Diversidades culturais na percepção do Climatério/Menopausa.....                                                | 56            |
| 3.4 – Terapia de Reposição Hormonal e Risco.....                                                                      | 63            |
| 3.5 – Climatério/Menopausa: imagens culturais e convenções sociais.....                                               | 65            |
| <br><b>4 – DISCURSO DA MEDICINA SOBRE MULHER, MENOPAUSA E A SINTOMATOLOGIA PSÍQUICA A PARTIR DA DÉCADA DE 70.....</b> | <br><b>77</b> |
| 4.1 – Climatério e Menopausa: definição.....                                                                          | 79            |
| 4.2 – Hormônios e Climatério.....                                                                                     | 80            |
| 4.3 – Sintomatologia do Climatério.....                                                                               | 81            |
| 4.3.1 – Osteoporose.....                                                                                              | 82            |

|                                                                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3.2 – Doenças Cardiovasculares.....                                                                                                                  | 82  |
| 4.3.3 – Depressão.....                                                                                                                                 | 83  |
| 4.4 – TRH – Terapia de Reposição Hormonal.....                                                                                                         | 84  |
| 4.4.1 – Definição.....                                                                                                                                 | 84  |
| 4.4.2 – Indicações.....                                                                                                                                | 84  |
| 4.4.3 – Contra-indicações e riscos da terapia de reposição hormonal.....                                                                               | 87  |
| 4.5 – Panorama do discurso médico sobre a sintomatologia psíquica do climatério a partir de publicações internacionais das décadas de 70, 80 e 90..... | 89  |
| <br>5 – ANÁLISE DOS ARTIGOS PUBLICADOS NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (RBGO) SOBRE O TEMA CLIMATÉRIO/MENOPAUSA.....                | 108 |
| 5.1 – Principais temas encontrados na RBGO.....                                                                                                        | 109 |
| 5.2 – A ênfase na terapia de reposição hormonal (TRH).....                                                                                             | 115 |
| 5.3 – A gramática da menopausa.....                                                                                                                    | 18  |
| 5.4 – Anúncios sobre TRH encontrados na RBGO e sua relação com o discurso médico dos artigos pesquisados.....                                          | 122 |
| <br>6 – CONCLUSÃO.....                                                                                                                                 | 128 |
| <br>7 – BIBLIOGRAFIA.....                                                                                                                              | 134 |
| <br>8 – FONTES PESQUISADAS.....                                                                                                                        | 142 |
| <br>ANEXO.....                                                                                                                                         | 162 |

## RESUMO

Este trabalho se propõe a realizar uma análise do discurso da biomedicina sobre a mulher no período do climatério a partir de pesquisa em periódicos de medicina, tomando como referência a produção sócio-antropológica sobre gênero, corpo, envelhecimento, perturbações mentais e menopausa. Na sociedade ocidental moderna pode ser identificada uma crescente tendência na busca por explicações calcadas na biologia (como as trocas neuroquímicas e as taxas hormonais) para o sofrimento humano, em detrimento das influências dos contextos histórico, social e pessoal de cada sujeito. Tais explicações abarcam não apenas o adoecimento físico e psíquico, mas muitas vezes o próprio cotidiano do ser humano. A pesquisa nos periódicos revelou uma imagem da mulher bastante frágil e vulnerável no climatério, sujeita não somente a uma sintomatologia típica desta fase (fogachos, insônia, ansiedade e depressão), como também a graves patologias. A definição cada vez mais freqüente da mulher a partir de suas taxas hormonais vem sendo reforçada no discurso biomédico através da indicação da TRH (terapia de reposição hormonal) para tratar a sintomatologia física e psíquica que acompanha este período, assim como para a prevenção de osteoporose, problemas urinários e cardiovasculares. Encontraram-se algumas posições mais relativizadoras mesmo dentro da área médica. No entanto, o discurso da biomedicina ainda se apresenta hegemônico e encompassador, sendo que no caso da mulher no climatério as taxas hormonais é que em última instância irão definir como esta irá responder às modificações de seu cotidiano.

## ABSTRACT

The aim of this work is to make an analyses of biomedicine speech about woman in climacterium period starting from a research in medicine's journals, referring to socio-anthropological production about gender, body, aging, mental uneasiness and menopause. In modern occidental society it can be identified an increasing searching for explanations based on biology (such as neurochemical changes and hormonal rates) to human suffering, in loss of personal, social and historical context influences of each individual. Such explanations include not only physical and psychical illness, but many times human being's own daily lives. This research revealed a woman image very fragile and vulnerable in climacterium period, exposed not only to a typical symptomatology from this period (flashes, insomnia, anxiety and depression), but also serious pathologies. Woman's encreasingly definition as from her hormonal rates has been reinforcing in biomedical speech by HRT (hormonal replacement therapy) to treat physical and psychical symptomatology that is associated to this period, as well as osteoporosis prevention, urinary and cardiovascular problems. There some more relativiseble positions even inside medical field, nevertheless, biomedicine's speech still presents itself as hegemonic and encompassable, and in woman's in climacterium hormonal rates are, in last analyses, going to define how she is going to respond to her everyday changes.

## I INTRODUÇÃO

O climatério/menopausa, um evento fisiológico feminino, se constitui como uma temática bastante complexa. Esta fase tem sido objeto de atenção crescente por parte da biomedicina como sendo um momento no qual a mulher se encontra mais frágil e vulnerável, em risco de sofrer toda uma série de ocorrências corporais e psíquicas, assim como também sujeita a graves patologias. O discurso biomédico descreve como fazendo parte desta fase todo um conjunto de sintomas que seriam manifestações clínicas importantes decorrentes de uma redução significativa dos estrogênios, consequência da falência da função ovariana.

A experiência clínica pessoal (a partir de 1992) tanto em ambulatorio quanto em serviço de atenção diária (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) no município do Rio de Janeiro propiciou que se delineasse o interesse pelo tema. Passou a chamar a atenção toda uma série de ocorrências, muitas vezes disruptivas, nomeadas tanto pela clientela quanto pelos profissionais de saúde envolvidos na clínica, como ansiedade e depressão relacionadas à fase da menopausa/climatério. Referências a um “nervoso”, a “insônia”, “tristeza e depressão”, “sentimento de vazio” e “irritabilidade”, relatados pelas próprias mulheres, apresentavam-se cotidianamente recorrentes.

A descrição feita pela biomedicina da mulher no período do climatério/menopausa como sujeito demandante de cuidados específicos, assim como uma possível vinculação das categorias depressão e ansiedade a esta fase, inseridas no que é definido pelo discurso biomédico como síndrome climatérica, mostra-se um interessante objeto de análise sócio-antropológica.

A sintomatologia climatérica se mostra bastante ampla, sendo que frequentemente a ansiedade e a depressão têm sido incluídas por diversos autores como parte deste conjunto de sintomas - Mendonça e Trindade (1995), Baracat e Aguiar (1996) e Favarato e Aldrighi (2001) são exemplos desta tendência.

O recurso oferecido pela biomedicina para aliviar esta síndrome climatérica que corresponde à crise da meia idade é a terapia de reposição hormonal, amplamente preconizada para todas as mulheres, não apenas como tratamento, mas como medida profilática a ser iniciada antes da menopausa. Deste modo os processos que digam respeito às histórias pessoais de vida e ao contexto sócio-cultural de cada mulher passam a ser incluídos em um universo mais amplo que dirá respeito às dosagens hormonais. Seriam

elas, em última instância, segundo a biomedicina, o fator que irá possibilitar um modo mais assertivo de lidar com as ocorrências e transformações da vida de cada mulher a partir desta fase.

Observa-se atualmente uma inclinação para a ênfase nos saberes e explicações monistas e fisicalistas em direção a uma biologização das experiências e comportamentos do ser humano, em detrimento de possíveis leituras políticas e/ou sócio-antropológicas (Russo e Henning, 1999). Tal pressuposto aponta para o que se pretende investigar aqui, quer seja, o modo pelo qual em nossa sociedade a biomedicina tem descrito a mulher no período do climatério/menopausa. Buscar-se-á também analisar uma possível relação entre o uso das categorias **ansiedade e depressão** pelo discurso biomédico na construção de um perfil da mulher neste período.

Na sequência será apresentado, inicialmente, um breve histórico de como a medicina tem descrito a mulher na menopausa/climatério. Segue-se uma discussão sobre a importância do desenvolvimento do paradigma biológico/fisicalista para este contexto e uma referência aos diversos usos das categorias nervos/nervoso, também importantes para a compreensão das representações em torno das chamadas doenças femininas. Finalizo esta introdução com a apresentação de algumas perspectivas analíticas mais gerais em torno da “biologia feminina” que orientam este trabalho.

\* \* \*

### **1.1 - Histórico sobre a sintomatologia psíquica e a fase do climatério**

A partir do final do século XIX, pode ser observada uma certa frequência na descrição de determinadas neuroses como sendo relativas à menopausa. Segundo autores como Soares (1995) e também Schmidt e Rubinow (1991), estudos médicos datados desta época já apresentavam associações entre os distúrbios do humor e as mudanças nos sistemas endócrino e reprodutivo, refletindo a crença na existência de uma relação especial entre o Sistema Nervoso Central e o sistema endócrino reprodutivo.

Já em 1776, Fothergill, médico, descreveu em sua pesquisa as “desordens do climatério”, incluindo aí distúrbios de humor e comportamento. O climatério, denominado “idade crítica”, se apresentaria como um momento no qual as mulheres estariam sujeitas a uma série de ocorrências ou crises emocionais. Na verdade, tal denominação, já utilizada a

partir do século XIX, marca esta fase da vida da mulher como um período de mudanças e transformações importantes e que chegariam a afetar a sua saúde.

Na França, em 1805, L. Jallon, professor da cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Paris, utilizou o termo “idade crítica” - “d’âge critique” -, propondo como tese que o momento do término das regras, assim como o de sua irrupção se constituíam como um tempo importante na vida da mulher e demandante de uma maior atenção por parte dos médicos (Peumery, 1990).

A fase do climatério passa a ser gradativamente relacionada a uma série de sinais que indicariam um momento especial pelo qual a mulher estaria passando no climatério. Poquillon, em 1846, descrevia a mulher na menopausa como mais morosa, taciturna, inquieta, sujeita freqüentemente a crises de tristeza, melancolia, vertigem e cefaléia (apud Peumery, 1990). Também Ripeault, em 1848, descreve uma sintomatologia referente a menopausa que incluía palpitações e diversas manifestações nervosas que por vezes se assemelhavam à histeria (Peumery, 1990).

Ainda na França, no século XIX, podem ser encontradas descrições médicas que relacionam ao climatério/menopausa, além dos problemas psíquicos, algumas outras doenças como as hemorragias, a leucorréia e o câncer de útero (Poquillon, 1846; Ripeault, 1848; Baron, 1851 apud Peumery, 1990).

A menopausa, já no século XIX, era objeto de recomendações e cuidados especiais. Na França, em 1846, Poquillon relacionava uma série de cuidados recomendados às pacientes que se encontravam neste período. Estes cuidados abrangiam a habitação, que deveria ser arejada, sem umidade, e também dieta alimentar especial. Eram recomendadas as carnes brancas e, no caso de mulheres excessivamente nervosas, deveriam ser evitados os alimentos à base de farinhas, assim como os vinhos, os licores e o café. Havia também um certo consenso entre os médicos de que as mulheres, a partir do climatério, deveriam se afastar das “excitações e dos prazeres do amor”, para que pudessem se manter em equilíbrio e tranquilidade (apud Peumery, 1990).

Também na Grã-Bretanha, a menopausa se configurou na mesma época como um momento importante, no qual as mulheres precisariam ser vigiadas e cuidadas. Nessa época, diversos sintomas e ocorrências eram descritos como sendo decorrentes das modificações no organismo da mulher no climatério.

Conklin realizou em 1889 uma descrição bastante variada de sintomas relacionados ao climatério. O autor fala de mulheres com neurastenia, o que englobaria eventos físicos e emocionais como a melancolia, labilidade, rigidez de personalidade, inquietação

psicomotora, delírio hipocondríaco e “neuroses viscerais” ligadas ao coração e ao trato gastrointestinal, sintomatologia esta que era acompanhada por ausência prévia de quadros psiquiátricos (apud Schmidt e Rubinow, 1991).

A etiologia inicial para os quadros climatericos buscava explicações na “congestão cerebral” e na excitabilidade causadas pela retenção do material venoso decorrente de disfunção uterina (Farnham, 1897 apud Soares, 1995). Ainda na Grã-Bretanha foram descritos por Merson em 1876 casos de “melancolia climaterica” em mulheres que imaginavam ver o “mundo em chamas” ou então de “cabeça para baixo”, apresentando períodos de excitação. Descrição semelhante à melancolia involutiva de Kraepelin (1896), ainda que para ele esta não fosse restrita apenas às mulheres (apud Soares, 1995). Um pouco mais tarde, porém, Kraepelin, influenciado por uma revisão efetuada por Dreyfuss em 1907, classifica a melancolia involutiva como uma forma de psicose maniaco-depressiva, tese publicada na 8ª edição de seu livro *Psychiatrie*, em 1909 (Schmidt e Rubinow, 1991).

Passando à década de trinta, Titley, Palmer e Sherman (1936/1938) devolvem à melancolia involutiva o papel de entidade nosológica independente, baseados em uma sintomatologia diferenciada, que apresenta uma faixa etária de ocorrência de primeira crise também distinta, assim como ausência de pré-morbididade ou histórico familiar (apud Schmidt e Rubinow, 1991).

O interesse pelo tema da melancolia involutiva e sua relação com sintomas depressivos no climatério permanece. Em 1959 Stendstedt efetuou um estudo com 237 mulheres que haviam sido diagnosticadas como portadoras de “melancolia involutiva”. Nesse estudo Stendstedt pôde identificar 21 casos singulares, restritos ao período da menopausa, que se apresentavam de modo diferente dos demais casos relatados (apud Schmidt e Rubinow, 1991).

A partir da década de noventa, no século XX, o debate em torno da existência de um quadro depressivo específico do climatério ganha contornos mais nitidos. Schmidt e Rubinow, em 1991, apontam para o fato de que embora a maior parte dos casos de depressão na menopausa não pareça se distinguir fenomenologicamente dos demais, as diferenças quanto à faixa etária de ocorrência do primeiro episódio de crise e a ausência de histórico familiar prévio constituem-se como fatos relevantes a serem considerados no estudo da sintomatologia psíquica relacionada ao climatério. Os autores argumentam ainda que em medicina é comum que desordens que se apresentem fenomenologicamente similares tenham causas, organismos patogênicos diferentes. E mais, salientam que existe

uma peculiaridade com relação à incidência de uma sintomatologia de transtornos de humor no climatério, podendo estar relacionada a uma depressão atípica. Esse diagnóstico de depressão atípica tem sido validado por estudos que vêm examinando a prevalência de sintomas afetivos em mulheres no período da menopausa (Jaszmann, 1969; Greene e Cooke, 1980; Kaufert e Gilbert, 1988 apud Schmidt e Rubinow, 1991).

A compreensão do fenômeno da menopausa ampliou-se para além dos aspectos biológicos a partir de 1976, quando ocorreu o *I Encontro da Sociedade Internacional de Menopausa*. Foi discutida, na ocasião, a necessidade de se estabelecer um maior rigor metodológico e conceitual ao se tratar do tema. Desse modo a síndrome climatérica passou a ser reconhecida como o “evento inicial da menopausa, com a influência direta das alterações metabólicas e ovarianas e dos fatores psicológicos e socioculturais que afetem individualmente as mulheres” (Morse, 1989 apud Soares, 1995).

Atualmente, o climatério e a menopausa, eventos fisiológicos femininos, têm sido percebidos de maneira diferente por parte do discurso biomédico. Tal mudança de compreensão pode ser constatada em diversos trabalhos acadêmicos (Favarato e Aldrighi, 2001; Baracat, 1996; Neves, 1994; Lira, 1992; Blumel, 1991). A partir destes estudos, o climatério deixa de ser tratado apenas como evento fisiológico para tornar-se uma patologia: insuficiência ovariana, que irá acarretar hipoestrogenismo, trazendo repercussões clínicas em todo o organismo da mulher.

## 1.2 - Preeminência do paradigma biológico

Essa medicalização de uma fase da vida da mulher, como a que ocorre com o climatério/menopausa, insere-se em uma questão mais ampla: um espraiamento do paradigma biológico, que pode ser observado a partir dos anos 80/90 e que vem refletir-se em uma leitura fisicalista e biológica do sofrimento humano não apenas relativo às questões físicas como também psíquicas.

Embora não se trate do tema específico deste trabalho, será abordada a seguir de forma sucinta a ascensão do fisicalismo<sup>1</sup>, o papel do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders* – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria) e a conseqüente elevação da biologia a uma

---

<sup>1</sup> Uma perspectiva fisicalista reducionista é aquela que irá adotar estritamente as explicações biológicas para os fatos psíquicos, propondo que a todo evento mental corresponda de forma idêntica algum evento no cérebro, em uma relação de causa e efeito linear e bastante simplista (Bezerra Jr., 2000; Serpa jr., 2000).

posição mais proeminente, assim como a busca de causas orgânicas como possíveis explicações para a etiologia dos transtornos psíquicos. Considero pertinente a inclusão desta temática, ainda que resumidamente, por acreditar que poderá contribuir no sentido de trazer pistas quanto ao entendimento da crescente medicalização da mulher na fase do cinemático.

A prevalência do fisicalismo como ascensão do pólo organicista tem como pano de fundo o panorama relativo aos avanços científicos dos últimos anos e o crescente interesse com relação a busca de uma etiologia e de tratamentos mais específicos para os transtornos psíquicos.

O Congresso Americano, em 1989, aprova a lei pública 101-58, declarando os anos 90 como a Década do Cérebro, proposta baseada em dados sobre o imenso impacto socio-econômico produzido pelas doenças do cérebro. Os grandes avanços das pesquisas nos campos da genética, neurobiologia, neuroquímica, psicofarmacologia e em técnicas de neuroimagem vêm colaborar para acentuar a presença da biologia como um fator determinante em um forte mercado consumidor, o qual por sua vez se dirige para o consumo dos produtos advindos das pesquisas biológicas e tecnológicas (Bezerra Jr., 2000; Serpa Jr., 2000; Russo e Ponciano, 2001).

Segundo os autores mencionados acima, várias questões, como a econômica, e também o aumento da expectativa de vida, estão em jogo quando se aborda o avanço cada vez maior da hegemonia do paradigma da biologia. Quanto ao aumento crescente da expectativa de vida, Serpa Jr. (2000) aponta que com relação à população norte-americana a projeção para o ano de 2031 é de que seja de 20% a proporção de pessoas na faixa etária superior a 65 anos, ao mesmo tempo em que a faixa etária de maior crescimento seria a partir de 85 anos. A questão econômica está relacionada à influência da mídia, que tem papel decisivo na divulgação dos avanços das pesquisas na área da biomedicina. Tal divulgação tem ultrapassado os limites restritos das revistas e periódicos especializados, chegando às publicações de circulação mais ampla junto ao público leigo, muitas vezes sensacionalistas. Forma-se assim um grande e consistente mercado consumidor, que passa gradativamente a perceber o sofrimento psíquico através de um outro olhar, baseado em trocas neuroquímicas e em dosagens hormonais, adquirindo um entendimento novo acerca da mente humana (Bezerra Jr., 2000; Serpa Jr., 2000).

A substituição do DSM II pelo DSM III, ocorrida em 1979/1980, merece ser ressaltada como um acontecimento que se constitui num marco representativo da mudança

de uma compreensão “moral”, sócio-psicológica e relativizadora dos processos mentais para um entendimento mais biologizante e reducionista.

Um breve histórico do DSM, faz-se necessário, por ser considerado este um importante instrumento de análise com relação à maneira como a biomedicina compreende a ansiedade e a depressão em mulheres no climatério.

O discurso biomédico descreve o climatério não apenas como um momento no qual a mulher passa por transformações fisiológicas, mas também inserindo a menopausa em uma categoria de transtorno psiquiátrico. O CID (Classificação Internacional de Doenças) em sua décima revisão (1997), inclui a menopausa na categoria dos transtornos psiquiátricos: N95 – transtornos da menopausa e perimenopausa. O estado da menopausa e do climatério é descrito no sub-item N95.1 em uma sintomatologia que inclui ondas de calor, insônia, cefaléia e perda da capacidade de concentração (CID X: 1997). Torna-se importante salientar que o CID X é calcado no DSM IV e é atualmente a referência adotada como manual classificatório para o sofrimento psíquico também no Brasil. A biomedicina, ao classificar o estado da menopausa e do climatério na categoria dos transtornos (N95.1), passa a inserir a mulher que se encontra nesse período em uma categoria de risco e que irá demandar cuidados médicos constantes.

Elaborado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria (*APA – American Psychiatric Association*), o DSM traz o objetivo de tratar a classificação psiquiátrica de forma normativa e homogênea. Até o momento foram elaboradas cinco versões: o DSM I, II, III, III-R e IV<sup>2</sup>.

Em sua primeira versão, o DSM I (1952) surge como proposta alternativa à CID 6<sup>3</sup>, criticado no meio médico por se apresentar como referência bastante precária e limitada às práticas clínicas e de pesquisa (Russo e Henning, 1999: 45). Nesta edição a influência da psicanálise mostra-se de forma clara, assim como o enfoque psicossocial da doença mental, concebida como reativa a situações de vida problemáticas, impingidas individualmente (Gaines apud Russo e Henning, 1999: 45). Na versão seguinte do DSM, o DSM II, realizada em 1968, continua evidenciada ainda de modo mais marcante a forma psicanalítica de entendimento das doenças mentais (elaborada pela APA como alternativa a CID 8). Os aspectos da personalidade individual são ainda mais enfatizados na

<sup>2</sup> Estes manuais são utilizados como referência classificatória dos acometimentos psíquicos não só nos EUA, mas também no Brasil.

<sup>3</sup> A CID 6 (Classificação Internacional de Doenças) foi a primeira edição da CID que incluiu uma seção para transtornos mentais, publicada em 1948, e mostrava-se fortemente influenciada pela nomenclatura da Administração dos Veteranos, incluindo 10 categorias para psicose, 9 para psiconeuroses e 7 para transtornos de caráter, comportamento e inteligência (Henning, 1998: 63).

compreensão do adoecimento mental. Henning (1998) exemplifica a prevalência das explicações psicanalíticas através da constatação do fato de que a neurose se apresenta como a maior classe de perturbação presente no DSM II.

A década de 50 e o período subsequente são marcados por representarem ao mesmo tempo a época na qual a psicanálise se afirma e também o tempo em que ocorreram grandes descobertas com relação aos psicofármacos (como por exemplo a Clorpromazina, em 1952). Convivem nesse período duas práticas: uma hegemônica, que é a psicanalítica, e uma outra subjacente, que diz respeito à medicalização dos transtornos psíquicos. É esta prática subjacente que irá tomar a frente para a execução de uma revisão do DSM II.

O DSM II irá se transformar em DSM III (editado em 1980) e pretenderá ter um caráter universal, atóxico e classificatório. Observa-se concomitantemente o ressurgimento de um determinismo biológico também em outras áreas para além da psiquiatria biológica. A nova versão do DSM é preparada entre 1974 e 1979, e diferencia-se de modo marcante das versões anteriores, sendo publicada em 1980. De modo similar, as críticas e insatisfações com relação à classificação nas versões anteriores (DSM I e II), consideradas imprecisas, contribuíram para se proceder mais uma vez a uma revisão no DSM.

Robert Spitzer, psiquiatra, é encarregado pela *American Psychiatric Association* de coordenar a força tarefa de execução da revisão do manual. A presença de uma diversidade de tendências terapêuticas é sublinhada por Spitzer (1985, apud Russo e Henning, 1999: 46) como um problema a ser enfrentado. Spitzer (1985) inclui nesta “diversidade” as diferentes orientações teóricas, terapêuticas e epistemológicas sobre os dados clínicos. Russo e Henning (1999) apontam, a partir da afirmação da diversidade, uma indicação de enfraquecimento do domínio psicanalítico no campo psiquiátrico, um esgotamento da legitimidade deste modelo para a prática psiquiátrica. Evidencia-se no DSM III uma importante modificação no equilíbrio de forças, inerente ao campo psiquiátrico, com o abandono dos modelos explicativos das teorias psicológicas e também da psicanálise. No DSM III o termo *doença*, essencialista e que irá implicar em uma etiologia, cede lugar à palavra *transtorno*, considerada basicamente neutra e anti-essencialista para a classificação dos sofrimentos psíquicos. O mesmo se dá com o termo *neurose*, que é também substituído pelo termo *transtorno*.

A partir do DSM III, de forma cada vez mais intensa os critérios das categorias diagnósticas passam a referir-se a uma essência patológica, “transhistórica e transeultural”, da qual sinais e sintomas seriam a face visível (Henning, 1998). São realizadas ainda duas

revisões no DSM III, o DSM IIIR (1987) e o DSM IV (1994), sendo mantida em ambos a mesma linha de elaboração do DSM III.

### 1.3 - O Nervoso

Em uma abordagem analítica sobre a depressão e a ansiedade enquanto categorias importantes na referência ao período do climatério/menopausa, surge a necessidade de uma aproximação com o fenômeno do nervoso. Esta categoria é frequentemente utilizada pelas mulheres para descrever seu estado durante o período do climatério/menopausa. Ao mesmo tempo o nervoso é uma categoria usada pelo discurso da medicina para descrever alguns sintomas da menopausa, que incluem irritação, labilidade emocional, tristeza, depressão, ansiedade, sentimento de vazio, dentre outros. Através da análise de diferentes discursos o nervoso vai se constituir como uma importante categoria analítica apresentada por diferentes autores, pioneiramente por Duarte (1986), para dar conta de um amplo conjunto de manifestações físicas e representações sobre o corpo e o campo mental e moral.

Embora a definição de **nervos** apresente alguns aspectos muito recorrentes, esta categoria vem se mostrando através do tempo e das culturas sensível às mudanças sociais, às particularidades locais e às circunstâncias individuais. Segundo Dona Lee Davis (1988), embora se apresentem como importante referência nos estudos sobre saúde e doença, **nervos, nervoso** não podem ser reduzidos a categorias médicas, ou comparados ao *stress* social. O conceito de nervos encontra-se intrinsecamente relacionado a uma etnografia dos afetos, e serve como um símbolo do *ethos* de um determinado grupo, assim como nos dirá da ordem moral e social que organiza a vida em uma determinada comunidade.

Ao se falar de nervoso, de nervos, remete-se a todo um universo que incluirá vivências e sentimentos pessoais, mas se vai mais além: falar-se-á também de questões abrangentes e que dirão respeito ao contexto social. Emergem juntamente com o nervoso os conflitos sociais, os papéis que se entrelaçam ao gênero, ao desvio e também aos saberes médicos (Silveira, 2000). Lembrando Durkheim (1982) e remetendo-nos também a Duarte (1986), faz-se importante uma reflexão sobre o fato de que o indivíduo que desenvolve e exterioriza esse nervoso se encontra inserido em um substrato social, onde os sujeitos de significação são construídos a partir de uma preeminência do investimento cultural. O nervoso se apresenta como uma categoria polissêmica, característica de uma maneira particular de se pensar a pessoa. Uma categoria relacionada a um conjunto de

signos e significados particulares dos sujeitos e que se interligam a situações de seus cotidianos podendo ser tomados como pano de fundo (Alves, 2002).

O nervoso é expresso em entidades construídas em redes relacionais numa superposição dos níveis conceitual (cultural, ideológico e simbólico) e sociológico (organização social) Duarte (1993: 65) assinala a importância deste pano de fundo como um elemento estruturante do conceito do nervoso, além de apontar a associação relevante do nervoso com o gênero feminino. O nervoso vem sendo observado como um fato bastante evidenciado nas mulheres climatéricas, ocorrendo paralelamente a queixas como dores generalizadas e desânimo (Favarato, 2001; Maldonado, 1981)

Como uma categoria culturalmente construída e culturalmente significativa, o nervoso traz em sua representação simultaneamente a expressão da dor física e psíquica. Através de seu código, se constituem fluxos e conexões entre as dimensões física e moral, sendo que uma das qualidades do nervoso se apresenta como a preeminência de um modo relacional e situacional na determinação das identidades (Duarte, 1986). Os nervos, o nervoso se constituem portanto como uma representação relacional da pessoa.

Duarte (1993: 66) apresenta como hipótese uma certa correlação entre a plena utilização do código do nervoso e de um modo cultural associado à complementaridade e à hierarquia. Aponta ainda a importância de serem distinguidos analiticamente os diversos níveis de intersecção das dimensões cotidianas das vidas dos sujeitos. As dimensões que dizem respeito às condições de vida (sócio-econômicas), as relativas às perturbações (sofrimento e aflição) e a dimensão do nervoso irão estabelecer diferentes níveis de relação. As condições de vida, situacionais, referentes às influências sócio-econômicas poderão desencadear um certo nível de perturbação, traduzida por sofrimento ou aflição. Importante marcar que nem sempre a existência destas perturbações irá implicar na utilização do código do nervoso, que dirá respeito a uma organização cultural hierárquica, complementar e relacional.

Os nervos têm sido utilizados pela mulher como uma das formas de explicar e juntar os acontecimentos da vida cotidiana, podendo ser o nervoso percebido como uma metáfora do seu descontentamento, na medida em que ele irá focalizar seus problemas sociais e emocionais. Embora segundo Duarte (1986, 1993) o nervoso não seja um atributo exclusivamente feminino, podendo o código deste abranger tanto homens quanto mulheres,

haveria uma construção físico-moral da mulher particular, diferenciada, mais relacional e que possibilitaria uma relevante associação do nervoso com o gênero feminino<sup>1</sup>

Sobre a frequente associação do nervoso com a mulher, podem ser levantadas algumas hipóteses como as que propõem que as diferenças relativas aos papéis sociais de gênero estariam contribuindo para uma maior utilização do código do nervoso pelas mulheres.

Silveira (2000) levanta a hipótese de que na maior parte das vezes os homens disporiam de válvulas de escape socialmente permitidas como, por exemplo, maior frequência aos espaços públicos e convívio com os amigos, ao passo que para as mulheres tal fato ocorreria com menor frequência. Por outro lado, segundo a autora, é provável que a exteriorização do sofrimento para as mulheres se dê de forma mais fácil e também, seja percebida socialmente como mais legítima. O nervoso, considerado um idioma, seria capaz de demonstrar experiências expressas por meio de uma semântica peculiar e também de tornar mais visíveis determinadas redes de interação social. Seriam deste modo explicitados os papéis utilizados com maior frequência pelas mulheres. Em sua análise, Silveira (2000) assinala ainda que é relevante o cuidado em considerar a doença, o nervoso não como um acontecimento meramente biológico, mas como *um acontecimento que expressa uma conjuntura pessoal, social ou política adversa*, o que pode ser também aplicado ao universo feminino. As diferenças relativas aos papéis de gênero podem vir a colocar a mulher em uma situação potencializadora para a configuração de distúrbios afetivos ou nervosos<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> A rede relacional familiar seria “construtora” de pessoas com um certo tipo de identidade que as levaria a expressar suas perturbações físico-morais por meio do código do nervoso. O autor atribui a associação primordial do nervoso ao sexo feminino por conta do fato de a mulher ser mais relacional. A mulher seria a representação do lado interior, englobado, da família e da localidade, em oposição ao homem que representaria o externo, o mundo público, do trabalho e da representação política (Duarte, 1993: 65)

<sup>5</sup> Silveira realizou uma pesquisa com mulheres do Campeche, uma comunidade pesqueira de Santa Catarina, com idades entre 25 e 56 anos, podendo através dos relatos destas levantar alguns pontos relevantes com relação à questão do nervoso e do universo feminino. Dentre estes pontos pode ser destacado o quanto o caso dos nervos se desenvolve impulsionado por situações relacionais, e o quanto irá demandar formas coletivas de resolver ou reequilibrar o grupo social envolvido: “(...) Constituinte uma linguagem e um discurso socialmente compreensíveis e aceitos, tal fenômeno permite que os circunstantes saibam o que o doente está expressando por meio dele e aja em de acordo com este significado. Condensa uma experiência pessoal na vida social, funcionando como um idioma social reconhecido e permitindo ao doente o acesso a uma situação de privilégio: atenção especial, alívio de certas obrigações, proteção, etc”. Para uma leitura mais detalhada sobre esta pesquisa ver Silveira, “O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença”, 2000: 88.

#### 1.4 - A biologia feminina

O discurso biomédico define o climatério como um momento no qual o organismo da mulher seria passível de sofrer uma série de eventos físicos e psíquicos, muitas vezes configurando um adoecimento. Frente a uma definição biomédica que pretende reduzir o evento do climatério/menopausa unicamente às conseqüências de quedas nas taxas hormonais, naturalizando e tornando este acontecimento algo padronizado para todas as mulheres, este trabalho busca se balizar em autores que questionam tal modelo possibilitando assim outras formas de posicionamento face à crescente hegemonia do discurso biomédico.

Buscou-se acompanhar a produção, entre outras, de autoras como Ruth Hubbard (1997), que propõe a existência de toda uma política que irá delinir a biologia feminina; Nelly Oudshoorn (1994), que apontará para uma prevalência da questão hormonal na definição da mulher e Jennifer Harding (1997) autora de uma interessante discussão sobre a inserção da mulher em um discurso preventivo e a medicalização do climatério através da preconização da TRH. Tais posturas, que irão propor análises calcadas não apenas na questão biológica e hormonal, possibilitarão uma compreensão mais ampla do período do climatério/menopausa assim como do papel das categorias **ansiedade e depressão**, incluídas no discurso médico como parte da sintomatologia climatérica na construção de um perfil feminino nesta fase.

A biologia da mulher, para além de ser um conjunto de órgãos, tecidos e hormônios, deve ser percebida também como uma construção política. Como Hubbard (1997) sustenta, a biologia da mulher é política, sendo descrita de forma a explicar e justificar por que seria natural a função, o lugar, que a mulher ocupa na sociedade. Ela chama a atenção para o fato de que é preciso que o discurso sobre o feminino ultrapasse a questão que define a mulher como vítima de um poder e dominação masculinos. Para que a mulher possa se libertar de uma representação confusa e debilitante de si mesma, é preciso que haja o conhecimento das bases ideológicas da informação médico-científica.

Para Hubbard (1997), uma crítica ao processo científico estaria pautada no fato de que assim como os escritores, os cientistas estariam contando histórias, e que estas histórias seriam baseadas na realidade política e social de sua época. Os cientistas, segundo Ruth Hubbard (1997), removeriam a parte da natureza a ser estudada, isolando-a de seu contexto natural, e o mesmo se daria com relação à mulher. O modelo científico atual seria reducionista, dividindo a natureza em pequenas partes e ignorando suas conexões. Um

outro ponto sublinhado pela autora é o fato de que a compreensão sobre a natureza não se constitui como um corpo único, não sendo compartilhada por todas as culturas<sup>6</sup>. Ela assinala ainda o quanto o método científico tem sido considerado em nossa cultura como a única forma de conhecimento sobre a natureza e o ser humano.

Um outro ponto crucial é o que diz respeito ao fato de se encarar a ciência como uma entidade em si mesma. Na verdade o que existe são atividades científicas, realizadas por agentes, por pessoas. De modo geral o agente científico e as condições nas quais o trabalho ocorre, bem como a noção de que ele (o agente) se constitui como um intermediário importante no ato de conhecer, têm sido delegados a um plano irrelevante. Via de regra, este agente, assim como o ato de observar, costumam ser ignorados, sendo a observação científica tratada como algo em si mesmo, real e absolutamente fiel ao fenômeno que se propõe descrever. O processo científico pretende isolar, negar a relevância do observador, do lugar, do contexto social e do tempo histórico no qual se insere. A ciência é uma abstração, e é preciso se considerar o fato de que a escolha desta abstração ou a seleção do que será científico ou não, são realizados por pessoas que vivem em contextos e épocas específicos e com interesses e histórias de vida particulares.

A mulher no climatério tem sido percebida cada vez mais de forma compartimentada, seu corpo surge partido em diversos pontos e examinado minuciosamente por ultrassonografias e dosagens de taxas hormonais. Tais métodos conduzem a uma mulher isolada, “esterilizada”, apartada das influências sociais e culturais, que no discurso médico se encontrariam em última análise englobadas pela questão hormonal. Não que seja negada a existência de um meio extracorpóreo e de uma leitura pessoal e histórica dos eventos; a questão reside na forma como estes eventos serão interpretados, quer seja, o condicionamento às taxas hormonais do organismo da mulher.

A biologia feminina se constitui como um constructo social e político, e não como um dado puramente científico. A definição do organismo da mulher como portador de uma fragilidade tal a ponto de demandar monitoramento e cuidados especiais é uma idéia construída socialmente. Tal idéia se fortaleceu a partir do século XIX, e ainda se faz presente hoje, no discurso da biomedicina, que veicula a idéia de prevenção e cuidado da mulher, em especial a partir da fase da menopausa/climatério.

---

<sup>6</sup> Segundo Hubbard (1997), a forma de conhecimento reconhecida como científica se apresenta como sendo a objetiva, e é identificada como masculina. Outras formas de conhecer como a artística, a intuitiva e a empatia, são consideradas subjetivas e femininas. Sendo assim, a autora propõe que em nossa sociedade o conhecimento também se encontraria sujeito às diferenciações de gênero, e uma vez que na sociedade ocidental o que é objetivo se apresenta como sendo mais valorizado do que o subjetivo, as formas de conhecimento masculinas são de modo geral consideradas superiores às femininas.

Ainda nesta linha que irá desafiar a idéia de uma naturalização e universalização da biologia feminina, Nelly Oudshoorn (1994) realiza uma importante análise sobre o papel dos hormônios na construção e compreensão dos corpos, em especial o da mulher.

A idéia de um corpo natural é contestada a partir da hipótese de que é o processo científico que irá atribuir um status de universalidade a este fato, e que irá construir a partir dele um discurso que o irá naturalizar.

Como Oudshoorn (1994) aponta, desde as primeiras décadas do século XX a noção de uma construção hormonal do corpo vem se tornando o modo dominante de conceitualizar os corpos, e em particular o corpo feminino. A existência de uma determinação hormonal não somente para os eventos biológicos femininos, mas também para os psíquicos, tem sido percebida pela biomedicina e se espalhado para além desta como um fenômeno natural. Tal fato pode ser constatado atualmente, em especial com relação aos tratamentos hormonais preconizados às mulheres a partir da pre-menopausa como forma de prevenir graves patologias. Ao longo do século XX a mulher tem sido também mais limitada e determinada por sua condição biológica do que os homens.

Neste contexto uma idéia parece ter sido esquecida, a de que o corpo feminino não se constitui como um constructo a-histórico. A percepção deste corpo é elaborada através da cultura e moldada pelas diversidades culturais das experiências corporais. Sendo assim, não é possível uma verdade única e absoluta sobre um corpo natural. Nossas percepções e interpretações do corpo são mediadas através do discurso, e, em nossa sociedade, as ciências biomédicas são as maiores provedoras deste discurso.

Segundo Oudshoorn (1994), uma vez que a compreensão do corpo está mediada pelo discurso, os cientistas também seriam construídos por este discurso. Desse modo, conseqüentemente, as ciências biomédicas não seriam as provedoras do real e único conhecimento possível sobre a verdadeira natureza do corpo. A partir desta hipótese, surge uma indagação: sobre que trata a ciência se os cientistas não estariam descobrindo a realidade? Diante desta interrogação, a autora busca uma resposta nos estudos que seguirão uma linha do construcionismo social. A idéia de que os fatos científicos não seriam dados, mas sim criados coletivamente, irá permitir uma compreensão relativizadora das “verdades científicas”. Propõe-se a partir daí uma situação bastante diferente na qual os cientistas estariam menos descobrindo uma realidade do que a construindo. As imagens de um corpo natural seriam criadas, construídas pelos cientistas como sendo um objeto de investigação. Uma abordagem construtivista social abrirá um novo parâmetro de pesquisa, expondo as

multiplas formas pelas quais as ciências biomédicas como tecnologias discursivas vão reconstruir e influenciar a nossa compreensão sobre o corpo<sup>7</sup>.

A definição do corpo através dos hormônios, e em especial o da mulher, vem se constituindo gradativamente a partir das primeiras décadas do século XX. Como Oudshoorn (1994) analisa, o valor terapêutico dos hormônios femininos se apresenta inextricavelmente entrelaçado com os ideais culturais sobre feminilidade, em especial no período da menopausa/ climatério. Ela aponta que já na década de vinte o discurso da propaganda de terapia com hormônios indicados para a menopausa veicula a idéia de que estes hormônios recuperariam a mulher, estimulando sua beleza e feminilidade.

Também Harding (1997) tomando como balizador a terapia de reposição hormonal (TRH), analisa o quanto a mulher tem sido definida pelos hormônios, no caso os estrogênios, que têm sido considerados como um estereótipo do feminino. A conceitualização do que seria feminino ou não irá passar, segundo a biomedicina pela dosagem hormonal, sendo assim, a partir da menopausa, quando as dosagens de estrogênios sofrem uma redução, a mulher passaria a ser menos mulher. A TRH vem contribuir para reforçar a imagem da mulher no climatério como sendo o lugar da falta e a inserindo em um risco permanente.

Harding (1997), aponta que a mulher, a partir da pré-menopausa, vem sendo cada vez mais inserida em um discurso de risco, de perda da beleza, produtividade, sensualidade, juventude e saúde. Considerando-se este dado, a responsabilidade desta mulher passa a ser grande, pois cabe a ela também aceitar ser monitorada e submeter-se aos tratamentos preventivos, no caso a reposição hormonal. A problematização das escolhas da mulher neste período inserida no discurso biomédico oscila entre dois pólos: um que irá apontar para a urgência de um cuidado e prevenção de graves patologias através da TRH, e um outro, que irá alertar para os riscos de a mulher vir a desenvolver doenças sérias, como o câncer de mama e endométrio, a partir do uso desta terapia.

A falta de informações adequadas com relação aos riscos da TRH constitui-se em uma questão grave para as mulheres. Se por um lado são instruídas sobre as consequências

<sup>7</sup> Nelly Oudshoorn (1994) aponta para o quanto o corpo feminino não tem sido invariante através da história, não sendo possível a constatação de uma identidade fixa e imutável sobre este corpo. Por outro lado, nas últimas décadas, as ciências biomédicas têm caminhado no sentido de uma fragmentação dos corpos. O corpo, enquanto unidade, tem gradualmente desaparecido no discurso biomédico. Pesquisas na área da biologia molecular, endocrinologia e neurobiologia têm cada vez mais localizado tecidos, células, hormônios e neurotransmissores. Também na área de transplantes e tecnologias reprodutiva o corpo é partido e transferido de uma pessoa para outra. A visão compartimentada do corpo, que o isola de seu contexto histórico-social e cultural é também reforçada cada vez mais por métodos de investigação como o ultra-som e a ressonância.

que as quedas nas taxas hormonais podem trazer ao funcionamento físico e psíquico com repercussões em sua vida cotidiana, por outro, as pesquisas e estudos médicos sobre os reais benefícios e riscos da TRH ainda permanecem inconsistentes

Com relação à avaliação dos reais riscos e benefícios da TRH, é considerado paradigmático o estudo realizado pelo Dr. Jacques Rossouw e equipe, e que foi divulgado através do *Journal of Medical American Association (JAMA)* em julho de 2002

O plano inicial de pesquisa seria o de acompanhar 16.608 mulheres na fase do climatério, por um período de cerca de oito anos, até 2005. A pesquisa consistiu em monitorar dois grupos, um primeiro, que faria uso contínuo de hormônios conjugados, estrogênio e progesterona (8506 mulheres), e um outro grupo, que receberia o placebo (8102 mulheres). Após cinco anos e dois meses, em 31 de maio de 2002, Dr. Rossouw e equipe (2002) decidiram interromper a pesquisa em função da avaliação de que a margem de risco para o uso desta terapia excedia em muito os índices considerados seguros, constatando-se que os danos causados ultrapassavam os benefícios. Foram enviadas cartas às mulheres que participavam dos experimentos, solicitando que interrompessem imediatamente o uso da medicação. Os resultados foram divulgados pelo JAMA (17/julho/2002), causando grande impacto no meio médico e também no público consumidor

Segundo os pesquisadores, os riscos constatados no grupo que fez uso da TRH apresentaram-se bastante ampliados com relação ao grupo em uso de placebo. A possibilidade de se sofrer um derrame se apresentou 41% maior, assim como em relação às doenças cardiovasculares, aumentando em 22%; também quanto às chances de se desenvolver câncer de mama, os índices mostraram-se 26% maiores.

Rossouw e equipe (2002) alertaram que após o uso da terapia de reposição hormonal durante os cinco anos de pesquisa, o risco de as mulheres virem a desenvolver doenças graves tornou-se muito alto, ultrapassando os limites de segurança.

Ainda sobre a questão da medicalização do período do climatério, Harding (1997), chama a atenção para o fato de que, mesmo no discurso feminista, esta fase da vida da mulher é apresentada como um momento merecedor de uma atenção particular. Segundo a autora, o discurso feminista tem criticado duramente a postura da biomedicina em preconizar a TRH como forma de tratamento e profilaxia dos problemas relacionados ao climatério, apontando que a maior parte das mulheres acaba por sentir-se coagida e sem condições de realizar escolhas conscientes devido à falta de informações claras e precisas. Embora se possa identificar uma postura crítica por parte das feministas com relação a

TRH, alegando que o climatério se constitui como uma fase fisiológica normal, este discurso enfatiza métodos alternativos de cuidado. São preconizados cuidados no sentido de que seja adotada uma dietética especial nesta fase. Embora definida pelo discurso feminista como um processo fisiológico natural, a menopausa é percebida aí como um momento no qual as mulheres passam a ser responsabilizadas e incentivadas a práticas que sejam capazes de prevenir doenças e tornar a passagem por esta fase um momento de vida melhor, e não problemático.

Harding (1997) salienta ainda que o corpo feminino tem se constituído como um objeto de práticas disciplinares transformadoras variadas - cirúrgicas, médicas, cosméticas e dietéticas. A aceitação ou rejeição deste corpo é produzida por um lugar determinado biologicamente e construído culturalmente. Ambos os discursos sinalizam para uma posição que delimita o corpo feminino como um lugar marcado por diferentes construções do ser mulher e do ser feminina, freqüentemente pensado fora da história e da cultura. As estratégias feministas sobre a TRH não se apresentam como críticas consistentes o bastante para desafiar e transformar os efeitos reguladores do discurso médico. Muitos discursos feministas falham quanto à clara articulação do conceito de “saudável”, assim como no reconhecimento dos efeitos reguladores de suas tentativas em normalizar a menopausa, o mesmo ocorrendo quanto às escolhas realizadas pelos consumidores individuais preocupados com os cuidados com a saúde. É essencial que os discursos sobre a saúde feminina se desloquem dos discursos dominantes para examinar as práticas de poder que operam através de categorias medicalizadas, como os fatores de risco e os rótulos de doenças. Neste sentido, os discursos médico e feminista estariam encorajando as mulheres a fazerem de si próprias objetos de auto-controle.

### 1.5 - Metodologia

A tarefa de investigar o modo através do qual a biomedicina descreve a mulher no climatério, assim como o papel das categorias **ansiedade e depressão** nesta descrição se mostra bastante complexa.

Faz-se necessário agora um relato do percurso efetuado para a escolha do campo de pesquisa e da seleção do material de análise, assim como uma menção ao referencial sócio-antropológico que permitiu a elaboração deste trabalho.

A fase da menopausa vem se constituindo em objeto de estudo por parte do discurso sócio-antropológico, que tem procurado relativizar e não tomar como naturais e universais

as ocorrências deste período – pode-se citar como exemplo de uma tendência à naturalização a síndrome climatérica, como tem sido descrita pelas ciências biomédicas. Tal postura relativizadora tem sido a de diversos autores nesta linha, como Emily Martin (1986, 1989), Yewoudar Beyene (1986), Dona Lee Davis (1986), entre outros, cujas pistas procurarei seguir ao longo deste estudo. A questão da medicalização e vigilância do corpo feminino, preconizada pela medicina por conta de uma fragilidade inerente à própria constituição física da mulher surge explicitada nas análises de Harding (1997), Laqueur (2001), Rohden (2001) e também Gronemann (2001).

Como campo de pesquisa foi escolhida a literatura científica no Brasil sobre menopausa/climatério, mais especificamente as publicações de estudos e pesquisas em revistas especializadas de medicina. O percurso inicial deste trabalho partiu de uma pesquisa exploratória tomando como base os últimos cinco anos (1995/2000), com o objetivo de realizar um levantamento prévio do material a ser analisado. Esta pesquisa exploratória incluiu a *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia* (RBGO) da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetícia), o *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, e mais tarde foi também incluída a revista *FEMINA* também da FEBRASGO. A escolha dos periódicos deveu-se ao fato de serem publicações científicas e representativas da área de ginecologia, com grande divulgação no meio médico e referência para a academia.

Para consulta dos periódicos foram utilizadas as seguintes fontes: Biblioteca da Academia Nacional de Medicina, Biblioteca da Faculdade de Medicina da UERJ, Biblioteca da Maternidade Escola de Laranjeiras e acervo da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetícia). Neste levantamento inicial pôde ser constatado que, embora os artigos sobre climatério/menopausa não abordassem diretamente o tema da ansiedade e depressão, estas categorias surgiam sempre incluídas na sintomatologia climatérica, e também como decorrentes de outras patologias e sintomas frequentes neste período e causados por queda nas taxas hormonais, como por exemplo, nos problemas urogenitais e cardiovasculares. A terapia de reposição hormonal (TRH) surge também em diversos artigos como indicação para a profilaxia e o tratamento da sintomatologia climatérica e das patologias relacionadas à baixa nas taxas hormonais, inclusive para o alívio da depressão e ansiedade, compreendidas também como consequência de uma diminuição nos níveis de estrogênios. Importante relatar que em número superior aos artigos se apresentaram os anúncios de medicações de reposição hormonal (TRH), impressos nas contra-capas e muitas vezes em páginas duplas. Estes anúncios

ultrapassavam o número de anúncios de outros medicamentos, inclusive de anticoncepcionais. Neles veicula-se a imagem de uma mulher jovem, sensual, produtiva e feliz; a indicação destas medicações para a profilaxia e tratamento da síndrome climatérica, incluindo a ansiedade e depressão vem muitas vezes incluída na forma de texto nos próprios anúncios<sup>8</sup>.

Um segundo passo em direção à elaboração do estudo foi a seleção do período a ser tomado como base e também quanto aos periódicos e material a ser utilizado.

Por ter sido considerado significativo o exame da década imediatamente anterior à passagem do DSM II (1968) ao DSM III (1980), ou seja, de 1970 a 1980, comparativamente à situação da última década, de 1990 a 2000, foram consultadas as três últimas décadas dos periódicos. O DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual-Mental Disorders*, elaborado em 1952 pela APA-American Psychiatric Association) foi tomado como referência por se constituir em um dos marcos de uma inclinação para o abandono dos modelos explicativos das teorias psicológicas e também da psicanálise em prol da adoção de um modelo biomédico, anti-essencialista e calcado em sinais e sintomas visíveis<sup>9</sup>.

A escolha do periódico recaiu sobre a RBGO, uma vez que pelo fato de o JBG ter tido a sua publicação encerrada em 1999, não pôde ser incluído na pesquisa, já que não seria então possível completar a década de 90 – estariam faltando os anos de 1999 e 2000. Também com relação a este periódico alguns números não foram encontrados nos acervos pesquisados, o que tornaria também incompleto o levantamento dos artigos.

Ao longo da pesquisa da RBGO, na FEBRASGO, descobriu-se a revista *FEMINA*, uma outra publicação oficial também da FEBRASGO. Inicialmente, optou-se por incluir esta publicação também na pesquisa, uma vez que seguia a mesma linha da RBGO, e seu acervo encontrava-se completo para consulta. Constatou-se ao longo do trabalho que o número de periódicos da *FEMINA* em que apareciam artigos sobre a menopausa/climatério ultrapassava o número de artigos da RBGO. A idéia de inclusão deste periódico contudo teve que ser abandonada, por conta de limitações de tempo e de dificuldades de acesso ao material pesquisado. Sendo assim a pesquisa foi circunscrita aos artigos encontrados na RBGO.

---

<sup>8</sup> Estão incluídos no Anexo alguns exemplos destes anúncios. Neles é representada uma imagem idealizada da mulher no climatério, e permanecem mantidos os padrões de beleza e juventude e controle emocional, a partir do uso contínuo de uma medicação, no caso a TRH.

<sup>9</sup> O DSM se apresenta como um importante referencial diagnóstico. O CID X (Classificação Internacional de Doenças, décima revisão), em uso atualmente também no Brasil, é calcado no DSM IV (1994), que segue a mesma linha de elaboração do DSM III (1980).

Foram pesquisados todos os periódicos a partir de janeiro de 1979, quando foi publicado o primeiro número da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, até dezembro de 2000. Os artigos sobre o tema do climatério/menopausa puderam ser encontrados a partir do número seis, novembro/dezembro de 1990, perfazendo o número de 28 no total. Pôde ser constatado um aumento quanto ao número de artigos nos dois últimos anos da década, em especial com relação ao ano 2000, com dez artigos publicados sobre o tema.

\* \* \*

Na seqüência, o capítulo dois, **Mulher e Medicina**, é dedicado a uma análise de como a saúde e a sexualidade feminina transformaram-se em objetos de uma atenção maior por parte do discurso médico e ginecológico. Para tal buscou-se acompanhar a elaboração de uma especificidade do corpo feminino a partir de uma diferenciação radical deste corpo, que passa a ser compreendido e descrito como sendo mais frágil, e por isto mesmo com maior propensão a patologias diversas.

O discurso sócio-antropológico, que traz a possibilidade de uma análise relativizadora, será enfocado no capítulo três. Neste capítulo, a atenção é centralizada em perspectivas analíticas inseridas dentro de uma linha sócio-antropológica sobre gênero, envelhecimento e climatério. Por meio destas perspectivas percebe-se o quanto o climatério/menopausa não se constitui como um fenômeno universal e passível de naturalização. A noção de uma base corpórea concreta não será abandonada, porém um estudo por um viés sócio-antropológico servirá para evidenciar o quanto as inscrições realizadas nos corpos das mulheres irão depender de inúmeros fatores sociais, culturais e relativos às histórias de vida de cada uma delas.

No capítulo quatro, será realizada uma revisão em periódicos de medicina partindo-se de publicações internacionais envolvendo o tema **climatério e menopausa** a partir da década de 70. Para uma melhor compreensão dos termos utilizados no discurso biomédico, foi incluída uma descrição das principais sintomatologias e ocorrências do climatério, assim como sobre a terapia de reposição hormonal, suas indicações e efeitos colaterais. Nesses periódicos serão examinados a inserção das categorias **ansiedade e depressão** neste discurso, assim como o tratamento preconizado para a síndrome climatérica. Tais aspectos, como se verá, irão apontar para uma nova estratégia de intervenção, qual seja, a terapia de reposição hormonal indicada para a mulher no período do climatério. Tal

intervenção irá refletir-se também nos problemas afetivos e cognitivos, assim como no modo como as mulheres no período do climatério serão capazes ou não de acompanhar de forma assertiva as mudanças que venham a ocorrer em seus cotidianos.

No capítulo cinco a atenção irá voltar-se para a análise dos artigos encontrados na RBGO (Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria) referentes ao tema climatério/menopausa. Serão enfocados, dentro de um discurso médico produzido no Brasil, os principais aspectos relacionados à sintomatologia climática e também as patologias que as mulheres são passíveis de desenvolver nesta fase. As categorias **ansiedade e depressão** surgem incluídas na sintomatologia climática e como consequência de outras patologias mais graves e decorrentes do hipoestrogenismo ao qual as mulheres se encontram sujeitas a partir da pré-menopausa.

Ao final anexou-se um material que reproduz anúncios considerado como referência importante para alguns pontos abordados ao longo deste estudo. Dentre estes pontos pode ser citado o modo como o discurso da medicina descreve a mulher no período do climatério e a possibilidade de este perfil de decadência ser modificado por meio de um conjunto de cuidados médicos visando a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes da queda nas taxas hormonais neste período. Como será visto, a terapia de reposição hormonal ocupa um lugar de destaque, sendo quase sempre o método de eleição preferencial para tratar da mulher nessa fase, prevenindo e aliviando a sintomatologia climática.

## II

### MULHER E MEDICINA

A saúde e a sexualidade da mulher têm sido objeto frequente de atenção por parte do discurso da biomedicina notadamente a partir da segunda metade do século XVIII e, sobretudo, no decorrer do século XIX. A importância deste período reside no impulso ocorrido nas áreas da biologia e medicina quanto às descobertas importantes relacionadas à fisiologia, antissepsia, assepsia e anestesia. Estes fatos, aliados à proliferação de instituições dedicadas ao ensino e à prática da medicina, lançaram as bases do que mais tarde pôde constituir-se como o corpo de conhecimentos que originou a ginecologia. É esse contexto mais geral que será tratado neste capítulo.

\* \* \*

#### 2.1 - Corpo Feminino, Intervenção e Poder

A compreensão da existência de uma especificidade do feminino levou gradativamente à fundação de sociedades e hospitais mais especializados e dedicados a tratar da questão da mulher. Pode ser citada como pioneira neste movimento a *Obstetrical Society of London*, primeira sociedade fundada por obstetras em 1826. Importante citar também a *British Gynaecological Society*, fundada em 1884, e também a *Female Medical Society*, criada em 1865, originada na luta das mulheres pelo direito ao ensino médico. Já no Brasil, em 1809, na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, é instituída no currículo a Arte Obstétrica e, nessa época, também a cadeira de Partos vem fazer parte do ensino nas Academias Médicas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia. A partir de reformas realizadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1879 e 1882, é criada ainda a cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecologia. É também fundada em 16 de agosto de 1897 a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, marcando um espaço de importantes discussões na área da ginecologia assim como sobre temas relacionados à infância (Rohden, 2000: 48).

Nessa época, a diferenciação sexual e o papel da maternidade vão se transformando em prioridade, não apenas para a sociedade como também para a medicina. Como aponta Laqueur (2001: 17), é a partir da passagem do século XVIII para o século XIX, com as mudanças provocadas pelo Iluminismo, que ocorre a substituição do antigo modelo de

sexo único por um outro, segundo o qual a diferenciação entre homens e mulheres passa a ser compreendida como uma questão radical. No antigo modelo a diferença entre homem e mulher era estabelecida não em termos de corpos biológicos distintos, mas quanto ao grau de perfeição. Desde Galeno (século II d.C.), é possível a observação de uma hierarquia vertical entre os sexos, sendo que a única diferença entre os corpos residia na localização interna ou externa dos órgãos reprodutivos. O calor vital recebido pelo feto na gestação era apontado como o determinante fundamental para que os órgãos fossem retidos internamente ou se exteriorizassem. A partir de uma menor ou maior quantidade de calor recebida pelo corpo, este seria definido como o de um homem ou o de uma mulher (com os órgãos reprodutores internalizados).

Como um interessante indicador do quanto os corpos masculino e feminino eram percebidos como indiferenciados, Laqueur (2001: 16) cita o fato de não existir até o século XIX uma denominação específica para o ovário, órgão que mais tarde se transformaria em um dos parâmetros ordenadores do aparelho reprodutor da mulher. Este órgão era denominado “orcheis” por Galeno, termo igualmente utilizado para nomear os testículos.

Este modelo pré-Iluminista se configurava, segundo Laqueur (2001: 19), como fruto de um conjunto de convenções e ordenações sociais, segundo os quais a designação homem ou mulher dizia muito mais respeito ao papel sócio-cultural do que a uma categoria ontológica, orgânica e incomensurável. O sexo se apresentava como uma categoria sociológica – o significado de ser homem ou mulher estaria diretamente vinculado a posições e papéis socialmente definidos.

Até o século XVIII o sexo na sociedade ocidental era percebido muito mais como uma convenção, uma construção posterior ao gênero. Os órgãos reprodutivos se constituíam mais como um signo localizado no corpo, apontando para papéis culturais distintos; masculinidade e feminilidade estariam instaladas, portanto, em um conjunto de fatores diversos com uma fluidez na determinação dos papéis sociais (Rohden, 2000: 99).

Esta fluidez baseava-se no modo como a definição dos sexos era estabelecida. No século XIX, a biologia, a partir da marcação de características anatômicas e fisiológicas específicas, se torna o parâmetro preponderante na determinação de cada um dos sexos. Isto vem a ocorrer em detrimento da influência exercida até então pelos comportamentos e papéis socialmente assumidos, que passariam a ser considerados irrelevantes naquilo que dissesse respeito a tal determinação, ao contrário do que ocorreu durante o período compreendido entre os séculos XVI e XVII. Nesse período o parâmetro definidor do ser

homem ou mulher seria justamente um determinado papel ou posição social ocupados e não as características biológicas (Rohden, 2001: 101)

O modelo de sexo único cederá lugar a um outro, baseado em uma diferenciação radical. Como aponta Laqueur (2001: 245), esta substituição se apresenta como decorrente de um processo de pluricausalidade, ocorrido em contextos sociais bastante específicos e que permitiu a emergência de um modelo de diferenciação radical e incomensurável entre os sexos<sup>10</sup>. Embora no período anterior aos séculos XVIII e XIX as dissecações acontecessem, as diferenças anatômicas não eram salientadas. Só é possível a observação de uma mudança de perspectiva a partir do final do século XVIII, período em que as mudanças trazidas pelas descobertas científicas passaram a fazer sentido em um contexto social propício, que incluía transformações na ordem social e nas relações de gênero. Este dado, permitiu a emergência de uma diferenciação física e psicológica radical entre homens e mulheres. Os avanços no campo da biologia trazem uma visão que passa a ser dominante a partir de então: a da existência de dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos, e de uma vida política, econômica e cultural de homens e mulheres com papéis de gênero baseados nesses fatos (Laqueur, 2001; Rohden, 2001).

Gradativamente a partir do final do século XVIII o corpo da mulher ganha importância, quando a sua natureza passa a ser cada vez mais definida em função da diferenciação biológica e dos órgãos reprodutores. No século XIX se acentua na medicina uma preocupação específica com a mulher e a delimitação de seu papel na sociedade. Rohden (2000) aponta para a importância das transformações relativas à construção do indivíduo e para as relações e cuidados deste indivíduo com seu corpo como um dos fatores de base no processo de delimitação de um novo papel social para a mulher. A autora se refere à ascensão de uma compreensão do conceito de indivíduo como um sujeito empírico e de valor, fato que foi possibilitado a partir de mudanças no âmbito da intimidade, subjetividade e interioridade e que conduziu a determinados tipos de sentimentos e padrões de comportamento trazendo o tom da singularização. Ainda segundo Rohden (2000), este processo de singularização assume grande amplitude, envolvendo desde mudanças nos padrões e normas de conduta pelos atores sociais (Elias, 1990) até um tratamento disciplinar do corpo (Foucault, 1985).

<sup>10</sup> Laqueur assinala a importância do contexto social como criador de sentido para uma incomensurabilidade entre os sexos: “Dois sexos incomensuráveis são resultado de práticas discursivas, mas só se tornam possíveis dentro de realidades sociais às quais estas práticas dão sentido.” (Laqueur, 2001: 245).

Em *O Processo Civilizador* (1990), Elias aponta o surgimento de todo um conjunto de normas de conduta social que irá abranger também as formas de cuidado corporal. Os corpos e condutas passam a ser modelados de modo que um novo sujeito, com maior interiorização, a qual expressa nos cuidados e percepção de si, possa emergir.

Foucault (1985) relaciona o processo civilizador a um outro, que irá culminar em uma nova apreensão do corpo e em um tratamento disciplinar dirigido a este mesmo corpo. Ele chama a atenção para a passagem que ocorre de um *dispositivo de aliança*, baseado no gerenciamento dos laços de família e de outros grupos sociais, para um *dispositivo da sexualidade*, centrado na disciplinarização dos corpos e na produção da sexualidade. Esta passagem irá dotar o indivíduo moderno de maior singularidade e interiorização, singularidade esta que é definida pela ordem psicológica e pela possibilidade de exame e confissão do sujeito sobre si mesmo. São as práticas de confissão e autocontrole que irão possibilitar o surgimento do sujeito atual, criador de sentido, auto-interpretativo e autônomo. Rabinow (1999: 64) aponta que, segundo Foucault, foram essas práticas disciplinares e confessionais que após o Iluminismo produziram paulatinamente o que chamamos de vida moderna.

A transformação do sexo em um lugar de produção de verdade irá implicar em estratégias e dispositivos de saber e poder, entre eles a histericização do corpo da mulher. Esta histericização é definida como um triplice processo que analisa, qualifica e desqualifica o corpo da mulher e que irá integrar este corpo no campo das práticas médicas como sendo portador de uma patologia intrínseca (Foucault, 1985: 99). O dispositivo de histericização se realiza através de uma medicalização progressiva do corpo das mulheres por conta de seu papel único na gestação e no cuidado e preservação dos filhos, da família e da sociedade. O médico como um dos principais agentes deste processo de normatização será o definidor de padrões patológicos e normais (Costa, 1983). A urgência desse cuidado, dessa vigilância com relação ao corpo da mulher surge em um momento no qual se torna fundamental a regulação da população.

Foucault (1985: 131) chama de *biopoder* este processo de disciplinarização e regulação das populações, assinalando que foi de extrema importância para o desenvolvimento do capitalismo na medida em que permitiu “uma inserção controlada dos corpos no aparelho de produção” e um “ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos”.

O desenvolvimento do capitalismo e a crescente industrialização passaram a demandar uma mão de obra saudável e produtiva. O *biopoder* se constitui como um

dispositivo de extrema importância para o desenvolvimento do capitalismo. Para Foucault, *biopoder* é “aquilo que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (Foucault, 1985: 134)<sup>11</sup>

Historicamente podem ser identificados dois pólos distintos nas práticas e discursos do biopoder: um primeiro pólo constituído por uma “anatomopolítica do corpo humano”, percebido como alvo preferencial das tecnologias disciplinares, e um pólo regulador, centrado na população com estratégias concentradas no saber, controle e bem-estar (Foucault, 1985: 131)

Com a Revolução Industrial, a saúde, o bem-estar físico e o crescimento da população, assim como a preocupação com a natalidade, convertem-se em objetivos de poder político. A medicina social se constitui em uma das formas de atuação deste poder. Rohden (2000: 3) marca o estabelecimento de uma equação entre população e riqueza como sendo uma característica do mundo moderno. Tal fato pode ser explicado a partir de uma demanda de mão de obra mais saudável, formada por indivíduos fortes e aptos a um trabalho de produção que viesse atender às necessidades de um mercado consumidor crescente.

Donzelot (1980) localiza também neste contexto da Revolução Industrial um processo de re colocação das funções da família baseada nas modificações ocorridas na concepção do trabalho e de uma crescente intervenção do Estado. A regulação das relações sociais baseadas em laços de parentesco e direitos patriarcais cederá lugar a uma nova ordem promovida pelo Estado que visará a produção de uma população mais saudável e apta para o trabalho. Neste contexto destaca-se um pólo médico-higienista que passa a ditar regras de bem-estar e saúde e que irá exercer interferência direta no funcionamento da família (Rohden, 2000: 4)<sup>12</sup>.

Duarte localiza na passagem do século XIX para o século XX um processo de junção das políticas de Estado com o conhecimento científico relativo à saúde e reprodução o qual se encontra imbricado a um outro mais amplo de regulamentação e regulação moral da pessoa no Ocidente Moderno. O autor aponta nesta regulação moral o objetivo de formar

<sup>11</sup> *Biopoder* pode ser também definido como o modo pelo qual nossas práticas contemporâneas tornam efetiva uma ordem em que o homem ocidental é tido como saudável, seguro e produtivo. Rabinow (1999: 63) assinala que os desdobramentos do biopoder nos servem como dispositivo de compreensão para o tipo de ser humano que somos atualmente.

<sup>12</sup> Sobre as transformações promovidas pelo Estado, que passa a exercer uma maior tutela via um aparato jurídico social, visando a produção de indivíduos saudáveis moral e fisicamente aptos para o trabalho, ver Donzelot (1980).

sujeitos adequados às grandes coletividades políticas: ela diz respeito, segundo ele, aos amplos processos de construção da pessoa, que na cultura ocidental apresentam-se relacionados ao desenvolvimento científico (Duarte, 1997 apud Rohden, 2000: 5)<sup>13</sup>

O papel do médico como um agente regulador externo ganha maior importância neste novo contexto emergente. Jurandir Freire Costa (1983), estudando a medicina no Brasil, identifica no médico a responsabilidade de *ordenar* as famílias através de prescrições higiênicas, as quais se relacionam a novas normas que dirão respeito às condutas físico-moral, intelectual, sexual e social. Todos na família, inclusive o patriarca, passam a ter maior atenção e obediência com relação ao discurso médico. Diante do objetivo implícito nesta nova regulamentação, que visava a produção de uma população saudável e apta a contribuir de forma útil ao Estado, a maternidade e a infância se transformam no foco preferencial dos médicos. Sendo assim, toda uma série de preceitos e normas higiênicas que dirão respeito à gravidez, aleitamento, cuidados com bebês e crianças, assim como à formação de jovens, passam a ser implementados e seguidos.

Costa (1983) descreve este processo de mudança no contrato conjugal que transformou o casamento em uma instituição higiênica, e também as modificações na educação infantil. Neste contexto, os interesses do Estado, e a necessidade de uma população adequada a estes mesmos interesses passaram a nortear os objetivos do casal higiênico.

São implementadas mudanças significativas, tais como a substituição de um sólido patrimônio financeiro, que era percebido como um bom “cartão de visitas” para um provável pretendente à mão de uma moça de família, por uma boa saúde física e constituição moral. O papel da mulher dentro da conjugalidade passa também por transformações. A problemática sexual é retomada, sendo a sexualidade conjugal ressaltada como ponto importante de regulação médica. Ocorre na época todo um investimento de reabilitação higiênica do amor conjugal, uma vez que uma esposa insatisfeita no casamento poderia tender ao adultério, à masturbação ou mesmo à prostituição, e com isto afetar diretamente a prole. Importante ressaltar o caráter pragmático do amor no casal higiênico, pois o que era visado era a procriação (Costa, 1983).

<sup>13</sup> Duarte identifica uma construção de sistemas de pensamento com o objetivo de serem criados dispositivos que colaborem na manutenção da ordem social. Entre os dispositivos de regulação são citados os campos da criminologia, medicina legal, antropologia física, medicina social, psiquiatria e a sexologia (Duarte, 1997).

O papel da mulher no casamento e na criação dos filhos passa a ser exaltado, tornando-se esta uma poderosa aliada do médico. Tal fato, contudo, não ocorre gratuitamente. Em um contexto onde se apregoava a inferioridade física e a debilidade da constituição moral feminina, era impensável que esta aspirasse a algum outro papel que não estivesse circunscrito à *coquetterie* ou ao cuidado da prole, uma vez que a mulher havia nascido para a maternidade<sup>11</sup>.

“A mulher ( . . . ) não é feita para figurar no liceu ou pórtico, nem no ginásio ou hipódromo; e seu destino sendo o de estabelecer o encanto e o doce laço da família, ainda sua vida inteira não era muita para os numerosos cuidados que esta reclama.” (Vianna, 1869 apud Costa, 1983: 239).

Ainda que se vivesse num cenário onde a mulher era percebida e qualificada por seu papel como procriadora, o processo de urbanização veio trazer mudanças no funcionamento doméstico. A diminuição das funções caseiras inaugurou a possibilidade de a mulher dispor de um maior tempo para se instruir: a leitura de novelas e romances passou a permitir-lhe o acesso a idéias sobre a emancipação feminina.

Costa (1983) mostra o quanto se tornou urgente nesse momento traçar estratégias que viessem reforçar o ideal de mulher-maternidade e que impedissem que o mau exemplo da mulher intelectual, que pretendia subsistir por conta própria, se disseminasse. Para tal, seria fundamental valorizar o papel da mulher na maternidade através da amamentação, tornando-a aliada do médico. A idéia subjacente a esta aliança consistia em fazer com que a mulher acreditasse que, justamente por cumprir funções sociais (como a geração, amamentação e educação da prole) para as quais o homem seria incompetente e inferior, ela deveria abandonar as “mesquinhas ocupações profissionais e intelectuais” (Costa, 1983: 261). Desta forma, uma vez aliada insubstituível do médico, estava garantida a permanência da mulher em seu papel prioritário de mãe e esposa, contribuindo assim para a grandeza da nação.

Como foi anteriormente abordado, a firme crença na inferioridade da mulher se encontrava atrelada aos avanços da ciência e particularmente da biologia. O corpo da mulher a partir do século XIX passa a ser descrito não mais como o de um homem imperfeito, mas a partir de uma diferenciação biológica radical - a mulher passa a ser

<sup>11</sup> A inferioridade podia ser provada pela anatomia frenológica de Gall: “As observações anatômicas do Dr. Gall confirmam tão bem esta diferença primeira que estabelecemos entre o moral do homem e da mulher. Com efeito, Gall observa que as mulheres têm a cabeça mais volumosa na parte posterior e a fronte mais estreita - e sabemos que ele atribui às partes posteriores do cérebro as faculdades afetivas, e às partes anteriores as faculdades intelectuais.” (Barros, 1845 apud Costa, 1983: 235).

descrita como um ser de constituição frágil comparativamente ao homem. Esta diferenciação abarcava nervos, músculos e ossos. Dentro de um modelo biomédico, afirmações como a de que a mulher, por possuir um crânio menor e uma pelve maior, seria dotada de menor capacidade intelectual e destinada à função de procriar, passam a ser percebidas como verdade. Deste modo, é vetada a participação das mulheres nas áreas de educação, ciência, governo e comércio; a elas estaria confiada uma tarefa única – a da maternidade –, com o objetivo da geração de uma população física e moralmente saudável e adequada aos interesses do Estado (Rohden, 2001).

## **2.2 - Mulher: uma preocupação especial da medicina.**

Passo agora a um breve histórico de como a mulher tem sido percebida e tratada pela medicina. Rohden (2000: 23), em seu trabalho, focaliza dois tons de análise com relação ao que caracterizaria o desenvolvimento de uma medicina da mulher. Segundo a autora pode ser observada uma tendência à sobrevalorização, uma preocupação especial com relação à mulher sob o ponto de vista da medicina. Autores como O'Dowd e E. Philipp (1994 apud Rohden, 2000: 23) referem-se à origem remota de uma atenção específica à mulher e ao parto no Egito Antigo, na Mesopotâmia e na Índia que se constitui anteriormente à própria medicina. Já por outro lado, na obra de historiadoras como L. Knibiehler e C. Fouquet (1983 apud Rohden, 2000: 23) percebe-se que nem sempre a mulher e seu corpo foram tratados com a mesma importância e significação pelas sociedades em diferentes épocas. Como sinalizam as autoras, o progresso científico não se constituía como um fator que garantisse um maior conhecimento e explicações sobre o corpo da mulher. As interpretações sobre o corpo feminino necessitavam de aceitação em determinados momentos históricos.

A consolidação de uma perspectiva que reduz a mulher à maternidade se deu de forma paulatina através da medicina, a partir da mudança de uma definição religiosa segundo a qual a mulher era percebida como pecadora e portadora de “partes vergonhosas” no corpo, para uma definição médica, cuja percepção se deslocava para uma visão da mulher como peça fundamental no processo de reprodução humana. A partir desta nova definição o corpo da mulher passa então a ser foco de maiores cuidados e preocupações por parte da medicina (Knibiehler e Fouquet, 1983 apud Rohden, 2000: 24).

O útero como órgão que sintetizaria o feminino é citado desde épocas bastante remotas. Segundo Knibiehler e Fouquet (apud Rohden, 2000: 24), no Antigo Egito

(papiros de Kahun, 1900 a.C. e Ebers, 1550 a.C.) são encontradas descrições de problemas nas mulheres causados pelo útero. O discurso do período falava de um útero que, quando mal posicionado, ou então ao circular pelo corpo da mulher, acarretaria uma série de transtornos à saúde feminina, como dores generalizadas (dentes, músculos, etc.). O órgão, percebido como um “animal errante e caprichoso” (Rohden, 2000, 24), precisava ser atraído e conduzido à sua posição original, sendo para isto utilizados recursos que variavam desde a inalação e impregnação de determinadas partes do corpo da mulher com diferentes odores, passando pela realização de massagens localizadas até o apelo à influência dos deuses.

Já nos séculos IV e V a.C., as descrições do corpo feminino eram baseadas naquelas realizadas pelas próprias mulheres, uma vez que nem sempre os médicos tinham contato com suas pacientes. A economia do corpo humano (segundo Hipócrates) baseada no equilíbrio dos humores (sangue, bile, bile negra e fleugma) traz uma atenção bastante particular aos fluxos ocorridos no corpo feminino, regulados por eventos como menstruação, relações sexuais, gravidez e maternidade (Knibiehler e Fouquet, apud Rohden, 2000, 24).

Importante também citar o ponto de vista de Galeno (século II d.C.), que além de sua obra como anatomista elaborou uma teoria classificatória sobre a mulher. Segundo Galeno a mulher seria inferior ao homem, pois embora possuísse os mesmos órgãos que ele, estes, por terem recebido uma menor quantidade de calor na gestação, se encontravam localizados internamente. A mulher seria também vista neste período como portadora de uma alma, uma natureza mais facilmente atraída pelos prazeres da vida. Galeno demonstra também uma preocupação com as doenças do útero, recusando contudo a tese de migração interna deste órgão (Knibiehler e Fouquet, 1983 apud Rohden, 2000: 25).

Já mais tarde, no decorrer da Idade Média, a mulher passa a ser percebida como veículo de decadência, sendo seu corpo a sede do pecado. A partir desta visão da mulher como pecadora e fonte de mal, a Igreja passa a exercer maior controle e coerção sobre os comportamentos femininos (Rohden, 2000: 26).

É relevante notar que embora os anatomistas do passado tenham estudado o corpo das mulheres, as interpretações acerca deste corpo se encontravam diretamente relacionadas às visões de mundo que os norteavam na época. Aparentemente a única capacidade reconhecida na mulher era a de procriar (Berriot-Salvatore, 1993 apud Rohden, 2000: 26).

Até o século XIV o corpo feminino era um campo interditado<sup>15</sup>. A partir de então, com o crescimento no interesse pelas dissecações (Bolonha e Montpellier), a interdição ao corpo da mulher tende a se enfraquecer. Contudo o fato não trará nenhuma contribuição radical à mudança de imagem do corpo feminino. Segundo Rohden (2000: 27) isto ocorre por conta do fato destas dissecações serem realizadas por cirurgiões que, diferentemente dos médicos, não tinham acesso ao corpo teórico da medicina. Nestas descrições o corpo da mulher era análogo ao do homem, não se diferenciando deste a não ser pela internalização dos genitais. Mais tarde, contudo, Knibiehler e Fouquet (1983 apud Rohden: 20) identificam o início da autonomização da medicina, conseguida a partir de um amplo e complexo processo de transformação que vem trazer uma perda de poder para a Igreja. Tal acontecimento permite um importante avanço no campo da anatomia com a permissão para o estudo e as dissecações dos corpos. A partir do século XVI, a mulher passa a ser percebida como tendo um papel mais ativo na procriação. Passa a ser relevante então uma preocupação com a qualidade da semente feminina e também com a saúde física e moral da mulher, para que se concebesse um feto de boa qualidade (Rohden, 2000: 28)<sup>16</sup>.

É desenvolvida no decorrer dos séculos XVI e XVII uma série de novas teorias abordando o tema da procriação que trouxe contribuições ao campo. Como exemplo pode ser citada a teoria ovista (De Graaf em 1672), que é desenvolvida a partir da descoberta da natureza do ovário (Nicolas Sténon em 1660). Esta teoria propunha que o ser humano teria origem em um ovo, o qual estaria inserido nos testículos das mulheres, mesmo antes do coito. Esta teoria foi refutada veementemente por questões morais, uma vez que era considerada degradante a suposição de que a mulher pusesse ovos; era também impensável na época que à mulher fosse imputada toda a responsabilidade na geração de uma nova vida. Outra teoria é a que descobre os “animáculos” no esperma, e segundo o autor Louis de Ham (1677) estes seriam a “alma animal do embrião”. Contudo, somente a partir da segunda metade do século XIX é que pode ser constatada a importância do espermatozoide na procriação (Darmon, 1977 apud Rohden, 2000: 29).

<sup>15</sup> Interessante o que ocorria nesse período na medicina árabe, quando uma vez que era proibido pelo Corão aos homens o desvendamento dos genitais femininos, passa a ser admitido o ingresso das mulheres na Escola de Bagdá (séculos X e XI). Lá elas estudavam medicina, tendo permissão para realizar cirurgias e também transmitir seus conhecimentos. Este fato era bastante peculiar em um período no qual a prática obstétrica se encontrava restrita às mulheres, sem terem elas contudo acesso aos avanços teóricos da medicina da época. (Rohden, 2000: 26)

<sup>16</sup> A partir deste período até meados dos séculos XVIII e XIX, o pensamento dominante considerava o prazer feminino como fundamental à concepção. Julgava-se que era no momento do orgasmo que o corpo feminino liberava a sua “semente”, para que daí pudesse ser originada uma nova vida (Laqueur, 2001).

### 2.2.1 - O delinear de uma patologia

A partir do final do século XVIII e do início do século XIX, a compreensão do corpo e da sexualidade da mulher como pontos frágeis e problemáticos revela uma tensão que é marcada pela eleição deste corpo como o objeto preferencial de uma ciência da diferença (Rohden, 2001). A instituição de um ideal de mulher delineado de acordo com o conceito de honra irá acarretar um controle da sua sexualidade. Este código de honra é estabelecido a partir da dissociação entre prazer feminino e reprodução e se firmava baseado na admissão do sexo com funções de procriação. Sendo assim, o médico se torna uma presença fundamental e reguladora, estabelecendo os parâmetros corretos para a vida da mulher.

Importante ressaltar o quanto este código, que se instituiu de acordo com os padrões de moralidade cristã, demarcava diferenças para os comportamentos de homens e mulheres. A divisão entre os papéis delegados às mulheres honradas, *do lar* e com atribuições específicas para com a família, e os papéis dos homens relacionados a força, proteção e virilidade, era algo que deveria ser respeitado. A virilidade masculina não poderia de forma alguma ser dirigida à mulher que se encontrasse inserida no ideário de pureza, dignidade e que pertencesse ao domínio de um pai ou um marido. Neste cenário, ela era definida como um ser instável e não confiável, por conta da natureza patológica de seu organismo. Sua constituição mais frágil e as fases *críticas*, como a puberdade e a menopausa (marcadas pelo surgimento ou término da menstruação), tornariam o organismo da mulher passível de sofrer toda uma série de *perturbações*, tanto de ordem física quanto mental, uma vez que estas fases eram compreendidas como momentos nos quais a sexualidade da mulher estaria mais exacerbada (Rohden, 2001).

Pode ser observada também nesse período a importância atribuída ao útero, percebido como um órgão que sintetizaria a substancialização do feminino<sup>17</sup>. Seria ele um local não apenas gerador de outras vidas, mas também de patologias e perturbações que terminariam por definir o perfil da mulher. Rohden (2000: 30) mostra como se localiza no útero a origem de uma série de manifestações dos sofrimentos femininos e que irão se aglutinar no conceito da histeria. Tal concepção do útero como responsável pelas doenças e

<sup>17</sup> Esta substancialização do feminino desloca-se mais tarde para os ovários e os hormônios. Este fato, segundo Harding (1997) pode ser constatado através da ênfase atual na preconização médica da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) para a mulher no climatério. Esta preconização se refere não somente ao fato da TRH proteger a saúde feminina, mas também de se constituir como um poderoso aliado na preservação de sua beleza e sensibilidade. Este tema será enfocado mais detidamente nos próximos capítulos.

pelos sofrimentos que acometem as mulheres pode ser constatada na opinião de médicos e parteiros já no século XVII, como Philebert Guibert e François Mauriceau. A partir daí e ao longo dos séculos XVIII e XIX as doenças femininas começam a ser relacionadas com a sexualidade e o casamento. Patologias como a histeria e a clorose se manifestariam frequentemente em mulheres sem homens – vêm acometer as viúvas, as solteiras e as adolescentes.

Surge também a questão da voluptuosidade feminina, sendo a beleza considerada um atributo essencial à mulher. É atrelado a esta percepção o perigo da sedução e imoralidade latentes na mulher, necessitando esta, por ser moral e fisicamente mais frágil, de uma vigilância e proteção constantes (Rohden, 2000: 31).

Até o século XIX, o campo das doenças femininas estaria longe de constituir um interesse especial da medicina, não tendo sido ainda abarcado por ela. Os *problemas da mulher* eram um território dominado pelas parteiras. Estas costumavam se responsabilizar pela gravidez, parto, doenças femininas assim como por realizar exames de virgindade. Os cirurgiões e os médicos só entravam em cena nas ocasiões dos partos difíceis. As parteiras eram, contudo, objeto de grande preocupação e vigilância, uma vez que poderiam ser responsáveis pelo aborto ou infanticídio, por exemplo. Em função disto, deveriam exibir uma conduta absolutamente idônea. Por outro lado, nesta época, a presença de um homem em momentos tão delicados para a mulher, nos quais esta se encontrava particularmente vulnerável, era impensável (Rohden, 2002: 33).

Embora objeto de desconfiança, a ginecologia vai aos poucos se estabelecendo como um campo de saber e práticas específicas dentro da medicina. Podem ser apontados como fatores que contribuíram para tal os progressos alcançados nas áreas de assepsia, antisepsia e anestesia. Rohden (2002: 36) identifica ao longo do século XIX um movimento no interior da própria medicina o qual a partir dos progressos alcançados resultou na constituição de duas disciplinas separadas: a ginecologia e a obstetrícia<sup>18</sup>.

Gradativamente o trabalho das parteiras passa a ser alvo de maior controle e fiscalização já que a elas era atribuída a responsabilidade pela ocorrência frequente de infecção puerperal devido à precariedade das condições higiênicas. Paralelamente a este fato os médicos irão assumir um papel cada vez maior no que se referisse à saúde feminina. Em sua tese Rohden (2000: 47) localiza, na crescente especialização médica

<sup>18</sup> Os cirurgiões americanos Ephraim Mac Dowell, que realizou em 1809 a primeira ovariectomia, e J. Marion Sims, que em 1849 foi o responsável por uma cirurgia de fístula vesico-vaginal, são considerados os pais da ginecologia. Sobre o percurso do surgimento da ginecologia como especialidade médica, ver Rohden (2000).

sobre o corpo feminino e em uma postura intervencionista da medicina no final do século passado, fatores de implicação numa maior autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres. Segundo a autora, este domínio ultrapassa os campos orgânico e psíquico, instalando-se no domínio da moral. O fato, contudo, de ser a mulher o objeto e a área direta de intervenção da ginecologia vem acarretar grandes dificuldades e obstáculos ao desenvolvimento de suas práticas. Constituindo-se como um ser frágil, patológico e instável a mulher trazia uma situação bastante delicada e incômoda para os médicos durante as consultas e exames<sup>19</sup>.

O exercício da medicina como um todo passa a ser mais visado pela sociedade e pelos próprios médicos. A classe médica transforma-se em alvo freqüente de acusações e suspeitas de falhas e erros. Segundo Darmon (1988 apud Rohden, 2002: 56) tal fato surge como consequência de uma maior divulgação e popularização das descobertas científicas, que acarretaram para o médico a perda de uma aura sacerdotal, que lhe havia confiado até então uma infalibilidade.

Em sua prática clínica, os médicos tornavam-se passíveis de correr diversos perigos, procedimentos envolvendo contracepção, situações de parto e exames ginecológicos traziam freqüentemente grande ameaça, podendo resultar em acusações e processos dirigidos a eles<sup>20</sup>. A presença do homem, mesmo como médico, junto a uma mulher, era percebida com desconfiança e como fonte geradora de debates (Rohden, 2000: 59).

As dificuldades do campo da ginecologia com relação à presença do homem no exercício da profissão abriram a possibilidade do ingresso da mulher na medicina. A ginecologia, a obstetrícia e a pediatria mostraram-se como áreas *adequadas* à inserção do profissional feminino. O ingresso da mulher na medicina e com atuação nos campos da ginecologia e obstetrícia vem dar conta de duas questões importantes que circulavam nos debates da época: a de permitir a entrada do profissional do sexo feminino na área médica, mantendo-se esta inserção contudo circunscrita ao âmbito da família; e em segundo lugar

<sup>19</sup> Darmon (1988 apud Rohden, 2000: 55-57) localiza no fato de o médico ter atingido um estágio social importante uma situação de maior vigilância e controle exercida pela sociedade com relação a ele. O comportamento pessoal do médico deveria ser impecável, sendo que este, quando celibatário, terminava por gerar desconfiança com relação às suas reais intenções nas consultas.

<sup>20</sup> O caso Abel Parente pode ser bastante ilustrativo do quanto a questão da contracepção no século XIX tornou-se polêmica, uma vez que possibilitaria transformações no comportamento das mulheres e mudanças na própria sociedade, e o quanto veio acarretar para seus preconizadores processos e punições. Abel Parente foi um médico italiano, radicado no Brasil, que se dedicou à obstetrícia e à ginecologia. Desenvolveu uma técnica que constava da raspagem das paredes do útero e de injeções que impediam temporariamente a concepção. Por esta técnica foi acusado de imoralidade profissional e processado, além de ter sido repreendido pela Sociedade de Higiene do Brasil e pela Academia Nacional de Medicina. Sobre o caso Abel Parente e sua repercussão e desdobramentos, ver Rohden, 2000.

uma suposta maior segurança às pacientes com relação a possíveis riscos de sofrerem abusos cometidos por profissionais masculinos (Rohden, 2000: 63).

Havia na época toda uma cruzada moral que serviu de propulsão ao ingresso da mulher na medicina. Feministas como Elizabeth Blackwell, Elizabeth Garret Anderson e Sophia Jex Blake traziam ao debate argumentos que defendiam uma atitude mais humana e uma maior atenção às doenças da mulher. Propunham também um combate aos abusos cometidos pelos médicos e uma maior divulgação dos conhecimentos sobre a saúde feminina e seus corpos, trazendo deste modo um fortalecimento das mulheres frente à argumentação médica. Circulavam também graves acusações aos médicos de encobrirem doenças venéreas dos maridos, vindo assim, a partir de uma *aliança* com estes, a negligenciar o tratamento de suas esposas (Kent, 1990 apud Rohden, 2000: 63-64).

A entrada da mulher na área médica passa a suscitar uma onda de reações e protestos por parte dos médicos. Argumentos como o fato de a mulher ser mais frágil física e emocionalmente e também da incompatibilidade em conciliar o exercício da profissão – que lhe exigiria uma grande dedicação e tempo para as tarefas domésticas e o cuidado da família –, eram utilizados para provar uma inaptidão e a impossibilidade desta para a prática da medicina. Além disso, preconizava-se na época que o estudo seria um fator de perda de feminilidade e até mesmo causador de problemas à saúde da mulher (Vertinsky, 1990 apud Rohden, 2000: 65).

Apesar assim, a despeito de todo um movimento contrário, ocorrem avanços com relação ao ingresso da mulher na área médica. Rohden (2000: 67) ressalta o quanto a postura das feministas, negando a fragilidade física e mental das mulheres, veio acarretar no meio médico uma certa revisão de sua argumentação. Aponta-se também a possibilidade de questionamento por parte das médicas das teorias científicas sobre a natureza feminina. A partir desta postura crítica das feministas, a medicina e, de modo particular, a ginecologia irão radicalizar ainda mais a definição de uma diferença incomensurável entre homens e mulheres, assim como também a questão de um determinismo biológico que iria estabelecer os parâmetros da vida feminina, circunscrevendo a mulher em uma situação de fragilidade e patologia.

### **2.3 - Perturbações femininas relacionadas a ocorrências fisiológicas**

Segundo Rohden (2001), uma idéia prevalente nesse período era a de que, se considerando o fato de que a maior parte das *perturbações* das mulheres ocorriam na ordem do mental, provavelmente seus órgãos genitais seriam capazes de causar

interferência na mente feminina. A ginecologia, como um ramo da medicina, se torna a ciência autorizada a tratar estes seres frágeis, que demandariam tutela e proteção. A medicina passa desse modo a cuidar da formação não apenas física da mulher, mas é também encarregada de tomar conta de sua formação moral, tendo em vista a grande responsabilidade da mulher como reprodutora e a expectativa criada em torno de seu dever de produzir bons cidadãos para a nação. É importante destacar que a diferenciação sexual era então compreendida em um âmbito mais amplo, para além de uma diferença nos órgãos genitais: essa distinção envolvia não apenas a fisiologia e a função hormonal, mas também o psíquico, considerado um terreno bastante frágil na mulher. A fragilidade e a instabilidade femininas mostravam-se de tal ordem, que não seria aconselhável que as mulheres se envolvessem em tarefas que lhes exigissem um maior esforço mental e intelectual. Sendo assim, desde a puberdade, período em que os órgãos reprodutores estariam em formação, deveriam as mulheres evitar qualquer tipo de envolvimento em tarefas fora do âmbito doméstico, sob pena de que tais esforços causassem danos a estes órgãos.

Este era o discurso científico na época, o que pode ser comprovado, segundo Rohden (2001), por meio de uma pesquisa nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>21</sup>. Segundo a autora, no período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX, percebe-se uma atenção particular da medicina em delimitar o papel social da mulher por meio de uma valorização da maternidade. Rohden assinala a importância deste material como um documento que legitima o pensamento médico do período. Ao analisar o conteúdo das teses, a autora observa a presença relevante de temas como puberdade feminina, menstruação e menopausa (fases relacionadas diretamente ao início e ao término da vida reprodutiva feminina). A histeria e a clorose também surgem dentro de uma compreensão de que as *perturbações* nos órgãos genitais femininos acarretariam perturbações também em todo o organismo da mulher, acarretando inclusive problemas mentais (Rohden, 2001).

O organismo da mulher, seu funcionamento e as alterações sofridas por este de acordo com as fases ocorridas ao longo de existência feminina, se constituíam problemáticos e patológicos por natureza. Puberdade, menstruação, gravidez, puerpério e menopausa são percebidos como momentos de extremo perigo, como fases críticas na vida feminina. Estes momentos se mostram como sendo aqueles nos quais a mulher estaria mais

---

<sup>21</sup> Sobre o detalhado trabalho de pesquisa realizado pela autora, consultar Rohden, 2000.

suscetível ao desgoverno e à perversão de seus instintos<sup>22</sup>. A mulher estaria sempre beirando o patológico, sendo suscetível, instável, e por isto considerada uma louca em potencial

A partir da puberdade a mulher é definida em função de uma diferença biológica radical, que abrangeria todos os tecidos corporais e também seu psiquismo e capacidade intelectual. A conformação óssea, rigidez muscular, tudo enfim no organismo feminino levaria à justificativa de uma fraqueza física, correspondente à fraqueza moral como é citada por Andrade em 1839 em sua tese de medicina (Andrade, 1839 apud Rohden, 2000: 123).

A reprodução é notada como eminentemente feminina, sendo que toda a economia da mulher se prepara para o exercício dessa função. Andrade (1839 apud Rohden, 2000: 125) aponta para o desenvolvimento de fenômenos físicos e cerebrais que irão acarretar mudanças importantes, transformando a menina em mulher apta a exercer a função reprodutora<sup>23</sup>. O coroamento do processo de amadurecimento, o mais importante sinal da natureza indicando a fertilidade da mulher, seria a menstruação, conhecida como a bússola da boa ou má saúde da mulher (Rohden, 2000: 126). Esta era percebida como responsável por acarretar nela diversos tipos de loucura, que tenderiam a desaparecer ao término das regras. Em alguns casos porém a situação poderia tornar-se crônica, dependendo da predisposição da doente (Ball, 1890 apud Rohden, 2000: 159). Barbosa, em estudo realizado em 1891, classifica em três ordens as perturbações causadas pela menstruação:

1. Na esfera da vontade, caracterizada pelo delírio dos atos (cleptomania, monomania, mania homicida), dos instintos (ninfomania, monomania suicida), mania aguda, impulsões e delírios diversos.
2. Na esfera dos sentimentos: maldades, fraudes, dissimulação, mentiras, revolta, ódios, inveja e vingança.
3. Na esfera da inteligência: idéias de desespero, ruína, moléstia, perseguição e delírio religioso (apud Rohden, 2000: 160-161).

<sup>22</sup> Rohden (2000: 165) exemplifica em um trecho da tese de Maia (1896) a tendência da mulher na menopausa à "perversão dos instintos genésicos, espécie de excitação insólita que renasce, despertando desejos venéreos, em um aparelho desfalecido ou, pelo menos, prestes a agonizar, obedecendo nesse abatimento fisiológico a um impiedoso mandato da natureza."

<sup>23</sup> Sobre a importância atribuída na época à mulher como reprodutora e também como portadora da missão divina de perpetuar a espécie, Firmino Jr. escreve: "Sem dúvida o mais importante ato da vida de uma mulher é o da propagação; nela ela emparelha com a Divindade enchendo a superfície da Terra de seres, que lhe são semelhantes, assim como o Criador encheu o nosso planeta de entes diversos, e o imenso espaço, que o separa das mais remotas regiões celestes, de corpos, que estão em perene movimento. Talvez possamos dizer sem temor de errar, que a mulher é para a procriação do homem o que o Autor do Universo é para todo o mundo." (Firmino Júnior, 1840, 7 apud Rohden, 2000).

A puberdade se apresenta como um período bastante ligado a perturbações. A menina neste período precisa ser resguardada e protegida de esforços intelectuais, uma vez que a energia despendida nos estudos poderá atrapalhar o desenvolvimento dos órgãos reprodutores. Haveria todo um conjunto de regras higiênicas a serem seguidas e observadas, devendo ser inclusive evitados os espetáculos que pudessem suscitar idéias inadequadas às moças<sup>24</sup>.

Doenças como clorose, histeria, loucura e ninfomania poderiam surgir a partir de uma desarmonia interna no organismo. A clorose pode ser citada como um exemplo típico de uma perturbação que acometia as moças na puberdade. Envolveria uma sintomatologia que ia desde ausência de menstruação a apatia, palidez, grande suscetibilidade nervosa e perturbações nas funções internas (Andrade, 1839 apud Rohden, 2000: 134). Tal patologia seria resultante de uma falta de excitabilidade dos órgãos reprodutivos. Uma idéia norteava o pensamento sobre a sexualidade feminina durante o século XIX, a de que esta estaria diretamente ligada à reprodução e somente desta forma seria passível de ser admitida. Mostrava-se na época de fundamental importância que a economia corporal feminina permanecesse bem administrada e sob controle.

id:

### 2.3.1 - Menopausa, crise e doença

A reprodução, sua possibilidade ou não, surge como fio condutor de situações extremas ou críticas na vida da mulher. Assim como na puberdade a primeira menstruação assinala o início da fase reprodutiva, trazendo uma série de transtornos, também seu término, marcado pela menopausa, é acompanhado por situações de adoecimento. Rohden (2000: 140) ressalta o fato de que até o final do século XIX não havia teses de medicina sobre o tema específico da menopausa. A autora levanta a hipótese de este fato estar relacionado com a valorização da mulher em função de seu papel como reprodutora; sendo assim, por significar o término desta função, a menopausa não seria merecedora de uma maior atenção por parte dos médicos.

<sup>24</sup> A ligação entre a leitura de romances e a falta de cuidados específicos com a menina no período próximo à puberdade e a precocidade da primeira menstruação é citada por Abreu: "O estado moral tem grande influência sobre o desenvolvimento dos órgãos, estes estando sempre excitados nas populosas cidades, or... as moças têm sempre a sua vista cenas voluptuosas, leituras de romances em que às vezes de encontram cenas imorais, em que mesmo aqueles que respiram a mais doce moral, nutrem de alguma maneira o fogo das paixões, dando lugar à puberdade prematura, e como bem diz Tissot, aquelas, que lerem romances aos onze anos, terão infalivelmente ataque de nervos aos vinte." (Abreu, 1855 apud Rohden, 2000: 132).

A mulher na menopausa descrita nas teses de medicina do século XIX era a imagem da decrepitude. Uma vez que a partir do século XIX a beleza feminina era associada ao período fértil<sup>25</sup>, a mulher nesta fase era considerada conseqüentemente como alguém sem atrativos. Tratava-se de um ser cujo aparelho reprodutivo estaria reduzido a um conjunto de órgãos atrofiados e em vida vegetativa, e que a partir desse período, então, seria sucessivamente acometido por uma série de incômodos que iriam se transformando em patologias. Era consenso o fato de que na menopausa a mulher estaria mais predisposta a perturbações assim como a distúrbios físicos e mentais.

Inserida neste corpo de significações, passa a menopausa a ser nomeada como idade crítica ou idade da crise, quando a mulher perderia o sentido da vida, uma vez que não mais teria capacidade reprodutora. Seu aspecto físico se mostraria decadente, sem formas, nitidez ou encanto, sendo sua moral traduzida por tristeza, magoa ou indiferença. Paixão e menopausa seriam incompatíveis. Mostrava-se na época mais conveniente para a mulher a imagem da velha senhora, resignada, e que sabiamente conseguiria substituir a paixão e os desejos pela *santa amizade*.

### 2.3.2 - Loucura Puerperal, Histeria e Ninfomania

Também entre os fatores considerados desencadeantes de perturbações físicas e mentais na mulher podem ser citados a gravidez e o parto. O período do pós-parto, o puerpério, seria aquele no qual toda uma série de cuidados e dietas específicas deveriam ser seguidos, pois haveria neste momento o risco de loucura puerperal, uma patologia bastante grave e que poderia trazer sérias conseqüências à vida das mulheres acometidas por esta doença. Havia consenso na época quanto à idéia de que a gravidez afetaria a memória e o juízo, tornando a mulher passível inclusive de realizar atos de crueldade:

“As simpatias com o cérebro são evidentes. Não vemos nós em muitos casos mulheres grávidas perderem a memória, terem a imaginação mais viva, ou menos inteligência, apresentarem alguns sintomas de raiva, quererem morder certas pessoas, a quem eram afeições, cometerem um suicídio, tornarem-se loucas, maníacas, ladras, etc?” (Barros, 1840 apud Rohden, 2000: 176)

A loucura puerperal era descrita também como conseqüência de um acúmulo de substâncias tóxicas no organismo ao longo da gravidez, por conta da ausência de

<sup>25</sup> Segundo Moscucci (1996 apud Rohden, 2001), a partir do final do século XIX, as funções dos ovários passaram a ser percebidas como responsáveis pelo instinto sexual feminino, sendo a beleza da mulher então associada ao seu período fértil.

menstruação. A isto se somariam fatores como hereditariedade, distúrbios no sangue e no peso e esgotamento nervoso (Azevedo, 1919 apud Rohden, 2000: 182)<sup>26</sup>

Dentre as doenças que acometiam as mulheres no século XIX, a histeria surge como sendo bastante comum. Embora de modo geral o útero fosse compreendido como um órgão importante uma vez que iria influenciar o funcionamento do organismo feminino como um todo, havia na época um debate sobre em qual órgão estaria localizada a origem da histeria. Alguns médicos argumentavam ser o útero, outros, o cérebro, a sede da doença (Rohden, 2000: 171)<sup>27</sup>

Uma característica fundamental das histéricas para o corpo de conhecimentos sobre o assunto na época era o entendimento do desejo sexual como responsável por produzir toda uma série de sintomas. Muitas vezes o casamento era aconselhado como uma *terapêutica* eficaz. A sintomatologia da histeria se apresentava com um grande leque de variações, podendo ocorrer sentimento de bolo na garganta, oscilações do tórax ao pescoço, sensação de sufocação (ascensão do útero, para os antigos), espasmos e ainda gritos, soluços, rangidos de dentes e fusão de alegria ou lágrimas (Maurício Jr., 1838 apud Rohden, 2000: 172)

Ao final do século XIX, a questão das consequências da loucura histérica na sociedade se torna um ponto de preocupação e estudo. Os ataques histéricos trariam prejuízos para a família e a sociedade, a ampla gama de sintomas deveria ser conhecida pelos médicos, uma vez que estes poderiam facilmente ser vítimas de farsas de mulheres que na verdade estivessem simulando doenças<sup>28</sup>. Era comum na época a ideia da

<sup>26</sup> A loucura puerperal era compreendida na época também como uma “prova” pela qual as mulheres precisariam passar para atingir a plenitude da maternidade. Segundo Lopes (1877 apud Rohden, 2000: 180), para merecer este lugar, a mulher precisaria mostrar-se digna de exercer tal tarefa, sendo este o “último teste do amor materno”.

<sup>27</sup> Autores como Maurício Júnior (1838 apud Rohden, 2000: 171) compreendiam ser o útero a origem do mal da histeria, podendo se afirmar, portanto, que esta seria uma doença exclusiva das mulheres. Já Rodrigo Gonçalves (1846 apud Rohden, 2000: 172) admitia a sede da histeria no tecido nervoso que se encontraria espalhado por todo o corpo. Admitia que o útero poderia até mesmo ser o ponto de partida, mas que a propagação da doença para o resto do corpo se daria através dos nervos. Neste caso admite o autor, que os homens também poderiam ser atingidos por esse mal, ainda que em proporção menor que as mulheres, uma vez que estas apresentariam uma maior predisposição.

<sup>28</sup> Rohden assinala o quanto praticamente todas as atitudes femininas da época se encontravam inseridas no diagnóstico da histeria. Isto pode ser exemplificado pela classificação proposta por Andrade, em sua tese de 1888. Segundo o autor, a histeria poderia ser classificada em três modalidades clínicas, que seriam as seguintes:

1. histeria sem ataques; riso, choro, soluço, bocejo, irritabilidade fácil, etc.
2. pequena histeria; ataques simples, os fenômenos da primeira modalidade mais pronunciados, etc.
3. grande histeria, histero-epilepsia, histeria grave; além dos fenômenos aqui apresentados na segunda modalidade, que são aqui mais patentes, os ataques são complexos e com fenômenos catalepticos, letargicos, sonâmbulicos, etc.

possibilidade de simulação de sintomas por mulheres acometidas pela histeria com o intuito de conseguir algum tipo de contato ou manipulação de seus genitais. Tal fato representaria um grave risco para a classe médica, que necessitaria portanto, encontrar formas de estar resguardada de tais *ataques*.

Andrade (1888, apud Rohden, 2000: 174) afirma que a mulher histérica estaria bastante próxima da alienação, da degeneração psíquica, devendo ser julgada e considerada moralmente irresponsável. Segundo ele uma má educação aliada à grande frequência a bailes e espetáculos teatrais, estaria contribuindo para a formação de uma jovem histérica, devendo o responsável por tal educação ser punido. A sociedade como um todo teria a função de tutelar as histéricas e, caso fosse necessário, mantê-las reclusas. Andrade (1888) defendia a criação de patronatos e asilos para a internação dessas mulheres, cabendo a uma comissão médica especial julgar as criminosas.

Ainda no conjunto de doenças tidas como frequentes nas mulheres do século XIX pode ser citada a ninfomania. Esta se constituía como uma categoria que abarcaria todos os tipos de manifestações sexuais inadequadas. Era uma doença classificável através de causas e sintomas e com tratamentos específicos.

Para uma melhor compreensão do quanto o desejo sexual feminino seria considerado inadequado na época a ponto de se tornar uma patologia, Groneman (1994 apud Rohden, 2000: 154) exemplifica as mudanças no modo de conceber a sexualidade feminina ocorridas no interior do discurso Iluminista a partir do final do século XVIII. Segundo a autora, a mulher passa a ser percebida a partir deste período como um ser possuidor de menor desejo sexual do que o homem, sendo contudo menos racional, idéia ratificada na época pela biologia. Por esta razão, estaria ela muito mais sujeita ao descontrole, demandando uma supervisão constante por parte dos médicos e da sociedade. Outra mudança importante com relação à forma de compreensão das mulheres, que se dá também neste período, relaciona-se à descoberta de que o prazer feminino não seria necessário à procriação. Ao mesmo tempo são firmadas socialmente as funções prioritárias para a mulher como mãe e esposa. Deste modo passam todas as mulheres a ser compreendidas como portadoras de grande responsabilidade, sendo vistas como a base da sociedade, guardiãs da moral e da família.

---

Também, segundo Andrade, haveria diversas formas de manifestações mentais da histeria, divididas segundo ele em quatro graus. Estas manifestações poderiam variar desde ligeiras modificações das faculdades afetivas até a loucura histérica que poderia culminar em uma demência (Andrade, 1888: 48 apud Rohden, 2000).

A mulher ninfomaniaca se encontrava absolutamente fora dos padrões sociais estabelecidos e aceitáveis, era descrita como portadora de um desejo sexual exagerado e descontrolado. A ninfomania era caracterizada por uma ampla gama de comportamentos que iam desde um olhar lascivo até um *ataque sexual* a um homem. Segundo Groneman (1994 apud Rohden, 2000, 154), a sintomatologia era bastante extensa: envolvia flerte, adultério ou até mesmo o mostrar-se mais apaixonada pelo marido, uso maior de perfumes e adornos, ou ainda a masturbação e o homossexualismo. Ademais, alguns médicos, segundo a autora, localizavam a ninfomania como sendo uma doença que acometeria preferencialmente as mulheres louras, viúvas, virgens e adolescentes. A ideia prevalente era a de que as mulheres estariam freqüentemente sujeitas a perturbações físicas e mentais, sendo especialmente vulneráveis no período das *crises* mensais, quando enfrentariam o perigo potencial de restabelecimento do equilíbrio interno, depois da perda mensal do sangue menstrual (Groneman, 2001).

Os debates médicos da época externalizavam o temor de que esta perturbação fosse hereditária. Juntamente com tal temor, surge também uma divisão no interior do discurso médico entre ginecologistas, alienistas e frenologistas com relação à origem deste distúrbio.

Os ginecologistas privilegiavam os ovários e as possíveis desordens menstruais como sendo a origem das doenças mentais e perturbações femininas, destacando-se dentre elas a ninfomania. Já os neurologistas, os anatomistas e os frenologistas propunham o cérebro e seu funcionamento como o órgão principal na etiologia das doenças mentais. O campo estaria aberto então aos debates e aos novos tratamentos propostos. Se por um lado o que era sugerido pelos neurologistas como tratamento (dietas e drogas farmacêuticas) não oferecia grandes avanços com relação à cura, os ginecologistas propunham o que consideravam definitivo – a cirurgia (Groneman, 2001).

No que diz respeito aos debates ocorridos na época, estes se revelaram bastante profícuos, trazendo ao campo diferentes posições e formas de tratamento. Os neurologistas e alienistas buscavam a etiologia da ninfomania no cérebro e fibras nervosas, discordando, de modo geral, dos ginecologistas. Não conseguiram porém comprovar nas autópsias a sua tese, pois não eram encontrados quaisquer indícios nos tecidos nervosos que dessem pistas de que o sistema nervoso se constituísse como a origem destas perturbações femininas. Os alienistas preconizavam um tratamento moral: a internação em instituições que visassem o cuidar através da inserção dessa mulher em um ambiente agradável. Já os frenologistas, que acreditavam que as mulheres portadoras de ninfomania não possuíam cerebelo,

propunham que as medidas e as proporções do crânio seriam determinantes na origem desta doença.

Por outro lado, os avanços da ginecologia confirmavam a origem das doenças femininas (físicas e mentais) nos órgãos reprodutores. Os tratamentos prescritos variavam desde banhos medicinais, duchas e bolsas com gelo na região dos genitais até a aplicação local de sanguessugas ou cauterização. Quando necessário *medidas drásticas* deveriam ser tomadas, como a cirurgia ginecológica para a remoção dos órgãos genitais. Este método, considerado controverso atualmente, era na época a cura radical para uma condição supostamente herdada. Propagava-se uma teoria que afirmava o fato de que as características *imorais* adquiridas em uma geração passariam para a geração seguinte, tornando-se portanto inatas (Groneman, 2001).

Groneman (2001) aponta que a partir desse período cresce a convicção de que a ovariectomia traria inúmeros benefícios para a saúde feminina. Esta cirurgia se torna bastante propagada, passando a ser indicação freqüente como forma de tratamento. A autora salienta o quanto esta *firme crença* acabou por levar à extirpação milhares de ovários saudáveis nos últimos trinta anos do século dezenove. As indicações que justificavam tal procedimento cirúrgico variavam entre ninfomania, histeria, dismenorréia, epilepsia, insanidade ovariana e todos os tipos de doenças femininas indefinidas. Um outro tipo de cirurgia é apontado por Groneman como sendo também indicado, embora de modo menos freqüente, para controlar o que se considerava como sendo doenças sexuais: a cliteridectomia.

É importante ressaltar o quanto a mulher vai sendo gradativamente constituída como foco preferencial da medicina no final do século XVIII e durante o século XIX. Também os homens eram então submetidos aos cuidados terapêuticos oferecidos pelo saber médico da época, como sangrias, purgantes e dietas. Uma diferença contudo era imposta: os problemas masculinos não eram relacionados exclusivamente aos órgãos genitais dos homens, e a cirurgia radical não se apresentava como uma indicação terapêutica freqüente como acontecia no caso das mulheres. Apenas estas eram portadoras de uma condição instável e patológica única, segundo a qual a sexualidade feminina seria definida como uma doença – elas seriam portanto doentes por serem mulheres.

#### **2.4 - A substancialização do feminino do útero para os ovários: a questão hormonal**

A partir do final do século XIX e início do século XX pode ser observada uma mudança no referencial do que seria uma substancialização do feminino do útero (histericização) para os ovários e consequentemente para os hormônios produzidos por eles. Os avanços trazidos para a medicina pelas pesquisas científicas deram aos ovários uma posição de órgão determinante da natureza feminina. No final do século XIX, os médicos (no Brasil, Europa e EUA) passam a prestar maior atenção ao funcionamento dos ovários e na sua influência na economia corporal feminina. A ovariectomia se torna objeto de questionamento e debates no meio médico, uma vez que a extirpação deles implicaria em uma desfeminilização da mulher (Moscucci, 1996 apud Rohden, 2000: 197).

É então atribuída uma nova etiologia às doenças femininas: os ovários e suas secreções internas. Diante das novas descobertas sobre a importância dos ovários para o funcionamento do organismo da mulher como um todo, a menopausa, seus transtornos e desequilíbrios, são então compreendidos como uma deficiência nestes órgãos. Sintomas como aumento de peso, calores, insônia, dores, perda do desejo sexual, aquisição de características masculinas e importantes modificações no sistema nervoso se tornam passíveis de alívio através de um tratamento de reposição das substâncias que os ovários teriam deixado de produzir (Rohden, 2000: 126).

Interessante a mudança nos horizontes neste período com relação à compreensão das causas assim como quanto aos tratamentos das perturbações físicas e mentais nas mulheres: da preconização da cirurgia e extirpação dos genitais à indicação de reposição de substâncias produzidas pelos ovários, e até mesmo à sugestão de enxertos, implantação de ovários em casos de castração ou deficiência destes órgãos (Ribeiro, 1922 apud Rohden, 2000: 197).

Segundo Rohden (2000), a insuficiência ovariana e as questões hormonais vêm ocupar de forma significativa os debates médicos, possibilitando a partir de então o surgimento de uma nova especialidade médica: a endocrinologia. Os ovários são percebidos como fundamentais, sendo os responsáveis pela transformação da menina em mulher. As descobertas realizadas no início do século XX com relação à importância das substâncias produzidas pelos ovários abriram caminho para o que décadas mais tarde (em especial a partir do final da década de 70) se constituiu como um dos recursos mais eficazes, segundo a medicina, para a profilaxia e o tratamento dos sintomas e transtornos causados pelo climatério no funcionamento do organismo da mulher: a terapia de reposição hormonal.

Rohden (2000: 197) observa a recorrência do tema insuficiência ovariana e dos tratamentos preconizados (dos enxertos até as medicações que pudessem substituir as substâncias produzidas pelos ovários) nas teses e trabalhos publicados no meio médico<sup>29</sup> até a década de trinta.

A compreensão do papel dos ovários e de sua importância na determinação das características femininas vem promover uma mudança também na forma como a mulher é percebida na menopausa. Esta passa então a ser cada vez mais compreendida não apenas como alguém que perdeu a capacidade de procriar, mas como quem perde a sua feminilidade, passando a ser menos mulher, a partir de uma diminuição significativa das substâncias produzidas pelos ovários: os hormônios.

\* \* \*

Neste capítulo, abordou-se o quanto, na compreensão científica do final do século XVIII e ao longo do século XIX as mulheres eram passíveis de serem acometidas por uma série de diversas perturbações e desordens ao longo da sua vida, dentre elas a loucura. Acompanhou-se a análise já desenvolvida da loucura feminina e de sua relação com o sexo, com a reprodução e a maternidade, assim como ressaltou-se a tendência na época em buscar explicações na hereditariedade e na predisposição a determinadas perturbações mentais. Mostrou-se também o papel crucial da vigilância no processo de educação das mulheres, uma vez que se concebia a idéia de que a atividade intelectual<sup>30</sup> assim como qualquer engajamento em atividades que envolvessem a esfera pública de política e trabalho, poderia se tornar extremamente prejudicial à saúde física e mental do sexo feminino. Neste contexto assinala-se a importância assumida pelo médico, guardião e norteador do processo educacional das meninas e também aliado e orientador da vida das mulheres.

<sup>29</sup> Souza, em 1904, propõe duas formas de tratamento para a insuficiência ovariana (que poderia ser também causada pela menopausa). O primeiro seria um método denominado por ele como indireto: a recomendação do casamento ou do exercício de atividades sexuais, com o objetivo de estimular os ovários a exercerem suas funções. O segundo método, mais direto e seguro, seria a opoterapia ovárica. Consistiria na indicação de medicamentos extraídos de ovários de animais e que eram disponibilizados em três opções a serem escolhidas pelo médico de acordo com cada caso: os ovários crus, o líquido ovárico e a ovarina ou ovário dissecado (Rohden, 2000: 196).

<sup>30</sup> Havia na época uma tendência geral em desqualificar qualquer manifestação de habilidade intelectual nas mulheres, uma vez que este tipo de habilidade era considerado fora do âmbito do feminino. É exemplar o que ocorria com relação ao período menstrual, quando a mulher era considerada *fora* de seu estado normal: manifestações de talento, instrução, uso de formas de linguagem requintadas poderiam até mesmo ser reconhecidas, mas eram analisadas e circunscritas a um tipo de manifestação mais exaltada da personalidade e relacionadas a mudanças que seriam próprias do período menstrual e portanto momentâneas (Rohden, 2000: 164).

O panorama aqui apresentado oferece algumas pistas fundamentais necessárias para se compreender melhor a produção médica mais recente em torno da mulher e da menopausa. Como será possível perceber, muitos dos argumentos sobre a mulher e seu papel social presentes no discurso médico, pelo menos desde o final do século XVIII, continuam tendo repercussão ainda hoje.

## III

## PERSPECTIVAS ANALÍTICAS SOBRE GÊNERO, ENVELHECIMENTO E SUAS RELACÕES COM O CLIMATÉRIO

No mundo ocidental moderno, a biologia e a medicina têm fornecido uma visão hegemônica dominante a respeito do corpo, da saúde, da doença e dos padrões de comportamento. Tal postura é calcada na hipótese da existência de um substrato orgânico, de uma base corporal, que será responsável, assim como determinará em última instância os eventos físicos ou psíquicos que possam ocorrer em homens ou mulheres. Dentro desta visão que prioriza o funcionamento biológico, estariam ausentes as influências socio-culturais e também a história de vida de cada pessoa. A bagagem histórica e socio-cultural de cada um tem sido cada vez mais subsumida à herança biológica, ao potencial genético e às trocas fisiológicas e que irão em última instância, dentro da visão biomédica, determinar a atuação do ser humano. Essa perspectiva tem sido evidenciada por uma série de estudos que têm tratado de temas como corpo, doença, gênero e envelhecimento.

\* \* \*

### 3.1 Diferentes Visões sobre Corpo e Adoecimento

O paradigma biológico predominante nas sociedades ocidentais, parte do modelo biomecânico para buscar uma concepção do funcionamento corporal<sup>31</sup>. Tal concepção, baseada no modelo de um corpo-máquina, irá determinar a preeminência das explicações fundamentadas nas questões puramente biológicas (hormonais, genéticas, etc) para o adoecimento, assim como a direção a ser tomada quanto aos procedimentos terapêuticos e, mais ainda, quanto ao que seria o adoecer e as possibilidades de cura.

A partir desta visão biomédica, se impõe uma perspectiva analítica que obedece ao princípio da universalidade, a uma naturalização e uniformização das explicações para os fatos comuns e cotidianos dos organismos e sociedades.

Embora a base a ser pesquisada, o corpo humano biológico, possua um substrato universal que diga respeito a sua anatomia e fisiologia, é de importância fundamental a contextualização das relações deste corpo com o meio social. Trata-se de priorizar o estudo

<sup>31</sup> Diferentemente do que ocorre nas sociedades orientais, onde há uma concepção do corpo a partir de um parâmetro bioenergético, o que possibilita outras formas de práticas e recursos de cura. (Vieira, 2000: 19).

dos diferentes significados que os fenômenos biológicos irão assumir em cada sociedade, não perdendo de vista que os registros de normalidade e anormalidade são construídos e determinados a partir de valores específicos (Víctora, 2000: 11).

Uma análise realizada a partir de uma perspectiva antropológica traz a possibilidade de uma maior compreensão da ampla gama de registros que os campos da saúde, doença e gênero poderão assumir nas diferentes sociedades<sup>32</sup>.

Ceres Víctora (2000) chama a atenção para a necessidade de se considerar que cada sociedade possui códigos próprios para lidar com o estabelecimento de limites para a determinação de internalidade e externalidade do indivíduo, com os parâmetros do que seria ou não considerado normal ou ainda para estabelecer o conjunto de regras norteadoras para a utilização e cuidados com os corpos. Tais limites dizem da ordem simbólica utilizada para a apreensão e organização do real nestas mesmas sociedades<sup>33</sup>. Sendo assim, ainda que exista uma diferença biológica entre homens e mulheres, não é possível se falar de uma essência masculina ou feminina. Não se trata unicamente da existência concreta de corpos físicos e biologicamente distintos, mas sim de uma condição especial, particular, e que de acordo com os valores e normas próprios a cada cultura irá atribuir a estes corpos diferentes papéis referentes ao gênero masculino ou feminino (Víctora, 2000: 11, Vaitsmann, 1994: 15).

Víctora (2000: 15) aponta ainda para uma concepção corpo/mente predominante no Ocidente tendenciosa à produção de dois domínios. Um primeiro domínio seria o do corpo, objetivo, percebido como uma realidade factual e universal, e que se dá de forma independente das representações sociais, domínio que se constitui a área de estudo das ciências biomédicas. Um outro seria o da subjetividade, da mente, da alma, não percebido como um fato concreto, no qual estaria concentrado o interesse de análise da religião, da psicanálise e das psicologias. Nesta seara o objeto de estudo seria a ampla gama de variação nas formas de compreensão do que é o corpo e de como os grupos sociais constroem sua relação com este mesmo corpo. Esta dicotomia, segundo Víctora, vem implicar diferenciação quanto à atribuição de valor a estes domínios; na sociedade

<sup>32</sup> Tal postura antropológica relativizadora tem possibilitado a realização de profícuos estudos, como tem sido exemplificado por Heilborn e Brandão (1999), Víctora e Knauth (2000), Vaitsmann (1994), Martin (1989, 1986), Jenkins (1994) e Hita (1998).

<sup>33</sup> Víctora (2000) sugere em sua análise que as experiências de tempo e espaço, assim como a composição da unidade doméstica e as relações de gênero, se apresentam fundamentais para a concepção que os diferentes grupos irão ter com respeito aos limites corporais. Segundo a autora, em grupos onde predomina a noção de um corpo privado, irão prevalecer as representações corporais da biomedicina.

ocidental, observa-se um maior reconhecimento e valorização do corpo biológico concreto<sup>34</sup>

A diversidade nas relações com o corpo assim como os significados atribuídos a ele, mostram a complexidade que envolve os papéis de gênero e o questionamento quanto ao que seria considerado natural ou adoecimento. As marcas corporais inscritas por cada sociedade nos indivíduos, assim como a mediação do real pelo simbólico, abrem uma ampla gama de variações (físicas, estéticas e comportamentais) que dirão do pertencimento do indivíduo em questão a uma determinada classe, posição social, faixa etária ou etnia. A produção simbólica do adoecimento ocorre de forma particular em cada grupo social-cultural, e isto independe do fenômeno biológico. Os diferentes universos relacionais (temporais, biológicos, sociais, individuais e coletivos) através dos quais cada grupo cultural irá compreender, definir e objetificar o que é ou não doença é que irão determinar as escolhas e as possibilidades dos procedimentos terapêuticos (Vickora, 2000: 20-21).

Focalizando mais especificamente a questão do climatério, mostra-se possível a realização de uma análise que irá conduzir, não a uma visão unificada e universal sobre este período, mas sim que venha possibilitar a construção de uma postura mais relativizadora. Uma análise pelo viés sócio-antropológico será capaz de iluminar a relação entre o que venha a ser natural, fisiológico, e entre o que possa ser considerado culturalmente determinado, ou ainda adoecimento, nesta fase da vida feminina

### 3.2 Envelhecimento e Climatério

O processo de envelhecimento e as diferentes formas como é compreendido mostra-se bastante útil como um parâmetro de análise do período do climatério. O envelhecimento não implica apenas uma etapa de vida definida somente através do corpo biológico em uma trajetória linear e unidirecional. Segundo Minayo (2000) os processos biológicos sofrem uma apropriação e uma elaboração simbólica geradoras de sentidos sociais e políticos.

Ultrapassar a tendência a uma visão naturalizada e biologizante das experiências humanas se impõe como fundamental para o pensar sobre o ser humano em suas diferentes etapas de vida.

---

<sup>34</sup> Entre os trabalhos sobre este tema pode ser citada a obra de Marcel Mauss, como um pioneiro nesta linha de análise. Mauss marca a relevância das *técnicas corporais*, ou seja “as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos” (Mauss, 1974, 211).

A trajetória humana não sofre apenas implicações genéticas e biologizantes. No entanto observa-se uma crescente tendência, em especial no discurso biomédico, em priorizar a idéia de que as causas, os motivos para os fatos do humano residem nos seus órgãos, em seus hormônios e em sua bagagem genética. Como Guedes (1999) analisa, as diversidades psicológicas, sociais e culturais passam a ser apêndices, inscritos em um corpo geneticamente determinado em sua trajetória.

A autora aponta ainda que:

u.

(...) A visibilidade e concretude das alterações físicas sofridas pelos seres humanos nas suas trajetórias de vida não constituem, em si mesmas, a *velhice* como parte das trajetórias “normais” dos seres humanos. Pois se nem todas as sociedades separam o curso da vida deste modo e se nem todas têm uma etapa que chamam *velhice*, é possível supor que o processo de realimentação entre natureza, cultura e sociedade se passe de formas diversas. Nesse sentido, embora os homens tenham basicamente as mesmas potencialidades e limitações biológicas, em cada sistema sócio-cultural elas serão vividas de modo tão diverso que suas implicações serão sensivelmente diferentes. (Guedes, 1999, 88)

O envelhecer se dá em torno de uma construção social do corpo e das experiências vividas por ele, sendo assim neste contexto a *velhice* não se apresenta como uma realidade fixa biológica e universal. A idéia de uma universalidade e uniformidade para a fase da *velhice* é contestada também por Featherstone (2000), que aponta para os valores que são construídos historicamente e culturalmente.

Uma questão se evidencia, a da finitude do corpo e sua limitação biológica. Tal finitude é explicitada por meio de marcas e sinais que irão gradualmente configurar um corpo percebido como em degeneração. Para Featherstone e Hepworth (2000), um dos desafios fundamentais de nossa sociedade contemporânea ocidental seria a aceitação de um corpo em degeneração e o lidar com a finitude da vida.

Na história do envelhecimento no Ocidente, superestima-se a juventude, atribuindo-lhe valor positivo, enquanto prevalece uma atitude de repulsa e medo frente à degeneração física que acompanha a *velhice*. Featherstone e Hepworth (2000) analisam, que apesar desta situação de medo e repulsa, a partir do final do século XX gradativamente tem surgido uma nova ideologia do envelhecimento, segundo a qual não ocorre um aprisionamento a experiências passadas e o desenvolvimento é compreendido como um processo que se estende por toda a vida. Sendo assim, pode ser observado nos atores deste processo um esforço no sentido de buscar uma participação mais ativa nesta fase da vida, descobrindo novas fontes de poder e força pessoais. A fase da “meia idade”, que na mulher

se mostra marcada por todo um conjunto de signos e crenças que acompanham o climatério. requer não somente a aceitação de um corpo em modificação e degeneração biológica. Chamo a atenção neste ponto para o quanto algumas concepções referentes a “meia-idade” e que irão falar de perdas (beleza, sensualidade, capacidade produtiva.etc.) são socialmente construídas, devendo portanto ser relativizadas e questionadas. Em tais concepções são usualmente encontradas marcas definidoras da mulher na meia idade como portadora de uma debilidade não apenas física, mas também social e psicológica. É relevante ressaltar que embora exista uma base biológica limitada, o que será construído culturalmente sobre esta base se apresenta sempre aberto a novas reinterpretações

Diferentes análises com relação à materialidade e finitude do corpo humano se apresentam ao campo das ciências sociais. Segundo Featherstone e Hepworth (2000), em alguns autores como Norbert Elias (1985), embora a base biológica da velhice e a inevitabilidade da morte sofram diferentes leituras de acordo com a influência sofrida pela civilização, estas ainda são compreendidas como fatos naturais

Já de forma diversa é construída a relação corpo/cultura segundo a visão de Katz (1996 apud Featherstone, 2000), para quem o corpo é visto em separado da biologia e inserido totalmente no cenário cultural que o constrói. Katz (1996) propõe que embora não haja contestação das limitações biológicas do corpo humano, este não é compreendido como um limite físico, mas sim enquanto circulação de poder. Sendo assim, o envelhecimento e a morte assumiriam diferentes formas discursivas de acordo com o corpo de conhecimentos que se apresentem no momento como determinantes, os quais serão capazes de moldar a compreensão que um grupo social passará a assumir com relação a eventos como envelhecimento e morte. A associação do envelhecimento à degeneração, à desvalorização e à morte seria então não a única, mas uma das formas discursivas possíveis.

Ainda segundo Katz (1996 apud Featherstone, 2000), o corpo de conhecimentos que molda atualmente nossa compreensão sobre a velhice se apresenta bastante influenciado por interesses de grupos como os de profissionais de medicina geriátrica. Tais profissionais tomariam para si o direito à legitimação de um certo conhecimento e conseqüentemente ao controle sobre uma camada da população em processo de envelhecimento. O corpo em envelhecimento, aponta o autor, se apresenta como um espaço polissêmico e sempre aberto a questionamentos e a novas interpretações. Logo, sendo assim, a idéia moderna de que o corpo em envelhecimento estaria morrendo seria mais um dos discursos possíveis sobre este corpo, desta vez imposto pela biomedicina. Nesta forma discursiva a velhice se

tornaria uma forma de patologia, sendo o corpo em processo de envelhecimento um objeto de medicalização (Featherstone, 2000).

No que se refere à forma através da qual a biomedicina torna o corpo uma realidade medicalizada e a velhice uma patologia, Katz (1996 apud Featherstone, 2000) argumenta:

(...) a medicina tirou o corpo do contexto, situando-o biologicamente em termos do tempo e do espaço. No tempo, o corpo ganhou uma existência relativamente fixa, indiferente ao contexto moral, social ou ambiental da pessoa. No espaço, o corpo tornou-se uma rede fixa integrando células, tecidos, órgãos e sistemas circulatório, respiratório e digestivo. Num segundo plano, a medicina revestiu o corpo de significados da velhice por meio de uma série de técnicas de percepção que equiparavam doença patológica, degeneração e incapacidade à normalidade do corpo envelhecido. Os atributos da velhice e do corpo envelhecido tornaram-se indicadores seguramente estabelecidos dos estados supostamente normais/patológicos de cada um. (1996 apud Featherstone, 2000, 114)

Traçando um paralelo com o tema desta dissertação, pode-se observar que no caso da mulher, a meia idade, percebida como o ingresso no período de envelhecimento, se torna uma questão bastante delicada. A meia idade, que no sexo feminino coincide com a menopausa/climatério, pode, de acordo com o corpo de conhecimentos aplicados, vir a ser compreendida como um período duplamente patológico em função dos seguintes fatores: por estar ocorrendo em uma mulher (considerada no discurso biomédico como potencialmente patológica), pelo fato de esta mulher estar envelhecendo (o que traria mudanças nos papéis socialmente exercidos e, de acordo com o grupo social, perda de status).

A construção social do corpo humano segue um curso singular e pessoal. Neste, o físico e o biológico se inserem de diferentes formas, modelados por diversas interpretações e delegações de sentido que operam no interior de cada cultura (Featherstone, 2000). Sendo assim, a compreensão da menopausa/climatério como um marco da meia-idade se apresenta também passível de sofrer outras atribuições de sentido para além daquela que a conforma como um momento patológico em que finaliza a capacidade reprodutiva na mulher.

A ideia de uma maior vulnerabilidade da mulher na velhice e conseqüentemente uma maior probabilidade de vir a sofrer episódios a partir da meia idade descritos como crises tem sido alvo de interessantes análises. Autores como Alves (2002) e Debert (1994) realizaram estudos que irão tomar rumos diferenciados em relação a alguns estereótipos já naturalizados

Debert (1994), em texto intitulado “Gênero e Envelhecimento”, aponta para duas posições distintas quanto à concepção da relação da experiência feminina com o avanço da idade. Segundo ela, alguns autores como Streib (1975) e Rodhes (1982) ressaltam a dupla vulnerabilidade da mulher na velhice, que sofreria discriminação: por ser mulher e idosa. Eles apontam o quanto, em quase todas as sociedades, a mulher é valorizada por seu papel reprodutivo e pelo cuidado com a prole. A passagem de um período fértil, reprodutivo, a um período não fértil na mulher (cujas marcas são o climatério e a velhice) vem acompanhada por uma série de eventos frequentemente associados a perdas, não apenas relacionadas a mudanças no meio familiar e a transformações físicas, mas também relativas a uma queda no poder aquisitivo, o que traz um agravamento no seu isolamento e dependência.

Debert (1994) também faz referência às análises de Good (1976), Brown (1982) e Keith (1990), que compartilham outra posição. O olhar que repousa sobre o envelhecimento da mulher, é mais otimista: a velhice feminina seria mais suave do que a masculina. Alguns pontos contribuiriam para este fato, como a existência de vínculos afetivos mais intensos entre as mulheres e seus filhos, o que traria uma maior disponibilidade destes em cuidar delas. Por outro lado, os controles exercidos socialmente sobre as mulheres seriam afrouxados, uma vez que elas não deteriam mais a função procriativa. Também as mudanças drásticas ocorridas no organismo da mulher como a gravidez, a lactância e a menstruação possibilitariam a ela o desenvolvimento de mecanismos para um melhor enfrentamento das transformações trazidas pelo envelhecimento.

Debert (1994) argumenta que o envelhecimento é uma experiência radicalmente distinta para homens e mulheres. Haveria um processo de reconstrução de identidade permitido por todo um conjunto de práticas concretas relativas ao cotidiano de homens e mulheres. Esta constatação conduziria a uma desconstrução da identidade da velhice como sendo uma fase fixa, naturalizada e igualitária. Com relação à mulher, se delineia uma nova sensibilidade quanto à compreensão da velhice, que é muitas vezes percebida como um momento de maior satisfação para ela, uma vez que estaria liberada de papéis sociais podendo então se dedicar mais à realização de projetos pessoais. Esta nova sensibilidade viria a se contrapor ao discurso preconizado nas revistas direcionadas ao público feminino, em que as transformações físicas causadas pelo envelhecimento são descritas como uma batalha a ser travada pelas mulheres. Uma série de cuidados é recomendada ainda por tais

publicações, devendo ser seguidos desde a juventude por todas as mulheres (Pires, 1993 apud Debert, 1994)<sup>35</sup>

De modo geral, assinala ainda Debert, para as mulheres o envelhecer traz concomitantemente ao processo de perdas indesejadas uma maior independência e liberdade. Há também segundo ela, uma oposição entre a representação da velhice para as mulheres de gerações anteriores e a atual. Enquanto antes, segundo a autora, a velhice é fortemente marcada nas representações pessoais como um período de dependência e ausência de projetos de vida e de realização pessoal, no modelo atual a autonomia e a liberdade se afirmam cada vez mais como valores importantes.

Ainda com vistas a refletir sobre a questão de gênero e envelhecimento, tomo como referência a abordagem de Alves (2002), que irá utilizar como balizadores de sua análise os conceitos de fragilidade e vulnerabilidade. Alves (2002) aponta que de modo relativamente freqüente a velhice feminina tem sido descrita por diversos autores como um período em que há maior probabilidade de a mulher passar por momentos de crise, época marcada por uma fragilidade especial acarretada pela própria “condição feminina”<sup>36</sup>. Constata-se aqui mais uma vez como tem se estabelecido gradativamente a partir do século XIX o quanto a mulher vem sendo definida como um ser potencialmente patológico por conta de sua condição biológica.

A mulher, a partir do período da meia idade, estaria mais propensa a maior fragilização e vulnerabilidade. Alves (2002) descreve como fragilização um processo que irá conduzir o sujeito a uma maior desproteção com relação a influências de outros eventos. Tal processo corresponderia a um enfraquecimento físico e/ou psíquico que predisporia, no caso a mulher em processo de envelhecimento, a sofrer mais, a estar mais vulnerável a acontecimentos que venham perturbar seu equilíbrio físico ou mental. A vulnerabilidade, como Alves (2002) aponta, dirá respeito também ao modo pelo qual cada indivíduo será capaz de responder às condições potencialmente fragilizadoras de nosso meio. Sendo assim, o significado atribuído pelo sujeito aos eventos é que irá determinar a capacidade que eles terão de afetar e influenciar a vida deste mesmo sujeito.

Com relação ainda à “experiência fragilizadora”, Ilita (1998) a define como um processo que irá remeter à presença de um “eu” constituído através da experiência, que

<sup>35</sup> Conforme é analisado por Pires, 1993 em pesquisa realizada na UNICAMP (Universidade de Campinas), com o título “O Envelhecimento e as Revistas Voltadas para um Público Feminino” e que mostra as diferentes imagens do envelhecimento na mulher que são produzidas nestes periódicos.

<sup>36</sup> Erikson e Kivnick (1986) e Lock (1993) identificam a velhice como um momento de grande fragilização nas mulheres tanto pelas suas condições biológicas quanto pelas multideterminações sociais que sustentam a sua identidade (apud Alves, 2002).

será capaz de agir, sofrer e conferir sentido ao mundo. A idéia de processo traz a temporalidade como um importante analisador, evidenciando as histórias de vida de cada sujeito, e no caso do climatério, da mulher com suas formas peculiares de interpretar, delegar significados e conviver com as situações do cotidiano.

Também Alves (2002) destaca a idéia de processo no papel das narrativas que irão constituir o sujeito. Para proceder a esta análise, parte de um referencial no âmbito das ciências sociais, propondo a possibilidade de serem destacadas aí duas posições analíticas. Estas posições diriam respeito à inter-relação mulher, envelhecimento e saúde mental e tenderiam a sofrer influência predominante da biologia ou da sociologia.

No interior das interpretações biologicistas, serão encontradas as explicações fundamentadas em teses que conceituarão a mulher como um ser mais suscetível aos problemas mentais por conta de sua natureza física. Tal susceptibilidade estaria relacionada às oscilações hormonais ocorridas no organismo da mulher ao longo de sua vida, decorrentes das questões reprodutivas, em períodos como os da menstruação, gravidez, parto e menopausa<sup>37</sup>.

Já com base em uma leitura de linha mais sociológica se destaca o interesse pela influência do papel e do lugar que a mulher ocupa em um determinado meio social, lugar que envolve muitas vezes discriminação e exclusão social e que seria o responsável pela maior vulnerabilidade da mulher ao sofrimento psíquico, ao nervoso. Alves aponta nesta linha de argumentação, dentre outros, os estudos de Brown (1978) e Milles (1988).

Embora se fundamentem em argumentações diferentes, tanto na linha de análise mais sociológica, quanto na que tende a explicações calcadas na biologia, Alves assinala um ponto em comum - elas comungariam quanto à forma de tratar as questões da mulher. Com relação ao tratamento de tais questões as causas seriam tomadas como fenômenos *a priori*, sem buscar a forma pela qual o sujeito as apreende. A atribuição de sentido pelo sujeito aos acontecimentos de sua vida se apresenta, segundo Alves (2002), como de fundamental importância para uma compreensão mais ampla das relações entre este sujeito, no caso a mulher, e a sua saúde mental. Segundo o autor é necessário que se atribua atenção às experiências ocorridas ao longo da trajetória de vida e ao modo pelo qual elas são reconhecidas e adquirem significação por parte dos sujeitos. A forma através da qual estes

<sup>37</sup> O autor cita como exemplo desta linha de argumentação o trabalho de Stephens, de 1962: *The Oestropus Complex*, que atribui a causa dos problemas próprios às mulheres às causas biológicas e objetivas. Tal obra foi alvo de críticas como as de Chesler (1972) e Russel (1995), que apontam para uma produção da medicina com relação a tais questões aliada a fortes interesses farmacêuticos e também para uma certa rotulação de patológicos apenas os problemas femininos, quando os masculinos, ainda que se apresentem nos mesmos padrões, não seriam classificados como tal.

sujeitos irão responder aos acontecimentos de seus cotidianos irá nos dizer do modo pelo qual serão fragilizados e vulnerabilizados, se em maior ou menor grau.

Além da significação particular atribuída por cada um aos fatos e que se constitui de grande importância para um entendimento mais amplo dos sujeitos, Alves (2002) aponta para o fenômeno social, para a experiência como um fator organizador das representações destes sujeitos. O fenômeno social se apresenta como um dado que ultrapassa a soma de subjetividades ou de uma realidade subjetiva, como é sublinhado por Alves (2002):

(...) O conceito de experiência expressa uma preocupação de problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo, o que nos remete às idéias de consciência e subjetividade, mas também, e especialmente, de intersubjetividade e ação social (Alves, 2002: 159).

O papel das narrativas é também alvo da análise de Alves (2002). A narrativa se apresenta como uma dimensão rica que serve de eixo para a relação entre o sujeito e o contexto, a fim de que se chegue à atribuição de significados. Através do processo narrativo o sujeito e a ação se constituem mutuamente, de tal forma que ao narrar um evento o sujeito se revela por meio das ações que ele próprio empreendeu. Por outro lado, estas ações são requisitos necessários ao desenvolvimento do próprio personagem, ou seja, do sujeito que narra. Uma análise das narrativas de mulheres a partir da meia idade e idosas pode revelar-se bastante útil no sentido de apontar para o fato de uma não universalidade dos eventos que tenham sido previamente qualificados como fragilizadores em potencial para a condição feminina. A escuta destas narrativas, segundo Alves (2002), irá possibilitar o acesso ao modo próprio de ser no mundo destas mulheres.

### **3.3 Diversidades culturais na percepção do climatério/menopausa**

Uma análise sócio-antropológica do climatério mostra-se bastante útil no sentido de contribuir para trazer à luz a idéia de que este período é concebido não somente por meio de modificações específicas na estrutura do corpo feminino e na sua fisiologia. A comparação dos acontecimentos, impressões, ações e sentimentos que acompanham as mulheres nesta fase será importante para elucidar as diferentes construções possíveis entre um corpo em transformação e o meio sócio-cultural. Trata-se de uma abordagem sob o ponto de vista do construcionismo social, que irá estudar as questões relativas a corpo, doença e sexualidade de forma a problematizar a visão de uma naturalização e universalização dos fatos. É preciso ressaltar aqui que a abordagem sócio-antropológica

não pretende ignorar a corporalidade, irá contudo dedicar uma importância maior as inscrições realizadas no corpo pelas diferentes sociedades. O corpo permaneceria desta forma como *uma espécie de substrato ao qual a cultura se superpõe*, alternando, modelando os comportamentos, as experiências e seus significados (Heilborn, 1999: 10)

Como foi abordado anteriormente, a visão da biomedicina classifica, naturaliza e universaliza o climatério, não apenas como uma época de mudança e transição da mulher de um período fértil a um não fértil. A biomedicina tem definido o corpo da mulher no climatério como o lugar da falta, a falta do hormônio estrogênio. Esta ocorrência, segundo o discurso médico, poderá acarretar um adoecimento, um prejuízo à saúde da mulher, trazendo problemas que irão atingir desde a parte óssea (osteoporose), coração (problemas cardio-vasculares) até o psiquismo (ansiedade e depressão) (Blumel, 1988, Favarato e Aldighi, 2001).

Embora a menopausa/climatério ainda não se apresente como um tema muito frequente nos estudos antropológicos, podem ser citados alguns trabalhos que colaboram para evidenciar os diferentes perfis, marcando o simbolismo bastante peculiar que este período irá assumir de acordo com o grupo cultural que a ele subjaz. Nesta linha antropológica podem ser citadas as pesquisas realizadas por Davis (1986), Beyene (1986), Lock (1986 e 1988), Flint (1975) e Reis (2000), como será visto a seguir. Partindo-se de algumas pesquisas realizadas pelos autores citados, chamar-se-á a atenção para as diferenças culturais quanto às formas de compreensão, experiência e relato sobre o período do climatério e a menopausa. Tais análises trouxeram importantes contribuições, marcando a relevância das diferenças sociais, culturais e históricas para a definição do que seria a menopausa/climatério.

Ali explicita-se de forma bastante clara que, embora haja uma condição física, biológica, comum, referente às modificações ocorridas na fisiologia da mulher neste período, tal fato não se apresenta como suficiente na determinação dos eventos do climatério/menopausa. Como será relatado a seguir, não existe um único perfil da mulher no climatério, mas tantos quantos os diferentes grupos sociais. Serão estas influências, as características históricas e culturais, assim como as trocas que as mulheres irão estabelecer a partir de suas próprias trajetórias de vida que irão delinear as “ocorrências” do climatério, não devendo os acontecimentos ser atribuídos apenas às mudanças hormonais. Como Emily Martin (1989) aponta, o discurso biomédico sobre a menopausa não é o único, nem o mais verdadeiro, e sim mais um dos discursos possíveis para definir esta fase da vida da mulher

Yewouedar Beyene empreendeu, em 1986, uma pesquisa com mulheres no período do climatério abarcando duas comunidades: os Mayan, indígenas Mexicanos (Yucatan), e os habitantes da Ilha de Evia (Grécia). Segundo a autora, apesar da distância geográfica entre as duas populações escolhidas, alguns pontos puderam ser destacados como sendo comuns a ambas as comunidades. O primeiro diz respeito aos hábitos alimentares, que vieram a atuar com um importante papel na prevenção da osteoporose (frequentemente relacionada ao período da pós-menopausa), uma vez que foram encontrados baixos índices desta doença nos dois grupos pesquisados. Um outro ponto em comum diz respeito à maior frequência de atividade sexual nas mulheres após a menopausa. Tal fato, segundo depoimento destas, é consequência de uma melhora no relacionamento conjugal, tendo em vista a ausência do risco de uma gravidez acidental.

Beyene (1986) marca ainda que serão importantes algumas diferenças entre as duas culturas no sentido de atribuir ao climatério uma significação positiva ou não. Na comunidade grega (Evia), embora haja um maior reconhecimento, uma maior atribuição de valor às mulheres após o climatério em função da idade, estas são obrigadas a seguir alguns preceitos pré-estabelecidos. Dentre estes preceitos podem ser destacados, por exemplo, o de abandonar o uso de vestimentas mais coloridas por outras confeccionadas em tonalidades mais escuras (preto, cinza). No entanto, mesmo havendo alguma diferenciação com relação ao vestuário, como um sinal indicador do ingresso na fase da velhice, e ainda que tenha sido relatada pela pesquisadora uma certa sintomatologia própria ao climatério (como por exemplo, os fogachos), este período não é percebido como indicador de patologias ou como um momento no qual estas mulheres venham a necessitar de acompanhamento médico.

Por outro lado, Beyene (1986) descreve também o quanto, para as mulheres mexicanas, (Mayan) pareceu não existir um universo de significação maior trazido pelo climatério. Para elas, fora a irregularidade e a posterior ausência de menstruação, não se percebia nenhuma outra sintomatologia (nem mesmo os fogachos) que viesse a relacionar o climatério a adoecimento e a patologias. Observou-se também entre as Mayan um momento bastante positivo: a partir do cessar da menstruação é vivenciam um maior sentimento de juventude e liberdade. Uma vez que a menopausa as afasta da possibilidade de uma gravidez acidental, o que pode em alguns casos trazer riscos e complicações à saúde, além dos encargos e responsabilidades advindos dos cuidados com a prole, estas mulheres se sentem livres e com maior possibilidade de realizar coisas que antes não lhes era possível.

Outro interessante trabalho de pesquisa realizado por Dona Lee Davis (1986) merece ser citado. Davis, de forma semelhante a Beyene (1986), pôde constatar em uma comunidade pesqueira no Canadá, Grey Rock Harbour, a relatividade da ligação entre o climatério e seu reconhecimento como sendo uma fase crítica na vida da mulher.

Davis relata que a população local não utiliza os termos *menopause* ou *climacter* para designar o climatério, referindo-se a este período como *the change*. A autora salienta que este termo se apresenta relacionado a fases de mudanças que ocorreriam nas mulheres de sete em sete anos a partir da menarca e que diriam respeito a um conjunto de significações peculiares sobre nervos e sangue. As modificações ocorridas a partir do climatério são, portanto, percebidas dentro deste contexto, não sendo patologizadas; além disso há o reconhecimento da amplitude de variações desta experiência no universo feminino.

Ainda utilizando o viés antropológico, Margareth Lock (1986, 1988 apud Reis, 2000), em um trabalho extenso tendo como foco a sociedade japonesa, realiza uma investigação a partir de uma amostra de 1738 mulheres, abrangendo diferentes camadas sociais, localidades e profissões.

Observa-se no relato destas mulheres a compreensão da menopausa como uma época de mudança. Lock (1986) cita o termo *konenki* (*the change of life*) como tendo sido utilizado para sinalizar a mudança que ocorre entre o período da maturidade (*chumenki*) e a velhice (*ronenki*). A este período de mudança (*konenki*) não é atribuída socialmente nenhuma importância maior, ao passo que o ingresso no *ronenki* (idade avançada) vem acompanhado de rituais que simbolizam a reentrada na infância, a alegria e a redução de tarefas e encargos sociais. Lock sinaliza ainda que em *konenki*, o prefixo *ko* significa um processo que envolve renovação, regeneração. A pesquisadora aponta para algumas conclusões interessantes que servem para corroborar a inexistência de um universo de significações único e naturalizado para o período do climatério.

Segundo Lock (1986 apud Reis, 2000), a pesquisa revelou ser a menopausa um acontecimento sem maior importância ou consequência na vida das mulheres pesquisadas. De modo geral, quando surgem queixas, estas tendem a ser atribuídas a um certo exagero e são relacionadas à falta de ocupação de algumas mulheres. Os sintomas, quando relatados, seriam semelhantes aos fogachos, embora não tenha sido encontrado um termo específico para designá-los. Lock aponta para o uso de três termos – *hoteri*, *nobose*, e *kyn na nekkam*, que em suas descrições se assemelhariam aos fogachos. A autora sugere ainda que a ausência da referência a este sintoma entre as mulheres japonesas pode estar ligada a uma

questão moral, envolvendo vergonha, uma vez que as sensações descritas pelos três termos são similares àquelas provocadas por bebidas alcoólicas. Com relação a uma possível sintomatologia, quando é referida, surgem queixas de dores de cabeça e no corpo, cansaço e alterações no sistema nervoso, como irritabilidade.

Ainda assim, Lock (1986) assinala que a menopausa e o climatério não surgem para as mulheres japonesas como um período importante, patologicamente marcado e que venha a demandar cuidados médicos específicos. Por outro lado o processo de envelhecimento surgirá de modo relevante nas mulheres, sendo relacionado ao medo de serem alvo do desinteresse masculino, em prol de mulheres mais jovens.

Em outro trabalho, ainda incluído nesta linha antropológica, Flint (1975 apud Reis, 2000) marca o caráter particular que o período do climatério assume nos diferentes grupos sócio-culturais. O autor realiza uma pesquisa em grupos pertencentes às sociedades africana, indiana e balinesa, descrevendo que para além de não terem sido encontrados relatos de sintomatologia e patologia específicas relacionadas ao climatério, este período é também repleto de aspectos vivenciados como bastante positivos.

Flint (1975) cita algumas situações nas quais as mulheres, ao ingressarem no período do climatério, passam a ocupar uma outra posição social que lhes traz inclusive algumas vantagens, como se verá resumidamente a seguir.

Na casta Rajput, Índia, as mulheres na pré-menopausa devem permanecer cobertas com véus e afastadas dos homens. A partir do evento da menopausa/climatério, passa a lhes ser permitida uma maior socialização e participação nas atividades que antes eram proibidas a elas. Também em Ulithi, na Micronésia, as mulheres no climatério se transformam em curandeiras, atingindo um patamar de respeito e consideração. Já em Bantu, África do Sul, Qemant, na Etiópia e em Bali, as mulheres na menopausa e pós-menopausa passam a ser autorizadas a participar de rituais sagrados. Tal fato lhes atribui grande honra e reconhecimento pela comunidade, o que não seria possível antes deste período.

O autor descreve a grande expectativa entre as mulheres nestas comunidades em torno desta fase. A razão para tal se baseia no fato de que as mulheres destas comunidades pesquisadas, ao ingressarem no período do climatério, passam a usufruir de uma série de vantagens que antes não lhes eram permitidas. Atividades como sair sem compromisso, passear, fazer visitas e até mesmo beber com os homens, passam a ser bem vistas e possíveis às mulheres a partir do período do climatério. Ao ingressarem no climatério

alcançariam um patamar, um status social mais alto, diferentemente do que costuma ocorrer nos grandes centros urbanos ocidentais.

De modo geral, na sociedade ocidental moderna, em que o discurso biomédico é bastante fortalecido, a menopausa é notadamente considerada o início de uma fase de perdas. Perdas que incluirão os atributos pessoais (beleza, sensualidade), as quais irão determinar uma incapacitação (por questões emocionais e cognitivas) e que irão fazer com que as mulheres passem a ser alvo de tratamento a fim de que sejam minimizados os efeitos degenerativos causados pela queda nas taxas hormonais. Tais fatos irão conduzir a mulher neste período a uma posição de menor valor e prestígio social.

No Brasil, embora ainda seja pequeno o número de estudos sócio-antropológicos sobre a menopausa, as conclusões das pesquisadoras têm caminhado na direção de atribuir uma maior importância ao contexto em que vivem as mulheres, considerando, por exemplo, a influência de fatores, como a geração. O trabalho de Ana Paula dos Reis (2000) ilustra esta perspectiva. A autora realizou uma pesquisa com 18 mulheres com idades compreendidas entre 45 e 55 anos e pertencentes a camadas médias (com alta escolaridade, ativas ou aposentadas) da população de Salvador, Bahia. Podem ser citadas neste universo de entrevistas conclusões interessantes as quais convergem em alguns pontos com a questão da importância de uma relativização e de uma não naturalização da questão hormonal no climatério.

No relato das entrevistadas, segundo Reis (2000), a menopausa surge como um “evento do silêncio”, um assunto que não seria muito comentado, mesmo dentro do âmbito familiar. É um período que surge no bojo das entrevistas, muitas vezes atrelado a conotações negativas, não apenas nos relatos feitos por mães, avós, tias, mas também em função da observação e convivência com as mesmas. Surgem referências a fogachos, calores, insônia, nervosismo, estresse e perda de controle emocional atribuídos ao climatério.

Interessante apontar que, segundo a pesquisadora, o evento do climatério e suas ocorrências sintomáticas (calores, vermelhidão, nervosismo) surgem atrelados a conotações negativas e depreciativas da mulher neste período, fortemente relacionados a uma diferenciação de gênero. Irão influenciar nesta diferenciação de gênero os fatores políticos, científicos, culturais, econômicos e biológicos que se encontram implícitos na construção de um perfil feminino no mundo ocidental moderno. Tais fatores têm gradativamente estigmatizado a mulher, fazendo dela um ser mais frágil, mais suscetível

ao adoecimento, devendo portanto, devendo ocupar um lugar não apenas diferenciado, mas hierarquicamente inferior<sup>38</sup>.

A perda da capacidade reprodutiva, a conotação dada ao sexo como meio de procriação prioritariamente são dados explicitados também nos relatos de forma significativa. De modo geral, o que predomina no discurso das mulheres participantes das entrevistas é uma visão do climatério como um período no qual a mulher deixaria de ser mulher por conta da queda hormonal, devendo por isto ser submetida a cuidados que a ajudem a recuperar a sua feminilidade.

Embora haja um esforço evidenciado nas entrevistas no sentido de uma re-significação da fase do climatério (não adquire importância por exemplo, a “síndrome do ninho vazio”, a partir do crescimento dos filhos e sua possível mudança do lar) esta ainda se apresenta, segundo Reis (2000), para o grupo pesquisado, como um período ambíguo e de valência negativa. Os signos de envelhecimento e de degeneração do corpo surgem nos relatos das mulheres de maneira importante e bastante marcada. A ausência de menstruação é recebida como um alívio e ao mesmo tempo, com pesar, pois esta ausência é interpretada como um signo de infertilidade e de envelhecimento. O corpo da mulher neste período perderia o status de objeto de desejo, uma vez que na percepção das entrevistadas a maior parte dos homens deixaria de lado o interesse por mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos, buscando parceiras mais jovens. Segundo a autora, pode-se observar ainda uma maior dificuldade em se encontrar companheiros com quem dividir a convivência nos relatos das mulheres pesquisadas.

Surgem também nesses mesmos relatos diferenças quanto à percepção do processo de envelhecimento para homens e mulheres. Para as entrevistadas, com o envelhecer, as mulheres ficariam afastadas do “mercado de sedução”. Já aos homens não seriam atribuídos os mesmos significados às marcas corporais que aqueles que são atribuídos às mulheres. Pode-se citar como exemplo o cabelo branco, que para os homens acrescenta charme, sedução, ao passo que nas mulheres é percebido como um sinal de velhice que precisaria ser escondido. A perda do poder de sedução a partir da evidência das marcas do tempo e a vivência de uma sexualidade dividida entre a finalização do período fértil e a possibilidade da separação entre prazer e reprodução aparecem como fatores responsáveis por gerar ansiedade e depressão ao longo da vida das entrevistadas.

---

<sup>38</sup> Para uma análise mais detalhada sobre a construção política de uma biologia da mulher que na sociedade ocidental moderna tem sido determinante na diferenciação de gênero, ver Ruth Hubbard, 1997, *The Politics of Women's Biology*.

A TRH (terapia de reposição hormonal) é compreendida, segundo o estudo, de modo imperativo, e é bastante valorizada como um recurso útil para aliviar o mal-estar e melhorar a qualidade de vida das mulheres nesta fase, sendo que estas, frente aos benefícios e à preconização médica tendem a se sentir em poucas condições de optar quanto à utilização ou não deste recurso terapêutico.

### 3.4 Terapia de Reposição Hormonal e Risco

O pensamento de Jennifer Harding (1997) será retomado neste capítulo e sua inclusão se justifica a partir de uma crítica importante que a autora realiza sobre a questão da indicação da TRH para todas as mulheres, desde a pré-menopausa e ao longo de suas vidas.

Jennifer Harding (1977) em seu artigo *Bodies at Risk – Sex, Surveillance and Hormone Replacement Therapy* realiza uma interessante articulação entre a percepção em torno da mulher no climatério, a TRH e o discurso de risco no qual a biomedicina tem inserido a mulher neste período.

Harding aponta que, no discurso da ginecologia a TRH – terapia de reposição hormonal – protegeria a mulher no climatério e na pós-menopausa da perda da beleza e sensualidade, assim como de doenças que poderiam colocá-la em risco de vida ou ainda em uma situação de dependência e não produtividade, tornando-se ela dessa forma um peso não só para a família como também para a sociedade.

Segundo Harding (1997), de acordo com uma visão médica, uma vez que a mulher no climatério se apresenta com baixa nas taxas hormonais, a idéia de que os hormônios seriam os indicadores de sua própria sensualidade passa então a ser marcada, enfatizada e divulgada. A TRH contribuirá para a valorização da idéia de que algo faltaria basicamente no corpo feminino, transformando-se este corpo, durante a menopausa, no “lugar da falta”. Sendo assim, portanto, o ônus a ser carregado pela mulher nessa fase torna-se intenso, passando ela a pertencer, segundo a biomedicina, a uma categoria de risco que deve ser obrigatoriamente conhecido e evitado por todas as mulheres através de uma vigilância e prevenção constantes. Deste modo deposita-se na mulher uma dose de responsabilidade imensa com relação às conseqüências que possam ocorrer em face de uma recusa de tratamento e supervisão.

Harding (1997) aponta uma das conseqüências da questão citada acima, que inclui a mulher na fase do climatério em uma categoria de risco que demanda cuidados e

tratamentos: a formação de um novo e lucrativo mercado consumidor. Este mercado vem se estruturando gradativamente através da preconização da TRH pelos médicos ginecologistas. Uma outra consequência seria a ampliação da vigilância e supervisão com relação aos aspectos corporais e fisiológicos da mulher. Como se constata, a ênfase irá instalar-se na questão do controle, da vigilância, da “medicalização”, por meio de um discurso preventivo do processo fisiológico da mulher.

Ao analisar a questão da indicação da TRH como forma preferencial eleita pela ginecologia para o tratamento da sintomatologia do climatério, Jennifer Harding (1997) dialoga com a argumentação de Foucault (1985) sobre as formas de poder.

A argumentação de Foucault, em *História da Sexualidade I* (1985: 131), é considerada importante no sentido de fornecer pistas que irão contribuir no sentido de uma compreensão mais ampla do crescente processo de medicalização do corpo da mulher, mais especificamente no caso do climatério. Nesse texto, Foucault (1985), aponta duas formas principais de exercício de poder sobre a vida humana, desenvolvidas a partir do século XVII. A primeira delas seria uma anátomo-política do corpo humano, centrada no adestramento e integração do corpo humano como uma máquina útil. Já em torno da segunda metade do século XVIII, as intervenções de poder dirigem-se para uma biopolítica da população, numa atenção especialmente voltada para fatos como nascimento, mortalidade, saúde e duração da vida, bem como sobre os instrumentos e as tecnologias utilizados na regulação destes mesmos fatos.

Referindo-se também a Foucault, Harding (1997) argumenta que a TRH na atualidade vem se constituindo gradativamente no que pode ser considerado uma tecnologia de poder. A autora assinala que a TRH pode ser compreendida como se estabelecendo em um instrumento utilizado pela medicina, tendo como função regular, normalizar a mulher no climatério, visando a construção de um corpo feminino nesse período inscrito em um contexto de aptidão e produtividade. A autora propõe a hipótese de uma constituição do discurso como um fenômeno social, que irá operar por meio de “relações e interrelações” fluidas e móveis as quais irão produzir poder e conhecimento. Neste jogo de relações, poder e conhecimento, segundo Harding (1997), exercem uma influência mútua e contínua.

Ainda considerando-se a hipótese do discurso como fenômeno social produtor de poder e conhecimento, Harding (1997) sinaliza que o fato de que as idéias, os sujeitos e os objetos a serem conhecidos são construídos como efeitos de uma transformação histórica

efetuada no interior das relações de poder e conhecimento precisa ser considerado ao se fazer uma análise sobre o poder de escolha desses mesmos sujeitos.

(...) “É também relevante que as idéias do sujeito que conhece, os objetos a serem conhecidos e as modalidades do conhecimento são todos efeitos de transformações históricas específicas nas relações de poder/conhecimento e são produzidas, transmitidas e reforçadas no discurso” (Harding, 1997: 137)

Esta estratégia discursiva produzirá também a imagem de uma mulher na menopausa tida como um receptor passivo de conhecimento, cujo corpo é também um lugar de opressão ou de liberação baseado na aquisição dos conhecimentos sobre ele. Harding (1997) aponta a falta de liberdade e a heteronomia (aceitação passiva de uma lei de fora) como causas de uma falsa relação da mulher com o próprio corpo, passando este a ser um lugar de aplicação de todo tipo de conhecimento.

Harding (1997) chama a atenção para a pressão exercida pelo discurso da biomedicina sobre a mulher que se por um lado é pressionada pelo discurso biomédico, por outro não tem muito acesso a informações não tendenciosas e precisas que a habilitem para a realização de escolhas conscientes quanto a seu próprio corpo. Sua situação se mostra portanto bastante vulnerável perante os apelos da indústria farmacêutica e sua penetração através dos meios de divulgação.

Como sustenta Harding (1997), para que possa realizar escolhas conscientes é necessário que esta mulher tenha acesso a informações imparciais e apuradas acerca dos riscos e benefícios da TRH, assim como sobre a fisiologia feminina e também sobre o que seria natural e saudável no período do climatério. A mulher no climatério, salienta a autora, vem se tornando cada vez mais objeto de interesse público, sendo advertida sobre o alto custo financeiro causado por possíveis internações hospitalares e tratamentos de reabilitação assim como acerca do quanto deve manter-se útil e produtiva para que lhe seja atribuído muito valor. Em contrapartida, a autora chama a atenção para o fato de ser vital que ela deixe de ocupar este local de vulnerabilidade, passando a construir outra posição enquanto sujeito de escolha, esclarecido e responsável por decisões quanto a seu corpo.

### **3.5 – Climatério/Menopausa: imagens culturais e convenções sociais**

Dando prosseguimento a uma análise sobre o tema da contextualização do climatério/menopausa, serão tomados a partir de agora como pistas os estudos realizados

pela antropóloga Emily Martin (1986, 1989), bastante úteis para uma compreensão mais ampla e diferenciada sobre este período da vida da mulher.

O “adocimento” no climatério, assim como a sua sintomatologia, naturalizados pelo discurso biomédico como acontecimentos universais para as mulheres neste período, não apresentarão o mesmo sentido, podendo ser observadas variações de acordo com as diferentes culturas nas quais estas mulheres se inserem. Mesmo na sociedade ocidental moderna ocorrem diferenças nos discursos das mulheres quanto à percepção sobre este período, como aponta Emily Martin (1989) em seu livro *The Woman in the Body*.

Em uma de suas análises a autora vai se deter em alguns termos utilizados pela biologia e pela medicina nas descrições dos processos reprodutivos masculinos e femininos

Segundo Martin (1986), muitas vezes tais processos seriam descritos pela biomedicina através de metáforas carregadas de projeções de imagens culturais e de convenções sociais relativas às questões de gênero. Martin sugere a hipótese de que a cultura configuraria a forma pela qual as descobertas do mundo natural seriam descritas. Sendo assim, nas descrições efetuadas no interior de um discurso biomédico naturalizado, as mulheres seriam bem menos valorizadas do que os homens, uma vez que os relatos científicos se apoiariam em alguns estereótipos culturais. A autora propõe que estes estereótipos culturais relacionados à definição e valorização daquilo que seria masculino ou feminino estariam ocultos no interior da linguagem científica da biologia.

Martin (1986) realiza uma interessante análise sobre a diferenciação qualitativa quanto aos termos empregados na descrição das fisiologias reprodutivas masculina e feminina em textos clássicos de medicina (Guyton, 1984; Vander, Sherman e Luciano, 1980; Mountcastle, 1980 e Solomon, 1983). Nesses textos, ressalta que enquanto a menstruação é descrita como um “desmoronamento”, uma “desintegração” das camadas internas do útero, em um processo de perda, a produção de espermatozóides é vista por meio de termos como “brilhante” e “extraordinário”. O entusiasmo registrado na descrição do processo de espermatogênese não é encontrado nas descrições da ovulação. Sendo assim, enquanto que a fisiologia reprodutiva do homem é relacionada a uma capacidade contínua de produção de espermatozóides, na fisiologia reprodutiva feminina a produção de óvulos é relatada como um processo no qual ao nascer a mulher já apresentaria todas as suas células germinativas, acontecendo a partir daí um processo de envelhecimento e degeneração destas mesmas células.

Embora a autora reconheça como legítimos os papéis da função hormonal e da genética com relação ao funcionamento dos organismos, torna evidente a importância dos significados culturais que serão assumidos pelos eventos corporais femininos e que irão influenciar na vivência destes mesmos eventos. Tais significados serão construídos e elaborados por pessoas diferentes em situações de vida distintas<sup>39</sup>

A partir desta mesma perspectiva a antropóloga salienta que embora os processos fisiológicos femininos como menstruação, gravidez e climatério se encontrem marcados por hormônios e genes, são importantes também perguntas que problematizem, investiguem de que forma tais processos vêm sendo elaborados, construídos e assimilados pelo meio cultural.

A cultura médica apresenta um poderoso sistema de socialização que impregna com suas idéias e práticas a cultura popular da qual participamos em maior ou menor grau. Martín (1989) propõe a existência de uma “gramática específica” que é utilizada pela ciência médica na descrição dos corpos femininos. Esta “gramática” teria uma atuação em um patamar, em um grau tão profundos, que passaria a ser transmitida e propagada através da visão das mulheres sobre seus próprios corpos<sup>40</sup>.

Martín (1989) aponta para uma tendência nos textos biomédicos em descrever a vida das mulheres como bastante empobrecida e sujeita aos efeitos de variações ocorridas ao longo de suas existências. A partir da constatação desta tendência, a autora propõe algumas questões tais como: como as mulheres estariam reagindo às circunstâncias da vida que as cercam? É possível que elas descrevessem suas experiências nos termos utilizados pela ciência médica e pela sociedade dominante? Como encaram este pensamento médico? Inquestionável e impossível de ser modificado? Ou ainda, haveria uma visão alternativa, uma ideologia própria das mulheres (ou tantas quantas os diferentes lugares ocupados por elas na ordem social) para a existência moderna, ou seria a visão destas mulheres um reflexo da ideologia dominante?

<sup>39</sup> Para sublinhar este ponto a autora faz uma analogia ao preparo de um bolo, no qual o produto final, seu sabor e aspecto irá se apresentar como algo para além da soma dos ingredientes em quantidades específicas. Será algo que irá dizer respeito à pessoa que o assou, à ocasião na qual foi servido, assim como quanto às pessoas que irão comê-lo (Martín, 1989).

<sup>40</sup> Ainda sobre a “gramática médica moderna” a autora acrescenta o quanto tal gramática tem contribuído para a fragmentação da unidade da pessoa. É apontado o quanto o corpo humano é partido e manipulado pela biomedicina, fato que conduz à visão de um corpo sem integridade, inserido em uma compreensão na qual são frequentemente ignorados aspectos como as emoções e os relacionamentos. O corpo humano é percebido dentro desta visão como uma máquina, de modo objetivo, sem mente e sem alma. Para uma leitura mais detalhada sobre a fragmentação do corpo humano ver Martín, 1989.

A autora mostra a necessidade, a importância de um olhar mais sensível aos relatos das mulheres de forma a permitir uma compreensão mais ampla da variação das formas de resistência aos diferentes graus de opressão aos quais estas mulheres estariam possivelmente sujeitas.

Em sua pesquisa, Martin (1989) entrevistou 165 mulheres na faixa etária compreendida entre a puberdade e a pós-menopausa, pertencentes às classes média e trabalhadora. Um dos objetivos da pesquisa consistia em investigar a forma por meio da qual mulheres em diferentes posições econômicas e sociais se percebem e também a visão da sociedade sobre estas mesmas mulheres. Buscou-se, mais especificamente, conhecer a visão destas mulheres sobre si mesmas e também sobre eventos fisiológicos que vivenciam, como menstruação, menopausa, gravidez e parto.

Embora a autora faça um percurso analítico abrangendo eventos fisiológicos como menstruação, TPM (tensão pré-menstrual), gravidez, parto e menopausa, será priorizada a análise que concerne ao período do climatério/menopausa, que constitui o tema do presente trabalho.

Como será examinado também mais adiante, a autora sugere que, em grande parte das vezes, as mudanças de humor e atitudes inesperadas ocorridas com as mulheres na fase do climatério e descritas por seus familiares e médicos como crises de ansiedade e depressão podem ser compreendidas como uma mudança de posição em seu contexto familiar e social. Estas mulheres, por meio destas atitudes “inesperadas”, estariam assumindo posturas de objeção e resistência com relação à opressão sofrida.

Algumas descrições médicas sobre a menopausa, segundo Martin (1989), assumem o caráter de metáforas que serão relatadas a seguir.

A partir de meados do século XIX, processos fisiológicos femininos, como menstruação e menopausa, eram compreendidos como períodos críticos e patológicos. Neste contexto, a menopausa surge como um processo descrito como único, sem que seja enfatizado o seu equivalente no homem (a “andropausa” ou algum processo relacionado ao envelhecimento e a mudanças nos padrões de vida e comportamentos e que venham merecer uma atenção mais particular da medicina). A menopausa/climatério tem sido habitualmente descrita pela biomedicina como um momento de “crise” e que por isso costuma ampliar a possibilidade de adoecimento das mulheres (Martin, 1989).

Martin (1989) descreve algumas metáforas médicas relacionadas à menopausa, dentre elas a que aplica ao corpo da mulher no climatério a imagem de um “pequeno

negócio em falência”<sup>11</sup>. A biomedicina descreve atualmente a menopausa como um processo de falência ovariana com amplos reflexos no aparelho genital. Tal fato conduzirá a uma atrofia no nível corporal como um todo, podendo até mesmo desencadear um processo de senilidade (Norris, 1984; Vander, 1985; Netter, 1965 apud Martin, 1989)

A biomedicina, e em especial a ginecologia, insere a TRH (terapia de reposição hormonal) como uma aliada importante, embora possa produzir alguns efeitos indesejáveis. Dentre estes efeitos colaterais, pode ser citado o aumento da probabilidade de que a mulher em uso desta terapia venha desenvolver câncer de mama. Martin (1989) comenta acerca da falta de acesso para as mulheres a informações claras que lhes permitam escolhas conscientes. Para exemplificar este fato cita o relato de uma de suas entrevistas quanto às duas escolhas possíveis oferecidas por seu médico para “tratar” o período do climatério que esta atravessava: tomar estrogênio e correr o risco de desenvolver um câncer de mama ou não utilizar o medicamento e ter seus ossos “dissolvidos” por um processo de osteoporose.

Embora no discurso biomédico a perda da capacidade dos ovários de produzir hormônios seja percebida como um fato central e ordenador dos acontecimentos da vida da mulher no período da menopausa/climatério, Martin (1989) mostra como alguns autores apresentam descrições positivas sobre as mudanças hormonais ocorridas no climatério. Diferentemente do discurso hegemônico, no qual são enfatizados apenas os possíveis aspectos negativos da diminuição nas taxas hormonais da mulher, autores como Jones (1981 apud Martin, 1989) descrevem a menopausa e a queda hormonal que acompanha este período como um fenômeno fisiológico protetor com relação a uma reprodução indesejável em uma fase mais avançada da vida da mulher. Ainda segundo Jones (1981 apud Martin, 1989), as mulheres no climatério apresentariam um nível de estrogênio aquém do que seria necessário à reprodução, mas suficiente para a manutenção dos tecidos celulares de subsistência e que seriam importantes aos demais processos corporais.

A autora faz uma proposta interessante de compreensão do organismo da mulher de um modo diferente do funcionamento hierárquico que é proposto pela biomedicina. Dentro de uma lógica hierárquica de funcionamento, segundo a qual um órgão passa a ser

<sup>11</sup> Martin aponta que esta forma de compreensão do corpo da mulher na menopausa como uma “empresa em falência”, embora predominante, não se apresentava como única. A autora cita algumas outras visões que incluíam a “doença climatérica” como algo referente à idade avançada e que poderia afetar tanto homens quanto mulheres (Haber, 1983; Good, 1843 apud Martin, 1989). Cita também algumas outras referências ao período do climatério segundo as quais este é compreendido de um modo bem mais positivo do que é medicamente percebido em nosso século. Seria uma forma de entendimento que compara o climatério a uma espécie de “verão” da mulher, um período no qual as mulheres apresentariam maior vigor, otimismo e até mesmo beleza física (Smith-Rosenberg, 1974 apud Martin, 1989).

percebido como prevalente sobre os outros, a idéia dominante sobre o organismo feminino é a de que seu objetivo maior seria o da reprodução. Deste modo, os processos fisiológicos, como a menstruação, ou ainda mudanças hormonais ocorridas durante o climaterio são vistos como processos de falha, degeneração e falência corporal. Martin (1989) propõe em vez da compreensão hierárquica, uma outra leitura sobre o funcionamento do organismo da mulher, por meio de uma organização de cooperação mútua, como num time. Neste sistema cooperativo o objetivo do “jogo”, o alvo a ser alcançado, seria variável de acordo com o momento vivido pela mulher e seu corpo: gravidez, menstruação ou menopausa. Sendo assim a idéia de falência e degeneração perderia o sentido, pois nesta forma de leitura dos processos fisiológicos todos eles teriam objetivos a ser alcançados, embora diferentes, e os órgãos trabalhariam em equipe no sentido de dar conta destas tarefas que poderiam ser a de possibilitar uma gravidez ou não, ou então de impedi-la de acontecer.

Propõe-se também a possibilidade de existência de uma “gramática cultural” alternativa sobre a menopausa, a despeito da imagem construída publicamente de atrofia e falência. Uma outra gramática que desconstrua a imagem pública da mulher no climatério/ menopausa de portadora de um corpo em processo de falência e degeneração. Dentro desta idéia de desconstrução de uma gramática de falência, toma-se como exemplo um dos sintomas mais comumente relatados pelas mulheres no climatério: os fogachos. Martin (1989) apresenta a hipótese relacionada a esta sintomatologia da impossibilidade de que seja separado o aspecto fisiológico (vermelhidão, calor súbito e ascendente) de seu contexto sócio-cultural.

Diversos estudos demonstram variações na incidência dos fogachos e na forma pela qual estes são percebidos pelas mulheres (Lock, 1986 e Davis, 1986 apud Martin, 1989). Nestas pesquisas relata-se uma menor incidência de fogachos no Japão, ao passo que numa vila pesqueira do Canadá (Newfoundland) este sintoma é bem-vindo, pois relaciona-se a um saudável processo de mudança e limpeza do corpo<sup>42</sup>.

Ainda segundo Martin (1989), em alguns contextos sócio-culturais, o sentimento que se junta aos fogachos pode ser muitas vezes o de embaraço. Como referência a este conceito a autora cita Goffmann (1967), incorporando a idéia de que determinados contextos ou eventos sociais seriam detonadores de situações de embaraço. Em tais eventos o *self* projetado pela pessoa seria confrontado com um outro *self*, não reconhecido por ela, ou que ainda se apresentaria incompatível com a situação vivida no momento.

<sup>42</sup> Estas pesquisas foram descritas mais detalhadamente na parte anterior deste capítulo.

Para contextualizar tais situações a autora toma como base um estudo realizado por Edelman (1981 apud Martin, 1989) no qual são propostas algumas situações paradigmáticas como sendo passíveis de causar embaraço à pessoa. Dentre elas podem ser citadas: a descrição de falência na confirmação da auto-imagem do *self* (ocorrência de perda de equilíbrio, deslizes, tropeços, hesitações, deixar cair objetos ou derramar algo), falhas nas habilidades sociais, dificuldades de entosamento (como, por exemplo, ao perceber que o interlocutor é alguém mais importante do que se imagina, ou então que este é portador de alguma deficiência antes ignorada), perda de privacidade em função da invasão do próprio espaço ou por se tornar o centro das atenções através de um elogio ou crítica de outrem, ou finalmente o embaraço causado pela empatia quando percebe o embaraço de uma outra pessoa.

Em sua análise Martin (1989) propõe que estas situações de embaraço citadas por Edelman (1981) podem estar relacionadas com o aparecimento dos fogachos. Aponta que ao longo de sua pesquisa foram observados inúmeros relatos que traziam situações de embaraço diretamente ligadas à ocorrência de fogachos. Como exemplo pode ser citado o fato de se sentir olhada por todos ao perceber a exteriorização pública de um sinal referente a um processo corporal, particular, e relacionado aos ovários e ao útero, e que por isto mesmo deveria ser mantido no âmbito da esfera privada. Tal tipo de exteriorização, além de revelar a provável idade da mulher, poderia vir a ser considerada inadequada em um ambiente de trabalho que envolva liderança e hierarquia. Os “sinais visíveis” do climatério como, por exemplo, os fogachos e a vermelhidão poderão, no caso de ocorrência em ambientes públicos ou mais formais vir a causar embaraço. Um exemplo de situação constrangedora, segundo a autora, seria a ocorrência de fogachos em um ambiente de trabalho onde a maior parte da equipe seja construída por homens.

Na pesquisa empreendida pela autora, a ocorrência de fogachos pode ser associada às situações nas quais as mulheres se encontrariam tensas, nervosas e preocupadas em causar uma boa impressão. Nos relatos das mulheres entrevistadas, os fogachos parecem sempre surgir nas piores e mais constrangedoras ocasiões sendo que a frequência apresenta-se maior durante a semana, no ambiente de trabalho, do que nos finais de semana, quando, segundo as entrevistadas, o seu nível de tensão seria menor. Para este grupo de mulheres a ocorrência de fogachos se encontraria diretamente ligada ao fator de estresse emocional. Provavelmente a relação entre os fogachos e o embaraço em situações de trabalho ocorre com mais frequência nas mulheres que ocupam situações de subordinação, onde há um maior risco de perdas (prestígio, respeito, reconhecimentos e promoções).

Martin (1989) cita também alguns estudos (Levit, 1963, Goodman, 1977 e Frey, 1981) que apontam para uma maior ocorrência de episódios de ansiedade em mulheres da classe trabalhadora do que naquelas pertencentes à classe média. Estes estudos falam também de uma possível relação entre a ocupação exercida por estas mulheres e a extensão através da qual a menopausa passa a ser percebida como uma enfermidade. As mulheres pertencentes à classe trabalhadora e com menor poder aquisitivo tenderiam a desenvolver com maior frequência uma relação entre menopausa e enfermidades. Tal tendência diminuiria nas mulheres de classe média e com maior escolaridade e poder aquisitivo<sup>13</sup>.

Martin (1989) chama a atenção para o fato de que embora pesquisas realizadas anteriormente sobre menopausa/climatério relacionem os fogachos diretamente às flutuações nos níveis de estrogênio e apresentem uma tendência em generalizar tais flutuações, assinalando que elas ocorrem de forma independente das condições sociais outros trabalhos vêm indicar um movimento na direção oposta.

Dentre estes trabalhos a autora cita a pesquisa realizada por Flint (1979), na qual tanto a ocorrência dos fogachos como a questão do “nervoso”<sup>14</sup>, passíveis de acometer as mulheres no período do climatério, surgem de forma bem mais frequente e acentuada nas classes com menor poder aquisitivo. Segundo esta mesma pesquisa, nas classes mais altas em que ocorrem relatos de maior satisfação com a própria vida, não há quase incidência desta sintomatologia (Flint, 1979 apud Martin, 1989). Observa-se que quanto mais engajada a mulher estiver em uma vida produtiva, menos chances terá de sofrer acometimentos psíquicos. Martin aponta ainda que estes padrões relatados por Flint (1979) repetem a associação encontrada em estudo realizado pela Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EUA em 1979 (*Special Task Force*, 1973), entre índices elevados de padrão de vida e alto grau de saúde e longevidade. Esta força tarefa pôde concluir que entre os maiores preditores de longevidade estariam a satisfação com o trabalho e a própria vida em geral. Tais preditores, segundo Martin (1989) se mostrariam também relevantes com relação à qualidade de vida no período do climatério. Os sinais de envelhecimento e as

<sup>13</sup> Martin (1989) ressalta que estes estudos, embora incompletos, apontam que a relação entre depressão e ansiedade e a menopausa caminha na mesma direção que a relação entre os índices de adoecimento e morte da população em geral. Nas classes trabalhadoras e mais empobrecidas o índice de adoecimento, assim como o de percepção da própria doença, se apresenta ampliado. Esta correlação é citada por Keep e Kellerhals (1975), embora em um outro estudo Mc Kinlay e Jefferys (1974) não tenham encontrado nenhuma relação particular entre as queixas do climatério e a classe social. Posteriormente, em 1979, um novo estudo realizado na Bélgica por Flint vem corroborar a hipótese de Keep e Kellerhals (1975) sobre uma relação maior entre classes sociais e adoecimento (apud Martin, 1989).

<sup>14</sup> Este “nervoso” refere-se a uma forma de representação social, a um modo peculiar de explicitar questões emocionais e difere da definição biomédica para as categorias ansiedade e depressão.

mudanças na composição familiar que acompanham esta fase da vida da mulher tenderão a ser interpretados e vivenciados de acordo com as posturas, impressões e experiências de vida particulares de cada uma, não sendo possível o estabelecimento de um padrão único para o climatério

Outra hipótese importante e que se apresenta marcadamente relacionada com a sintomatologia dos fogachos e a forma como esta é percebida e valorizada pelas mulheres, consiste na que propõe uma relação entre poder e subordinação e uma possível gramática dos fogachos. Segundo Martin (1989), nossas imagens de poder e controle apresentariam a tendência em usar as categorias de espaço e temperatura de forma metafórica, sendo assim, indivíduos que apresentam maior frequência de padrões, tais como, manter o controle, ser racional, ser frio, seriam mais facilmente reconhecidos pelo grupo como possivelmente pertencendo a um patamar hierarquicamente superior, com status mais alto. Do mesmo modo, ainda segundo a autora, o fato de alguém ser mais passivo e facilmente controlado por outrem, com uma inclinação para agir de forma mais emocional, o levaria a ser reconhecido pelo grupo como uma pessoa mais “fraca”, menos capaz e conduzida pelo próprio grupo a um patamar inferior na hierarquia e a uma perda de status<sup>45</sup>. A hipótese proposta é a de que provavelmente o fator subordinação, o fato de se estar subordinado a outrem, venha propiciar o surgimento dos fogachos e possível nervoso em ocasiões nas quais ocupar uma situação inferior possa causar raiva ou embaraço.

Outro ponto importante na pesquisa realizada por Martin (1989) é que pode contribuir para uma análise da maneira como o climatério é percebido pelas mulheres é o que chama a atenção para uma discrepância entre o discurso biomédico e o das mulheres na menopausa. A autora cita alguns estudos, como os de Neugarten (1968), Muhlenkamp (1983) e Crawford e Hooper (1973), nos quais apresenta-se o fato de que a despeito de um discurso biomédico de falência e degeneração, as mulheres tenderiam em suas descrições a não expressar nenhum problema maior em suas vidas que fosse atribuído especificamente no climatério. Tal discrepância foi constatada por Martin (1989) nos relatos das entrevistas em sua pesquisa.

Observa-se ainda uma diferença entre os depoimentos das mulheres no climatério e os de suas filhas, sobrinhas ou netas. Enquanto no primeiro grupo, não foi encontrada

---

<sup>45</sup> Segundo Lakoff e Johnson (1980 apud Martin, 1989) haveria uma certa sistematização de alguns conceitos referentes ao status e que poderiam ser agrupados como indicadores positivos de poder e de uma posição superior (como estar no topo, no alto, no comando, ser frio, intelectual e racional) e indicadores de inferioridade e fraqueza (ser emocional, ser controlado por outros, estar no fundo ou caindo, se sentir fervendo ou queimando).

nenhuma descrição de sensação de descontrole emocional, pelo contrário, foram colhidos relatos referentes a mudanças de atitude e maior afirmação pessoal perante a família, para as mais jovens, a impressão deixada por quem estaria passando pela menopausa é bem diferente. Para estas a menopausa/climatério surgiria como um período no qual o corpo e a mente feminina fugiriam por vezes ao controle trazendo grandes modificações de comportamento em suas famílias. Tal idéia cria para estas jovens mulheres a imagem de uma fase bastante assustadora, na qual suas mães, tias e avós estariam sujeitas a ataques de fúria.

Algumas razões são apontadas por Martin (1989) para tal discrepância. Uma delas poderia ser o fato de que o comportamento não usual das mulheres mais velhas talvez estivesse relacionado a alguma mudança frente à própria postura de vida e estaria sendo percebido como assustador ou irracional. Uma outra razão seria o fato de que as mulheres mais jovens compartilhariam da interpretação da biomedicina para o período do climatério, no qual são comumente descritas as oscilações de humor e as crises de ansiedade e depressão causadas pela queda dos níveis hormonais<sup>46</sup>.

Autores da área biomédica, como O'Neil (1982 apud Martin, 1989), descrevem comportamentos e atitudes das mulheres no climatério como fora de controle e com caráter irracional. Sendo assim, as mulheres mais jovens que costumam compartilhar da visão biomédica, do período do climatério, têm contribuído, ainda que de modo involuntário, para perpetuar uma tendência em interpretar e traduzir mudanças nos padrões usuais de comportamento de mulheres mais velhas como signos de fraqueza e adoecimento por conta da queda hormonal ocorrida no climatério.

A autora acrescenta ainda que, a maioria das mulheres entrevistadas percebia a menopausa como um acontecimento bastante positivo em suas vidas. Os relatos falavam de um imenso prazer ao se ver livre dos desconfortos mentais e também de poderem exercer mais livremente sua sexualidade sem a preocupação de uma gravidez indesejada. A perda da feminilidade também está ausente nos relatos, e o climatério não é percebido como um fator causador de perdas. A menopausa surge, não como um episódio marcante em separado, mas sim descrita como uma parte dos eventos que ocorrem, ou seja é normalmente incluída no cotidiano destas mulheres. Em alguns relatos o período da menopausa surge aliado a alguns eventos atribuídos pelas mulheres, como o resultado de

---

<sup>46</sup> Autores, como Neugarten, também encontraram uma discrepância entre as atitudes de mulheres mais velhas e as das mais jovens com relação ao climatério. Segundo o autor, as mulheres mais jovens tenderiam a assumir uma postura mais negativa quanto a este período (Neugarten, 1968 apud Martin, 1989).

um processo de amadurecimento como divórcio, início de um novo relacionamento ou o retorno aos estudos. Enfatiza-se aí que muitas vezes tais decisões são interpretadas pelos familiares (maridos e filhos) não como um sinal de mudança ou amadurecimento pessoal, mas sim como um desequilíbrio, um adoecimento psíquico. Martin (1989) conclui ao dizer que este fato sugere que enquanto maridos e filhos (as) tendem a interpretar tais atitudes como perda de controle por parte de suas mães e esposas, estas se percebem alcançando uma maior independência, força e poder de realização pessoal em suas vidas.

\* \* \*

Este capítulo buscou uma reflexão que permitisse iluminar com outros discursos, que não o da biomedicina, o período do climatério/menopausa. Para esta tarefa considerou-se importante a inclusão de análises e pesquisas na área da antropologia que tomem como eixo condutor o envelhecimento e a fase do climatério. O material analisado permitiu perceber que, embora na sociedade ocidental atual o discurso biomédico sobre a fase da menopausa ainda se apresente bastante proeminente, não se constitui como único. Sem dúvida, ao se falar de menopausa/climatério, inclui-se a realidade de um corpo concreto, de um organismo em transformações fisiológicas, por conta de modificações hormonais, realidade, contudo que não se constitui por si só como definidora dos acontecimentos e do perfil das mulheres neste período.

Traçando um paralelo entre as análises de Martin (1989, 1986) e de Harding (1997) percebe-se a importância do discurso como produtor e transmissor de relações de poder. Como salienta Emily Martin (1989), o discurso da biomedicina sobre a mulher, e no caso específico, da mulher no climatério, é carregado de metáforas que constituirão uma gramática peculiar relativa à mulher nesta fase. Tal gramática explicita uma diferenciação qualitativa entre os processos de envelhecimento da mulher e do homem, sendo que na mulher a idéia de declínio está presente através do uso de termos como “falência” e “degeneração”.

Outro ponto que cabe ser ressaltado nas discussões de Martin (1989) e Harding (1997) é o que diz respeito a uma preconização por parte da biomedicina de práticas e cuidados especiais e a uma atribuição de responsabilidade à mulher no climatério, caso negligencie tais práticas. Tal preconização se faz presente através da terapia de reposição hormonal (TRH), apresentada pela medicina como um aliado da saúde da mulher no climatério. Como apontam as autoras, esta mulher se encontraria em uma posição bastante

vulnerável, necessitando fazer escolhas que dirão respeito a uma prevenção e tratamento de graves patologias, por um lado, e por outro quanto à possibilidade de sofrer efeitos colaterais importantes atribuídos a TRIH, sem que tenham informações precisas que possibilitem a elas realizar escolhas mais conscientes

## IV

**DISCURSO DA MEDICINA SOBRE MULHER, MENOPAUSA E A SINTOMATOLOGIA PSÍQUICA A PARTIR DA DÉCADA DE 70**

Este capítulo pretende analisar o discurso médico geral incluindo-se aí o panorama internacional sobre a mulher na fase do climatério/menopausa e sua relação com a **ansiedade e a depressão**, partindo-se da década de 70.

É importante deixar claro que o material incluído neste capítulo foi organizado a partir de uma pesquisa exploratória sobre o tema mulher, climatério e a sintomatologia psíquica relacionada a esse período. Esta pesquisa exploratória iniciada com a RBGO foi ampliada, incluindo outras publicações internacionais dos acervos consultados. O acesso a estes artigos e pesquisas seguiu um percurso a partir de referências encontradas em outros periódicos, como o JBG (Jornal Brasileiro de Ginecologia), o JAMA (*Journal of American Medical Association*) e a FEMINA – a RBGO não foi incluída aqui, uma vez que será abordada no capítulo cinco.

O interesse pelo tema conduziu à busca de alguns periódicos internacionais citados nos artigos, o que possibilitou a reunião de um material de porte a ser considerado, face aos assuntos abordados nos textos. Essas publicações foram encontradas na Biblioteca da Faculdade de Medicina da UERJ. Quanto às referências de publicações internacionais, algumas foram obtidas através da Biblioteca do IMS por meio de solicitação via internet. Também algumas referências a outras publicações e pesquisas de outros países foram extraídas dos artigos obtidos. Em sua maioria, estas publicações relacionam-se às áreas de psiquiatria, farmácia, endocrinologia, geriatria, neurobiologia e também ginecologia.

A temática encontrada focalizou preferencialmente a sintomatologia do climatério, incluindo a depressão e a ansiedade, assim como pesquisas com relação aos efeitos da terapia hormonal também sobre os problemas psíquicos e cognitivos relacionados ao climatério. Foram encontrados ainda alguns artigos que embora dentro da área biomédica apontam para a necessidade de que seja relativizada e contextualizada a sintomatologia apresentada pelas mulheres a partir da pré-menopausa.

A decisão de incluir o material que originou este capítulo deveu-se ao grande interesse que seu conteúdo despertou. Sua inclusão pode ser também atribuída ao fato de constatar-se nele a apresentação do discurso médico sobre as categorias **ansiedade e depressão** e sua relação com o climatério ao longo das décadas de 70, 80 e 90. Sendo assim, considerou-se que esses textos poderiam trazer uma contribuição importante a este

CB/C REDE SIRIUS / UERJ

trabalho, marcando a diferença com relação aos artigos da RBGO, tratados especificamente no capítulo seguinte, nos quais as referências às categorias **ansiedade e depressão** não se apresentam de forma tão explícita no discurso da ginecologia

O interesse pela questão hormonal na mulher, embora não tenha se iniciado a partir da década de 70 do século XX, vem desde então sendo alvo de um gradativo incremento. Os hormônios têm exercido um crescente papel, e a questão hormonal se afirma como um dos determinantes do perfil da mulher na atualidade dentro da visão biomédica ocidental.

Em virtude de processos fisiológicos, como ovulação e menstruação, e da vivência de períodos ditos críticos, quais sejam, os da puberdade e menopausa, a mulher tem sido objeto constante de estudo e é percebida pelo discurso biomédico como um ser demandante de cuidados especiais por conta das chamadas “fases críticas”. Dentre elas destaca-se uma em especial, a da menopausa/climatério, como um dos momentos da vida feminina merecedor de atenção e vigilância no âmbito da biomedicina.

Na área da medicina, a ginecologia e a psiquiatria têm dividido cuidados com relação às “fases críticas” femininas. Tais cuidados vêm concentrando uma atenção especial na ansiedade e na depressão ocorridas no período do climatério e que no discurso biomédico são incluídas dentro de uma sintomatologia particular denominada síndrome climaterica. A ginecologia preconiza como uma proposta de alívio e prevenção da síndrome climaterica a terapia de reposição hormonal (TRH), que deve ser utilizada desde o período da perimenopausa até o final da vida da mulher. Já a psiquiatria tem a oferecer o uso de ansiolíticos e antidepressivos para tratar a depressão, a ansiedade e a insônia, percebidas como decorrentes dessa fase da vida feminina.

Antes de se passar à análise do material pesquisado, será incluída neste capítulo uma breve abordagem do discurso médico sobre o climatério. A opção por esta inclusão objetiva esclarecer algumas definições da biomedicina com relação a este período. Serão incluídas também descrições dos principais sintomas do climatério, assim como a análise da causa da indicação da TRH (terapia de reposição hormonal) como um recurso preferencial para a profilaxia e o tratamento da sintomatologia climaterica, devendo sua prescrição segundo a ginecologia, abranger todas as mulheres a partir do período da pré-menopausa.

\* \* \*

#### 4.1 - Climatério e menopausa: definição

O discurso biomédico define o climatério<sup>47</sup> como a fase da vida da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, enquanto o termo menopausa<sup>48</sup> é designado para indicar a interrupção fisiológica da função menstrual (Llusia, 1968).

O climatério se inicia antes da menopausa, sendo caracterizado por profundas mudanças endócrinas e físicas na mulher adulta. Esse período de transição é marcado por um declínio progressivo da capacidade reprodutiva, resultante da perda da função ovariana, até sua interrupção completa. Pode ser definido como a passagem do período reprodutivo ao não reprodutivo na vida da mulher (Llusia, 1968; Mamede, Souza, et al., 1992; Appolinário et al., 1995)<sup>49</sup>.

Para alguns autores o climatério e a menopausa se encontram inter-relacionados do mesmo modo que a menarca e a puberdade, sendo o climatério dividido em três fases (Mackay, 1985; Llusia, 1968):

a. Fase pré-menopáusica: período que precede os primeiros sintomas climatéricos, marcado especialmente pelo desaparecimento gradativo dos ciclos ovulatórios. Do mesmo modo em que na puberdade ocorre primeiro uma menstruação anovulatória e mais tarde uma menstruação normal, também nesta fase pré-menopáusica cessa antes a ovulação, e depois a menstruação. Tanto na puberdade quanto no climatério há ocorrência de ciclos anovulatórios.

<sup>47</sup> Termo originário do adjetivo grego Klimaktéríkos, significando crítico, decisivo (Nascentes, 1932 apud Reis, 2000).

<sup>48</sup> Termo também originário do grego, composto por mén (mês, mênstruo) e páusis (cessação) (Leysen, 1996 apud Reis, 2000).

<sup>49</sup> Com relação à questão de padronização da terminologia utilizada, três critérios básicos foram estabelecidos no I Congresso Internacional sobre Menopausa, realizado em 1976:

- 1) Climatério: fase da vida da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo.
- 2) Menopausa: termo utilizado para designar a última menstruação espontânea da vida da mulher, durante a fase do climatério.
- 3) Consenso de que a sintomatologia climatérica não se apresenta associada a todas as mulheres neste período.

Algumas definições, também com o objetivo de padronização, foram sugeridas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em relatório publicado em 1981:

- 1) Definição da menopausa como a cessação permanente da menstruação, resultante da falta de atividade folicular ovariana.
- 2) Os termos perimenopausa ou climatério devendo ser utilizados para nomear os períodos imediatamente precedente e subsequente à menopausa, compreendendo as características endocrinológicas, biológicas e clínicas inerentes.
- 3) A pós-menopausa, sendo definida como o período iniciado na menopausa e diagnosticado somente após 12 meses de amenorréia (ausência de menstruação) (Appolinário et al. 1995: 170).

b Fase menopáusica: marcada pelo surgimento de manifestações de desequilíbrio endócrino, um desequilíbrio significativo na produção de estrogênios. É neste período que ocorre a menopausa.

c Fase pós-menopáusica: ocorre aí uma involução dos órgãos reprodutores, concomitantemente a um lento declinar da produção de estrógenos, trazendo profundas mudanças no organismo da mulher como um todo.

A menopausa caracteriza-se pela interrupção fisiológica da função menstrual e se constitui como um dos sinais mais evidentes do climatério. Em geral, os últimos períodos menstruais podem se apresentar com intervalos alongados, sendo necessário, portanto, um espaço de tempo de pelo menos seis meses de ausência de menstruação para que seja diagnosticada a menopausa (Mackay, 1985).

Segundo diversos autores (Aldrighi e Favarato, 2001; Mamede, Souza et al., 1992; Blumel, 1988), a idade média do climatério está situada entre 35 e 65 anos, sendo que a menopausa ocorre em um intervalo de amplitude média variável entre 45 e 55 anos (Jeffcoat, 1983; Rezende e Montenegro, 1988; Halbe, 1987, Ruiz, 1988, Howard, 1983; Bastos, 1982; Dixon, 1980 apud Mamede et al., 1992).

Appolinário, em artigo sobre a reposição hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa (1995: 169), aponta para a existência de toda uma mitologia em torno deste período feminino nas sociedades ocidentais e que vem exercer grande influência sobre o modo através do qual homens e mulheres tendem a perceber e compreender esta fase. Segundo o autor, médico, grande parte dos problemas físicos e psicológicos atribuídos pela medicina à menopausa causam intensa expectativa e apreensão na maior parte das mulheres que se aproximam desta época.

#### **4.2 - Hormônios e Climatério**

Segundo a biomedicina o climatério surge acompanhado por um conjunto de alterações endócrinas e hormonais. Os hormônios são substâncias produzidas nos organismos tanto masculino quanto feminino que exercem efeito importante de controle fisiológico e regulador sobre esses mesmos organismos. Os hormônios femininos são os estrogênios (o 17-beta-estradiol, a estrona e o estriol) e as progestinas (progesterona).

Os estrogênios atuam em diversos setores do organismo da mulher, sejam eles integrantes ou não do sistema genital (Mendonça e Trindade et al., 1995). Dentre os estrogênios, o principal e mais ativo produzido pelos ovários durante o período reprodutivo

feminino e o 17-beta-estradiol. Em ciclos ovulatórios normais, a produção de 17-beta-estradiol pode chegar a 600ug/dia. A partir do climatério, a ovulação torna-se menos frequente e ocorre uma diminuição na produção estrogênica. Após a menopausa, a síntese ovariana de 17-beta-estradiol sofre uma redução a níveis inferiores a 20 ug/dia. O segundo estrogênio em importância é a estrona, que deriva basicamente do metabolismo do 17-beta-estradiol e da conversão da androstenediona no tecido adiposo. Durante a maior parte do ciclo ovulatório a relação estradiol/estrona é igual ou superior a um, tornando-se inferior a um após a menopausa (Baracat e Aguiar et al., 1996).

#### 4.3 - Sintomatologia do Climatério

r

A biomedicina descreve a partir do término da função ovariana o início de um “lento e inexorável processo de deterioração física e psíquica na mulher” (Blumel, 1988: 278). A síndrome climatérica, como é nomeado pela medicina este conjunto de sintomas e ocorrências da menopausa, se constitui de inúmeros sintomas, dentre os quais destacam-se as ondas de calor, a sudorese noturna, a insônia, a ansiedade, a depressão e a fadiga (Baracat e Aguiar et al., 1996: 261).

Autores como Blumel et al (1988), Favarato e Aldrighi (2001), Mendonça e Trindade et al (1995), Kopera (1995) compartilham a ideia de que a amplitude da sintomatologia climaterica apresenta-se de forma variável em diferentes grupos de mulheres e compreende desde os “fogachos” (calores) e patologias como osteoporose, problemas cardiovasculares e urogenitais, até os transtornos psíquicos como depressão, insônia e ansiedade.

Ainda no contexto biomédico, os tecidos do corpo humano são considerados como órgãos-alvo para os estrogênios; sendo assim, o organismo como um todo poderá vir a sofrer os efeitos de uma deficiência estrogênica, ainda que em grau variável. O rápido declínio do estrogênio no corpo da mulher no período do climatério irá acarretar o surgimento de sintomas de sua deficiência em vários tecidos (Keep, 1975: 161). Segundo Keep (1975), os tecidos corporais não reagirão todos ao mesmo tempo, uma vez que o período de latência de cada um é variável. Desse modo, os sintomas da deficiência de estrogênio poderão surgir em períodos de tempo diferentes. O autor assinala ainda que o que ocorre na maior parte das vezes é que, devido ao intervalo de tempo na emergência dos sintomas, torna-se difícil o reconhecimento completo da deficiência estrogênica.

Esta sintomatologia termina diversas vezes por afetar o cotidiano da mulher no climatério<sup>50</sup>. Entre as queixas mais comuns situam-se em posição central os fogachos, seguidos por sintomas depressivos, de ansiedade e pelo comprometimento da memória<sup>51</sup>.

A seguir serão listados os principais sintomas da fase do climatério/menopausa a partir de pesquisa em textos médicos.

#### **4.3.1 - Osteoporose**

Uma outra consequência da queda nos níveis de estrogênio no organismo da mulher no climatério é a diminuição dos níveis de calcitonina, que é o hormônio bloqueador da reabsorção óssea. A hipostrogenia causa também uma menor absorção digestiva de cálcio, a hipocalcemia irá produzir então o hiperparatireoidismo e um aumento da reabsorção óssea. O resultado desse processo é a osteoporeose, caracterizada por dor e pela diminuição da massa óssea, assim como por um aumento da susceptibilidade a fraturas (Blumel et al., 1991: 270).

#### **4.3.2 - Doenças Cardiovasculares**

Estudos realizados na área de cardiologia revelaram que os estrógenos exercem proteção também no sistema cardiovascular contra os efeitos nocivos do colesterol, o que faz com que, conseqüentemente, o metabolismo lipídico seja também afetado pelo hipostrogenismo. Na menopausa ocorre um decréscimo do HDL-colesterol, que é uma lipoproteína protetora das cardiopatias coronárias, havendo concomitantemente um incremento do LDL-colesterol, lipoproteína nociva de baixa intensidade. Desse modo, segundo estes mesmos estudos, as mulheres na menopausa se encontram inseridas em uma categoria de maior risco com relação à possibilidade de vir a desenvolver cardiopatias coronárias (Blumel et al., 1991: 270).

<sup>50</sup> Appolinário (1995: 169) sugere uma divisão da síndrome climatérica em três grupamentos sintomáticos:

a. O primeiro grupo englobaria os sintomas somáticos, dentro dos quais se destacam os fogachos.

b. Os sintomas psicossomáticos.

c. Os sintomas psicológicos.

<sup>51</sup> O fogacho é definido como uma onda de calor ascendente que geralmente se inicia no tórax ou abdome e caminha em direção à região cefálica (Appolinário et al. 1995: 169).

### 4.3.3 - Depressão

O discurso da biomedicina tem incluído ansiedade, depressão e insônia como parte de uma sintomatologia freqüente do climatério, decorrente da queda dos níveis dos estrogênios. Essa tendência pode ser constatada em trabalhos como os de Favarato e Aldrichi (2001), Barakat et al (1996), Blumel et al (1991, 1988) e Llusia (1968), nos quais são enfocadas a importância e a influência dos hormônios femininos com relação aos sintomas psíquicos.

Os estrogênios exercem efeitos indiretos, mas importantes, sobre os neurônios do sistema nervoso central. O hipoestrogenismo pode levar a paciente climatérica a um quadro de fadiga, tonteira, perda de memória, depressão, insônia e irritabilidade em função da alteração dos neurotransmissores e aminas cerebrais (Gorgens et al. 1992: 381).

Appolinário (1995: 170) aponta para a controvérsia com relação à etiologia dos sintomas depressivos, de ansiedade e mnésticos no climatério, referindo-se a duas hipóteses recorrentes. Segundo uma delas, a falta de estrogênio causaria o humor depressivo por meio de uma redução da concentração plasmática de triptofano e da função cerebral da 5- hidroxitriptamina. Os estrógenos exerceriam diversos efeitos sobre o S.N.C. (sistema nervoso central) com ação organizacional e promoção do crescimento e diferenciação de diversos sistemas e sítios neuronais<sup>52</sup>. Por meio também de efeitos modulatorios sobre os neurotransmissores, os estrógenos são causadores de atividade antidepressiva coadjuvante, o que resulta em sensação de bem-estar.

Schmidt e Rubinow (1991: 849) propõem uma outra hipótese, a do “efeito dominó”. Segundo eles, os sintomas depressivos podem ser secundários com relação aos sintomas somáticos, como os fogachos. Schmidt e Rubinow realizaram um estudo sobre o efeito dominó no qual apontam que o cansaço, o “nervosismo” e as falhas na memória relatados por mulheres no climatério poderiam ser decorrentes de fogachos e suores noturnos, causadores de interrupção do sono. Ocorreria desse modo um nível maior de cansaço, esgotamento (estresse), por conta da má qualidade do período de repouso destas mulheres. Ainda segundo estes autores, outras mulheres com numerosos episódios diurnos de fogachos trazem relatos de sintomas de isolamento, afastamento do convívio social, bastante semelhantes à sintomatologia observada em crises de agorafobia ou fobia social.

<sup>52</sup> “Os fatores ambientais físicos e psicossociais, e suas interações *inextrincáveis* com a mulher nesta fase, irão contribuir para os efeitos dos estrogênios sobre o S.N.C.” [abreviatura de sistema nervoso central.] (Kopera, 1984; Kuhl, 1990 apud Appolinário et al., 1995: 172, grifo meu.).

#### **4.4 - TRH – Terapia de Reposição Hormonal**

A atenção se volta agora para o climatério e a preconização da biomedicina para a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) para as mulheres neste período.

A percepção, pela medicina, do climatério e da queda nos níveis hormonais que o caracterizam como uma época em que surgem componentes patológicos diversos que irão influenciar diretamente a saúde feminina neste período vem se evidenciando cada vez mais através da indicação da TRH (terapia de reposição hormonal) como recurso preferencial no tratamento e profilaxia da síndrome climatérica (Lauritzen, 1975; Greendale e Judd, 1993; Favarato e Aldrighi, 2001).

##### **4.4.1 - Definição**

A medicina define a TRH como a administração de estrogênios nas mulheres a partir do período da perimenopausa. A utilização terapêutica de estrogênios fundamenta-se basicamente em dois pontos:

- a. Verificação dos sintomas prevalentes: vasomotores, cardiovasculares, metabólicos, urogenitais e ósseos.
- b. Determinação da via de administração: vaginal, oral ou transdérmica.

A terapia de reposição hormonal pode ser administrada em pacientes no climatério, de acordo com os esquemas que se seguem:

- administração de estrogênios isoladamente.
- administração de estrogênios associados a progestagênios, em esquemas cíclicos.
- administração de estrogênios associados a progestagênios continuamente, sem interrupção.
- outros hormônios (Görgens, 1992: 381; Aldrighi et al., 2001: 98).

##### **4.4.2 - Indicações**

Para um maior esclarecimento com relação à sintomatologia apresentada pela paciente durante o período do climatério, torna-se importante a determinação dos níveis estrogênicos através de métodos clínicos ou laboratoriais. A medicina preconiza que as

condições clínicas individuais devem ser consideradas ao serem fixados os esquemas de reposição estrogênica (Mendonça e Trindade, 1995: 373).

Segundo autores como Lauritzen (1975), Van Keep e Kellerhals (1975) e Kopera (1975), o diagnóstico das queixas climatéricas mostra-se algumas vezes difícil, tornando-se necessária uma avaliação criteriosa dos sintomas, sendo que as irregularidades cíclicas, os fogachos e a irritabilidade nervosa são ainda as melhores pistas para que seja fechado um diagnóstico mais preciso. Segundo ainda estes mesmos autores, a terapêutica preventiva com estrogênios tem também por função possibilitar à mulher lidar melhor com as mudanças sociais que muitas vezes acompanham esta fase da vida (aposentadoria, divórcios, esvaziamento da função materna, perda dos pais).

Observa-se ao longo da última década uma preconização da medicina no sentido da adoção da terapêutica de reposição hormonal para as mulheres a partir do período anterior à menopausa, desde que estas não apresentem contra-indicação para o uso de estrógenos (Appolinário et al., 1995; Blumel et al., 1991). A TRH atuaria tanto nos sintomas somáticos, quanto psíquicos do climatério, melhorando o estado emocional como um todo. Sendo assim, o declínio psicológico que, segundo estudos clínicos, as mulheres climatéricas seriam passíveis de desenvolver, com sintomas como depressão, irritabilidade e comportamentos anti-sociais, poderia ser evitado ou amenizado com a terapia de reposição hormonal (Dapunt, 1967; Prill e Lauritzen, 1970, Radmay, 1970 e Winter, 1967 apud Kopera, 1975 e Scalco, 2002).

Alguns autores, como Keep e Kellerhals (1975), preconizam a administração preventiva de estrogênios para evitar a melancolia menopáusica e pós-menopáusica. Já outros salientam também os efeitos benéficos dos estrógenos no tratamento dos transtornos cognitivos do climatério (Phillips e Sherwin, 1992; Ditkoff, 1991 apud Appolinário et al., 1995; Neto, 2001 e Shepherd, 2001).

É importante sinalizar que dentro do discurso biomédico a categoria **melancolia** se apresenta como parte do conjunto da sintomatologia depressiva, que inclui também tristeza e desânimo. A melancolia ou tristeza é definida dentro da biomedicina como basicamente decorrente de disfunções fisiológicas causadas por queda nos níveis hormonais e nas trocas neuro-químicas. A biomedicina não nega que as situações de mudança e estresse da vida cotidiana possam causar prejuízos ao funcionamento psíquico da mulher no climatério. Traz porém como hipótese que o fato de a mulher apresentar uma maior ou menor susceptibilidade a tais eventos repousaria em suas dosagens hormonais, que sofrem no climatério uma diminuição importante.

Pesquisas biomédicas afirmam que a reposição estrogênica atua ainda satisfatoriamente na prevenção da osteoporose, causando a diminuição da reabsorção do cálcio e acarretando uma interrupção desse processo: indica-se que o tratamento seja iniciado em fase precoce, ou seja, no período da pré-menopausa. Do mesmo modo, com relação às enfermidades cardiovasculares, a TRH irá atuar no perfil lipídico, aumentando proporcionalmente o HDL, que exerce efeito protetor sobre as coronárias (Blumel et al., 1991, Kannel, 1987 apud Soares et al., 1995).

Soares et al (1995) propõem tanto para o tratamento da osteoporose, quanto das doenças cardiovasculares, uma abordagem multidisciplinar, incluindo além da TRH, orientações nutricionais e exercícios físicos. Para os transtornos de humor são sugeridos também antidepressivos (Ballinger, 1990, Martinez-Jordan, 1993; Stone e Pearlstein, 1994 apud Soares, 1995) em combinação com a TRH, além de exercícios aeróbicos (Shangold, 1990, Idicula e Goldberg, 1987 apud Soares, 1995). Hunter e Whitehead (1989) apontam também para os fatores sociais, como nível de educação, moradia, inserção familiar e atitudes frente aos sintomas como sendo influentes na intensidade da sintomatologia climatérica (apud Soares, 1995).

Neste ponto mostra-se importante chamar atenção para um fato interessante com relação a entrada da medicina, especificamente no climatério, de uma forma mais ampla. Tal fato pode ser observado a partir dos textos médicos em que a TRH é indicada também profilaticamente a partir do período da pré-menopausa. Atualiza-se aqui a ideia dominante, em especial a partir do século XIX, que passa a definir a mulher como um ser invariavelmente patológico<sup>53</sup>. A partir desta definição, torna-se então de suma relevância que ela seja tratada *antes*, de forma preventiva, para que não venha a apresentar uma sintomatologia mais grave (tanto emocional quanto física) que a torne pior em seus momentos mais críticos, nos quais sua feminilidade se apresenta mais evidente, como na menstruação, gravidez, puerpério e menopausa.

Embora no discurso biomédico as questões sócio-culturais não sejam negadas, ocupam um plano secundário, sendo atribuído às mesmas um papel de menor importância. O que irá determinar segundo este discurso, a forma através da qual as mulheres irão lidar com os fatos ou problemas de seu cotidiano ou ainda quais atitudes e reações irão assumir perante tais acontecimentos será a dosagem hormonal, uma vez que os hormônios têm uma atuação abrangente em toda a fisiologia feminina, inclusive no sistema nervoso central. A

<sup>53</sup> O tema da definição da mulher como um ser patológico a partir de sua própria condição física é abordado mais detalhadamente no capítulo 2, **Mulher e Medicina** desta dissertação.

influência dos hormônios também no funcionamento psíquico das mulheres no climatério ocupa um papel preeminente dentro da biomedicina, decorrendo daí a indicação de sua reposição (TRH-terapia de reposição hormonal) também para prevenir, aliviar e tratar a sintomatologia psíquica no climatério.

Analisando-se a relação entre o domínio biológico e o domínio social no discurso biomédico sobre a menopausa/climatério, é possível sugerir que a preeminência dada ao primeiro acaba por reduzir a importância do segundo.

Seguindo as pistas de Dumont (1985)<sup>54</sup>, poderíamos falar de uma relação de encompassamento hierárquico entre o domínio do biológico e o que se apresenta como de âmbito social. Pode ser observada uma relação na qual o que é pertinente à bagagem sócio-cultural e às histórias de vida pessoais se apresenta subsumido pelo biológico, encompassado pelos eventos corporais e fisiológicos. No caso, o biológico está representado pelo discurso da biomedicina, da ginecologia e sua preconização da TRH como forma preferencial de terapia para todas as mulheres a partir do período da premenopausa.

Nota-se que há uma especificidade do uso dos fatores sociais pela biomedicina que vem se constituindo num fato relevante na sociedade atual. Tal utilização tem sido representada pela reivindicação cada vez maior da biomedicina em “tratar” os acontecimentos cotidianos e que estão relacionados às histórias pessoais dos sujeitos. Retomando a questão do climatério/menopausa, encontra-se inserida aí a influência do papel dos hormônios. Os fatores sociais existem, mas segundo a biomedicina, a forma como as mulheres irão responder a eles passa a ser compreendida como estando condicionada por suas taxas hormonais.

#### **4.4.3 - Contra-indicações e Riscos da Terapia de Reposição Hormonal**

A medicina adverte para as contra-indicações quanto à utilização da reposição estrogênica, apontando que esta preconização deve ser alvo de atenção e cuidado. Mulheres com antecedentes de câncer hormônio dependentes (como por exemplo o câncer

---

<sup>54</sup> Segundo Dumont (1985) a hierarquia se apresenta como um mecanismo válido a todas as sociedades. A partir deste pressuposto, Dumont (1985) produz uma teoria que propõe ser universal, trabalhando com dois tipos de oposição: a hierárquica e a contrastiva, excludente. A oposição hierárquica (referente ao holismo) não implica na negação, exclusão de um dos termos. Nesta oposição um dos termos é englobado pelo outro, há o englobamento da diferença (relação de superioridade onde  $A > B$ ). Já em uma oposição excludente, contrastiva (própria do individualismo), a afirmação do contrário irá incluir a negação. É encontrada aí dificuldade em se pensar a diferença, a alteridade ( $A$  é diferente de  $B$ ).

de mama), sangramentos vaginais de causa desconhecida, insuficiência hepática e trombose vascular aguda não podem fazer uso da TRH. Além disso, o uso da TRH precisa ser acompanhado por um monitoramento constante, sendo que nas mulheres com útero íntegro deve ser feita uma reposição paralela de progestagênios, visando diminuir o risco de carcinoma de endométrio (Freedman e Woodward, 1992 apud Soares et al., 1995).

Após estudos clínicos envolvendo mulheres com menopausa natural ou cirúrgica, sem história prévia de câncer de mama, Steinberg (1991 apud Neves et al., 1994), pôde constatar que o risco de câncer de mama não parece aumentar em mulheres com até cinco anos de uso de estrógenos (independentemente do tipo de menopausa). Contudo, após quinze anos de uso, foi constatado um aumento de 30% quanto ao risco de desenvolvimento de câncer de mama. Segundo Neves (1994), o uso prolongado é superior a quinze anos causa um aumento pequeno, mas significativo, quanto ao risco destas mulheres virem a desenvolver câncer de mama.

Quanto à incidência de câncer de endométrio, a utilização dos estrógenos amplia o risco de que as mulheres usuárias destes hormônios possam contrair essa doença até vinte vezes mais do que aquelas que não utilizam esta forma de terapia (Jick, 1979; Smith, 1975 apud Neves, 1994).

Pesquisas realizadas posteriormente, nos anos 80, concluíram que com a associação de progesterona o risco de câncer endometrial passaria a ser até cinco vezes menor (Gambrell, 1986 apud Neves, 1994). Posteriormente foi verificado e sugerido por Chu e equipe (1982 apud Neves, 1994) que a sobrevivência de usuárias de estrógenos que apresentavam câncer de endométrio seria igual e de melhor qualidade em relação às mulheres sem câncer e não usuárias de estrógenos, mas que provavelmente tenham desenvolvido doenças cardiovasculares e osteoporose.

Neves (1994), em estudo no qual avalia a utilização da terapia de reposição hormonal, enfatiza a importância de uma leitura criteriosa das pesquisas disponíveis, uma vez que se constata, segundo o autor, uma *nítida tendência ufanista* quanto à preconização do uso de TRH (Neves, 1994).

Neves (1994) explicita uma posição crítica, apontando que a TRH tem sido reconhecida como uma verdadeira “panacéia” para os “males” da mulher no climatério. Embora pareça à primeira vista hegemônico, o discurso da biomedicina sobre a TRH apresenta algumas tensões internas. Apesar do fato de que desde seu surgimento, por volta da década de 60/70, a TRH tenha se estabelecido de forma crescente com relação à sua preconização, pesquisas biomédicas vêm apontando, cada vez com maior frequência, para

os riscos acarretados por esta forma de terapia. Diversos autores como Dennerstein (1987), Ballinger (1990), Utian (1997), Kaufert e Gilbert (1986) vêm assinalando a importância da realização de pesquisas mais detalhadas, contextualizadoras e abrangentes sobre a fase da menopausa assim como com relação ao uso da TRH, que possam auxiliar a esclarecer de modo mais preciso quais seriam os benefícios e os efeitos nocivos deste tratamento ao organismo da mulher

#### **4.5 - Panorama do discurso médico sobre a sintomatologia psíquica do climatério a partir de publicações internacionais das décadas de 70, 80 e 90<sup>55</sup>**

Nas últimas décadas tem-se ampliado gradativamente o interesse da medicina pelos chamados sintomas psíquicos da síndrome da menopausa. A questão das queixas de ansiedade, depressão, insônia, labilidade emocional e dificuldades com relação a memória têm suscitado estudos que irão apontar para tendências terapêuticas diversas. Serão tomadas como objeto de análise a seguir algumas tendências dentro do discurso médico internacional sobre a problemática psíquica no climatério. Como se verá, embora possa ser identificado um discurso mais hegemônico e que irá preconizar a utilização de hormônios também para prevenir e tratar das questões psíquicas e cognitivas, este não se configura como único dentro da medicina. Algumas posições de profissionais médicos mais relativizadoras sobre a ansiedade e a depressão na menopausa servirão de contraponto, para que os problemas psíquicos que venham a ocorrer em mulheres nesta fase não sejam interpretados de modo reducionista vindo a ser naturalizados.

Segundo uma visão geral, presente também na ginecologia, a queda dos níveis hormonais que ocorre no organismo da mulher a partir do período do climatério é responsável por toda uma série de ocorrências que poderão atingir níveis patológicos. Tais modificações fisiológicas implicam em conseqüências que abrangerão a parte óssea, cardíaca, genito-urinária, psíquica e também estética da mulher nesta fase. Algumas contribuições do discurso da biomedicina, mais especificamente quanto à influência dos hormônios nas funções psíquicas e cognitivas da mulher são material importante para análise. Pode ser constatado um crescente interesse com relação à temática da depressão na menopausa através de pesquisas e artigos científicos no âmbito da biomedicina. Existem alguns pontos em comum nos textos pesquisados capazes de trazer pistas sobre o discurso

<sup>55</sup> Quanto à relação dos periódicos pesquisados, estes se encontram na lista de Fontes Bibliográficas.

da medicina a partir da década de 70 com relação à sintomatologia psíquica da mulher no climaterio. É relevante assinalar que, face ao imenso volume de publicações, não constitui intenção deste capítulo esgotar a totalidade das exposições, que mereceriam um estudo mais específico.

A partir da década de 70, o papel dos hormônios, sua influência na ocorrência de sintomas depressivos e a preconização da terapia de reposição hormonal passam a ocupar lugar de destaque nas pesquisas sobre o tema.

Em 1972, Klaiber<sup>56</sup>, em pesquisa realizada sobre a depressão em mulheres no período a partir da pré-menopausa, pôde constatar que mulheres diagnosticadas com depressão apresentavam altos níveis de MAO<sup>57</sup> atividade e também de respostas ampliadas a estimulação por luz, registradas por meio do EEG (eletroencefalograma). Tais níveis não foram encontrados em mulheres que não apresentavam queixas de ansiedade e depressão. Estas anormalidades foram interpretadas como uma insuficiência central de catecolaminas<sup>58</sup> (adrenalina e noradrelanina), que se encontraria na base da depressão, tendo sido aplicada de forma experimental a reposição hormonal (estrogênios) ao grupo de mulheres depressivas. O autor constatou que o uso de estrogênio reduziu os índices de MAO atividade e de catecolaminas a níveis normais, havendo mudanças no quadro psíquico das mulheres pesquisadas, com relatos de importantes melhoras em seu estado de humor e consequentemente com reflexos positivos em seu cotidiano. O relato do autor sugere que o uso de estrogênio se apresenta capaz de restaurar a função adrenérgica central a níveis normais e que uma elevada atividade de MAO estaria associada à depressão.

Caminhando ainda na direção de uma relação causal entre menopausa e estados depressivos, pode ser citado o trabalho de Barbara Ballinger<sup>59</sup>, que realizou em 1977 uma pesquisa entrevistando 217 mulheres, com idades compreendidas entre 40 e 55 anos frequentadoras do ambulatório de ginecologia do *Hospital and Medical School* da Universidade de Dundee. Ballinger pôde constatar neste universo um alto índice de associação entre a presença de problemas ginecológicos e psiquiátricos, sendo que este índice surge mais ampliado no período da menopausa. A autora faz referências a diversas pesquisas a partir de 1958 (Stengel), que puderam também constatar um aumento

<sup>56</sup> Médico, pesquisador da *Worcester Foundation for Experimental Biology*, Shrewsbury, EUA.

<sup>57</sup> A monoamina oxidase, uma enzima encontrada nos tecidos periféricos e centrais, seria a responsável por regular os níveis cerebrais de catecolaminas (Kopin, 1964; Crane, 1970 apud Klaiber, 1972).

<sup>58</sup> O termo catecolamina se constitui em uma designação genérica para a adrenalina e a noradrelanina, e são compostos encontrados nas terminações dos nervos simpáticos e nas vesículas da medula supra-renal (Buarque de Holanda, 1986).

<sup>59</sup> Médica do Departamento de Psiquiatria do *Winewells Hospital and Medical School*, University of Dundee, Dundee.

significativo de problemas psíquicos relacionados ao período da menopausa e à realização de histerectomias (Stengel, 1958, Sainsbury, 1960, Barker, 1968; Munro, 1969 e Richards, 1973), que por sua vez surgem também como um desencadeador de problemas psíquicos. Ballinger (1977) aponta que esta cirurgia concorre para uma maior incidência de desordens afetivas nas mulheres. A relação da histerectomia com a saúde psíquica da mulher, assim como em Ballinger (1977) e em outros autores, como Richards (1973), é percebida como deflagradora de questões afetivas importantes para a mulher<sup>60</sup>.

Com relação à questão da histerectomia, cabe ressaltar a importância do útero na configuração de um ideário do feminino para as mulheres. Aparentemente, as cirurgias de retirada dos ovários não causam o mesmo impacto emocional nas mulheres que a histerectomia, uma vez que não são citados nas pesquisas relatos de problemas psíquicos deflagrados pela retirada dos ovários (não se está referindo aqui às mudanças nos níveis hormonais, e que segundo a ginecologia podem acarretar problemas psíquicos). Embora no âmbito da biomedicina a configuração do feminino tenha sofrido um deslocamento do útero para os ovários e os hormônios, a histerectomia, parece exercer ainda um efeito importante nas representações do feminino. Uma vez que o útero é ainda percebido como o símbolo da maternidade, e conseqüentemente da imagem do feminino, sua retirada costuma trazer mudanças quanto às possíveis imagens que a mulher tenha construído sobre si mesma. Muitas vezes, estas imagens tenderiam a deslizar de um pólo positivo representado pela fertilidade, capacidade de gerar e abrigar um novo ser, a um pólo de menor valor, no qual a mulher ao perder seu “órgão-símbolo”, passa a ser percebida como sendo menos feminina, menos capaz e menos mulher.

Ao longo da década de 70 aparecem também diversos trabalhos, como os de Dennerstein e Burrows<sup>61</sup> de 1978 e Mello e Costa<sup>62</sup> de 1979, que apresentam alguns pontos em comum. Os autores citam a evidência de uma ampliação da freqüência dos sintomas psíquicos em relação direta à queda da função ovariana na menopausa. Dennerstein (1978) preconiza ainda para o alívio desta sintomatologia a reposição hormonal.

Certas convergências podem ser identificadas no discurso destes autores da área da medicina, as quais dizem respeito ao reconhecimento de uma sintomatologia psíquica própria ao climatério, incluindo-se uma ampla gama de queixas (irritabilidade, ansiedade,

<sup>60</sup> Richards pôde observar em sua pesquisa que a histerectomia apresentou um efeito particularmente deletério para a saúde física e psíquica das mulheres (1973 apud Ballinger, 1977).

<sup>61</sup> Professores do Departamento de Psiquiatria e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Monash e do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Melbourne, Austrália.

<sup>62</sup> Professores das disciplinas de Obstetrícia e Ginecologia da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (UELIRIO).

depressão, labilidade emocional, insônia, dificuldades de concentração). Os textos convergem igualmente quanto à indicação da terapia de reposição hormonal como uma opção de tratamento também para as questões emocionais. Observam-se do mesmo modo alguns questionamentos apontando para uma necessidade de relativizar esta sintomatologia, não descartando a importância do papel dos estrogênios, sem limitá-la contudo à ação hormonal. Ballinger (1977), e de modo mais específico, Dennerstein (1978), indicam a necessidade de se levar em conta as mudanças familiares e sociais que irão influenciar no cotidiano das mulheres na fase do climatério. Os autores apontam ainda o fato de que a maior parte dos estudos sobre a sintomatologia psíquica no climatério se concentram nas alterações hormonais e metabólicas, o que indica a necessidade de um investimento maior em pesquisas que investiguem as modificações psíquicas e sociais que acompanham este período.

Quanto à terminologia utilizada, Mello e Costa (1979) propõem a substituição do termo *síndrome climatérica* por *estado climatérico*, uma vez que consideram que o climatério se constitui em um fenômeno fisiológico normal, como são os períodos da puberdade, da gravidez e da lactação. Com isto o termo *climatério* seria desvinculado da concepção de doença, sendo a expressão *síndrome climatérica* reservada apenas para os casos em que se apresentassem queixas distintas.

A ideia de que o climatério/menopausa seja por si só um fator desencadeador de problemas psíquicos nas mulheres por conta da queda nos níveis hormonais é questionada por George Winokur<sup>63</sup> em pesquisa realizada em 1973 no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Iowa. Winokur estudou um grupo de 71 mulheres portadoras de distúrbios afetivos (depressão) com idades relativas ao período compreendido entre a pré-menopausa, a menopausa e a pós-menopausa. Seu objetivo consistiu em avaliar se o risco de depressão no período do climatério se apresentaria ampliado com relação às outras fases da vida. Os resultados apontam para uma diferença insignificante com relação aos índices de risco encontrados: 7,1% de risco de que durante o período da menopausa sejam deflagrados problemas psíquicos nas mulheres contra 6% de risco de que tais problemas venham a surgir em outros períodos da vida. Baseado nas avaliações das mudanças hormonais do período do climatério, Winokur pôde concluir que estas não se constituem por si só em fatores importantes e precipitadores de episódios depressivos mesmo que estes venham a ocorrer no período do climatério.

---

<sup>63</sup> Médico, professor do Departamento de Psiquiatria, Universidade de Iowa, Iowa, EUA

Nas décadas de 80 e 90, assim como na década anterior, observou-se uma tendência a priorizar as explicações baseadas no papel dos hormônios nas questões psíquicas e cognitivas das mulheres no climatério. Ao longo das décadas de 80 e 90 é crescente dentro da biomedicina a influência do papel dos hormônios no organismo feminino como um todo, sendo que o declínio das taxas hormonais ocorrido no climatério acarreta uma série de sintomas desgastantes para a mulher (Haney, 1986; Dennerstein, 1987). No entanto é importante salientar que esta não se constitui numa postura hegemônica: autores apontam para a necessidade de que sejam relativizadas as ocorrências psíquicas nas mulheres no período da menopausa, sem atribuir-lhes tão somente a causa hormonal.

Embora não se concentre especificamente na área do climatério, a pesquisa realizada por Mark Zoccolillo e Robert Cloninger<sup>64</sup> em 1986 sobre a somatização aponta uma interessante ocorrência comum a inúmeras mulheres, inclusive no período do climatério. Eles abordam em particular o excesso de medicalização em mulheres com questões somáticas. Definem por somatização uma desordem polissintomática (causada por múltiplos fatores), que muitas vezes se inicia bastante cedo, afetando, na maior parte das vezes, mulheres e é caracterizada pela presença de diversas queixas orgânicas e psíquicas. Em estudo realizado no Ambulatório de Psiquiatria da Universidade de Washington (*Washington University Outpatient Clinic*) pôde-se constatar um alto índice de morbidade, consequência de hospitalização e medicalização excessivas, nos casos de mulheres com queixas somatoformes, assim como de histerectomias, revelando uma tendência para tratar cirurgicamente queixas que muitas vezes apresentam fortes componentes emocionais. Em seu artigo, os autores concluem apontando como uma das prováveis causas desta tendência para uma forte medicalização das queixas femininas a ausência de informação e debate nas faculdades de medicina. Segundo Zoccolillo e Cloninger (1986), haveria uma lacuna na formação dos médicos, que passariam a atribuir unicamente ao organismo, ao físico, a responsabilidade das queixas apresentadas pelas mulheres, sem a possibilidade de inclusão dos fatores sociais e culturais que possam porventura estar contribuindo no surgimento de tais queixas.

Nas últimas décadas o discurso da ginecologia tem correlacionado uma maior frequência de sintomatologia depressiva (ansiedade, cansaço, problemas de memória, irritação, dores de cabeça, insônia) a mulheres que se encontram no período compreendido a partir da pré-menopausa. Ainda inseridos em uma visão biomédica, os fatores biológicos,

---

<sup>64</sup> Os autores são médicos do Departamento de Psiquiatria da *Washington University School of Medicine*.

como as bruscas mudanças nas taxas hormonais, tornariam a mulher mais vulnerável na menopausa a desordens afetivas (Dennerstein, 1987; Ballinger, 1990; Gabriel, 1991; Schmidt e Rubinow, 1991).

Autores como Haney (1986)<sup>65</sup> apresentam também uma tendência a definir a mulher no climaterio como um ser mais fragilizado e, sendo assim, mais propenso a uma série de patologias, inclusive psíquicas. O autor destaca a grande importância do hormônio estrogênio em todo o organismo feminino, propondo a hipótese de que o climaterio não seria um fenômeno natural, mas sim algo que ocorre a partir de um prolongamento da expectativa de vida. Seu texto dá ênfase à idéia de que enquanto a maior parte dos mamíferos não vive muito tempo além daquele a partir do qual cessa o período reprodutivo, a expectativa de vida das mulheres tem se ampliado muito. Segundo o autor, uma vez que cerca de um terço do período de vida das mulheres é passado na fase da pós-menopausa, a sintomatologia apresentada a partir de então estaria relacionada a um processo de envelhecimento e degeneração patológicos.

Haney (1986) aponta também que as diferenças entre as fisiologias masculina e feminina servem para explicar o porquê de as mulheres serem acometidas por tantas patologias a partir da meia idade. Enquanto que para o homem verifica-se a ausência de uma queda brusca nas taxas hormonais, não havendo uma limitação a capacidade reprodutiva, na mulher esta capacidade cessa como consequência de um quadro de diminuição brusca nas taxas hormonais. Além disso, para ela o número de óvulos já é fixado a partir aproximadamente da 20ª semana de gestação, e sofrerá um declínio gradativo ao longo de sua vida. Segundo Haney (1986), o organismo feminino estaria, em função de suas próprias características, fadado à falência, sendo que a partir da pré-menopausa, seria cada vez mais passível por conta de queda nas taxas hormonais, de vir a ser afetado por diversas patologias.

Atualiza-se mais uma vez aqui a hipótese de uma natureza patológica da mulher, que passa a assumir importância crescente a partir do século XIX. Esta, por sua própria natureza, e fisiologia, comparada ao modelo de saúde representado pelo homem, passa a ser compreendida como um ser mais frágil e sujeito a períodos críticos, dependendo da fase de vida em que se encontra. A menopausa/climaterio ainda permanece dentro do discurso da biomedicina /ginecologia como um período bastante delicado e deflagrador de uma condição patológica na mulher.

---

<sup>65</sup> Médico ginecologista da *Duke University Medical Center*, Durham, North Carolina

Com relação à posição da ginecologia quanto ao período da menopausa, Schmidt e Rubinow (1991) identificam que embora não seja unânime, a tendência de grande número de ginecologistas é diagnosticar a sintomatologia depressiva que venha a ocorrer em mulheres nesta fase como sendo decorrente de uma deficiência hormonal, e sendo assim, tratável através da TRH (terapia de reposição hormonal).

Dentro desta linha que segue a indicação da TRH para tratar da sintomatologia climatérica, Lawrence Palinkas e Elizabeth Connor (1992)<sup>66</sup> conduziram um estudo em 1984 com o objetivo de verificar os efeitos antidepressivos desta terapia. Os autores tomaram como universo de pesquisa um grupo formado por 1.190 mulheres, com idades compreendidas entre 50-59 anos, em Rancho Bernardo, Califórnia. A conclusão aponta a TRH como um recurso eficaz para o tratamento também desta sintomatologia, embora atestem a necessidade de uma investigação mais ampla, abrangendo um número ainda maior de mulheres no climatério que apresentem sintomatologia depressiva para que resultados mais consistentes sejam alcançados.

Os autores citam ainda estudos que desde a década de 70 têm salientado a atuação antidepressiva do hormônio estrogênio, preconizando o uso da TRH para o tratamento e para a profilaxia dos quadros depressivos (Prange, 1972; Schneider, 1977, Campbell, 1977; Klaiber, 1979; Dennerstein, 1979; Sherwin, 1985 e 1988; Oppenheim, 1983 e 1987 apud Palinkas, 1992).

Também Pinto-Netto (1995) e Appolinário (1995) apontam em seus estudos a ação dos estrogênios no funcionamento psíquico, assim como preconizam a indicação da reposição hormonal também para a sintomatologia psíquica (sintomas depressivos, ansiosos e comprometimento cognitivo) associada à menopausa. Citam esta posição como uma tendência que diversos autores vêm apontando nos últimos anos (Blum, 1989; Cagnacci, 1991; Gerdes, 1982; Montgomery, 1987; Thomson, 1977 apud Appolinário, 1995). Os autores salientam ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar e a necessidade de que sejam realizadas mais pesquisas nas áreas de sociologia e psicologia.

Artigos mais recentes, como os de Aldrighi (2001) e Shepherd (2001), têm revelado uma ampliação da área de atuação dos estrogênios e da possibilidade de que seu uso possa beneficiar mulheres no climatério.

Aldrighi e Shepherd (2001) apontam que, embora o funcionamento preciso do cérebro permaneça um enigma, pesquisas desenvolvidas por neurocientistas têm

---

<sup>66</sup> Médicos da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia.

demonstrado como os hormônios (no caso os estrogênios) podem atuar enquanto regeneradores do SNC (sistema nervoso central). Tal fato traz, segundo os autores, significantes implicações para o tratamento de mulheres que apresentam queixas relativas a uma sintomatologia psíquica (depressão, mudança de humor, problemas de memória) durante o período do climatério<sup>67</sup>. O estrogênio influencia diretamente as funções cerebrais por meio dos receptores de estrogênio localizados em nível neuronal em múltiplas áreas do cérebro. Estudos de vários autores na área da medicina revelam que o estrogênio exerce uma função neuroprotetora no sistema nervoso central (Birge, 2000 e 1997, Mc Kuen, 1999, Greene, 1999 e 1998, Murphy, 1996, Phillips, 1992 apud Shepherd, 2001)<sup>68</sup>.

Shepherd (2001) cita também pesquisas que apontam para os benefícios da ação estrogênica na cognição. Segundo os pesquisadores, o Mal de Alzheimer, que apresenta uma maior prevalência em mulheres, está associado também à deficiência estrogênica. A TRH (terapia de reposição hormonal) ocupa um lugar importante, trazendo benefícios, melhorando a memória, a cognição, o humor depressivo e reduzindo o risco do Mal de Alzheimer (Yaffe, 1998, Jacobs, 1998 apud Shepherd, 2001).

Ainda no que se refere à inclusão de uma sintomatologia psíquica como fazendo parte das “ocorrências” do climatério, observa-se uma tendência ao longo da última década e no início também da década atual. Tal tendência é explicitada em estudos como os de Oliveira (2001) e Scalco (2002), que apontam como uma sintomatologia frequente em mulheres na faixa etária compreendida entre 40 a 60 anos a que inclui nervosismo, fôgachos, esquecimento, astenia, choro imotivado e depressão. Chamam a atenção para o papel do médico ginecologista, que deve estar atento à sintomatologia psíquica que surge no período do climatério, não para interpretá-la como normal e, sim, como um sinal indicativo de um estado depressivo.

Embora em uma primeira análise possa parecer único o discurso biomédico que prioriza a influência dos estrogênios também na sintomatologia psíquica em mulheres no climatério (o que pode ser percebido através de uma forte tendência na preconização da

---

Tais sintomas depressivos podem ocorrer pelo fato de que áreas do cérebro envolvidas com a emoção são ricas em receptores de estrogênio, e o estrogênio exerce influência direta nas conexões sinápticas dos neurotransmissores. O estrogênio apresenta a capacidade de reduzir, inibir a monoamina oxidase (MAO), o que irá resultar em maiores níveis de catecolaminas e serotonina no cérebro (Blum, 1996 apud Shepherd, 2001).

<sup>68</sup> O estrogênio exerce ações neuroprotetora e neurotrófica, contra o estresse oxidativo, contra a hipoglicemia e contra o dano causado pela proteína amilóide (que está implicada no surgimento do Mal de Alzheimer). Também estimula a produção de fatores do crescimento neural, aumenta a concentração e o número de receptores dos neurotransmissores (serotonina, dopamina e norepinefrina), além de melhorar a perfusão cerebral (efeito vasodilatador) e exercer importante ação antiinflamatória (Aldrighi, 2001).

TRH para a sua profilaxia e tratamento), esta posição não é unânime. É preciso chamar a atenção para a necessidade de considerarmos a existência de posições divergentes e relativizadoras que partem também de autores atuantes na área biomédica, os quais trazem contribuições importantes no sentido de deflagrar questionamentos sobre o papel dos estrogênios na sintomatologia psíquica do climatério.

Inseridos nesta linha relativizadora, autores como Dennerstein (1987)<sup>69</sup>, Ballinger (1990)<sup>70</sup> e Utian (1997)<sup>71</sup> têm realizado estudos que compartilham com a ideia da importância de uma compreensão mais ampla do climatério/menopausa. Apontam para a impossibilidade de uma leitura que se fixe apenas na redução das taxas hormonais para a explicação das mudanças e transformações que possam ocorrer neste período da vida da mulher.

A diferença de pontos de vista, mesmo dentro da biomedicina, é apontada por estes autores. Segundo o discurso que a biomedicina pretende que seja hegemônico, a hipótese principal para a etiologia dos sintomas apresentados pela mulher no climatério consiste na diminuição dos níveis de estrogênio no organismo. Também os sintomas psíquicos da menopausa seriam atribuídos a consequências do declínio da função ovariana (Dennerstein, 1987). Há contudo uma tendência a divergências entre a ginecologia e a psiquiatria. Dentro da visão da ginecologia, a menopausa (e as mudanças hormonais e fisiológicas que a acompanham) exerce um efeito negativo sobre a saúde mental da mulher. Já a psiquiatria não compartilha desta posição, embora não negue a influência das mudanças hormonais. Aponta também para os fatores familiares e sócio-culturais como de grande importância no climatério.

A divergência com relação à compreensão da fase do climatério não se mantém unicamente entre as áreas da ginecologia e da psiquiatria. Dentro da própria ginecologia, o discurso sobre a sintomatologia psíquica no climatério não se apresenta unificado. Embora na visão da ginecologia, textos médicos clássicos listem como sintomatologia da menopausa a depressão, a irritabilidade, a ansiedade e a dificuldade de concentração (Mac Naughton, 1985; Mac Clure, 1973; Gold e Josinovich, 1980 apud Ballinger, 1990), este ponto de vista não é compartilhado por todos. Alguns médicos ginecologistas apontam que as questões familiares, sociais e psicológicas que poderão afetar as mulheres nesta fase são atribuídas erroneamente à menopausa (Novak, 1975; Jeffcoat, 1975 apud Ballinger, 1990).

<sup>69</sup> Médica do Departamento de Psiquiatria do *Austin Hospital* da Universidade de Melbourne, Melbourne, Austrália.

<sup>70</sup> Psiquiatra, da Unidade de Saúde Mental do *Royal Dundee Hospital*, Dundee.

<sup>71</sup> Médico Ginecologista, presidente (1997) da I.M.S. (*Internacional Menopause Society*).

Ballinger (1990) aponta que embora a determinação do relatório da OMS (Organização Mundial de Saúde) de 1981 inclua apenas os sintomas vasomotores e a atrofia vaginal como os únicos sintomas que realmente seriam decorrentes das mudanças hormonais no período da menopausa/climatério, a maior parte dos ginecologistas enfatiza a presença de sintomas psiquiátricos como parte do climatério e como uma consequência da deficiência de estrogênios.

O autor observa ainda certa lacuna no que concerne ao tema menopausa nos textos e livros da área da psiquiatria. Na visão psiquiátrica a menopausa não constitui um fator de alto risco para as desordens psíquicas. Ballinger (1990) propõe como hipótese para a relação causal estabelecida pela ginecologia entre os quadros de depressão e ansiedade e o período do climatério o fato de ser mais socialmente aceitável para a mulher um problema ginecológico do que psiquiátrico. Acrescenta também que em termos de uma responsabilidade pessoal sobre os fatos, é mais fácil que certas ocorrências sejam atribuídas aos hormônios do que ao próprio funcionamento psicoafetivo da mulher.

Utian (1997) chama a atenção para o crescimento do interesse com relação ao tema do climatério nas duas últimas décadas. Para ele, a menopausa tem sido uma fase geradora de disputas em um mercado orientado para uma cultura de beleza e juventude. O autor recorda que a imagem da mulher nesse período, retratada desde o século XIX como uma "rainha destronada" (Colombat L'Isere, 1845 apud Utian, 1997) tem sido constantemente atualizada através dos apelos de uma indústria que a está impelindo todo o tempo a tornar-se mais jovem, bonita e desejável.

Utian (1997) aponta para a necessidade do reconhecimento da menopausa como um período de mudanças fisiológicas normais e que coincidem com modificações no cotidiano das mulheres relacionadas com as áreas de trabalho e família. Os sintomas psíquicos não teriam muitas vezes uma relação causal direta com as mudanças biológicas, mas seriam também um reflexo das expectativas e atitudes de cada grupo social. O profissional médico precisa estar habilitado para avaliar em que medida os fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais estarão interagindo na etiologia dos sintomas psíquicos que possam ocorrer em mulheres no período do climatério.

Muitas vezes os sintomas da menopausa se configuram a partir de uma definição socio-cultural. As normas e os valores de uma cultura em particular irão determinar o significado de conceitos como juventude, menstruação, fertilidade, sexualidade, esterilidade, menopausa e envelhecimento. Encontra-se um maior número de queixas em mulheres que vivem em culturas orientadas para a juventude (como a ocidental), na qual a

fertilidade e valorizada como sendo uma das representações de beleza e juventude e o envelhecimento é temido e relacionado com a ausência de maiores horizontes e de patologias (Dennerstein, 1987, Ballinger, 1990)

O mito que persiste na cultura ocidental moderna de que a menopausa seria um presságio de deterioração mental pode ser atribuído a um contexto socio-cultural mais amplo: a pressão da mídia e a uma promoção de mercado com relação a venda de estrogênios (Dennerstein, 1987, Ballinger, 1990)

A necessidade da ampliação da leitura do climatério para uma busca de explicações que ultrapassem aquelas que repousam, *estricto senso*, na questão hormonal vem produzindo interessantes estudos ainda inseridos na área biomédica

As análises realizadas por Patricia Kaufert, Penny Gilbert e Robert Tate na Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba, Canada, em 1992, devem ser incluídas, uma vez que exemplificam uma linha de estudos diferenciada dentro da área biomédica

Os autores procederam a um estudo com o objetivo de re-examinar a ligação entre depressão e menopausa. O Projeto Manitoba, como foi nomeado, acompanhou 477 mulheres na faixa etária entre 45 e 55 anos, durante um período de três anos

Kaufert, Gilbert e Tate (1992) julgaram necessário pesquisar mais detalhadamente alguns resultados de estudos anteriores realizados no Canada e também na Grã-Bretanha, que remetiam a uma forte ligação entre depressão, crises emocionais, humor irritável e o período da menopausa/ climatério. Estes estudos levavam à conclusão de que a queda nos níveis hormonais seria a responsável por esta sintomatologia psíquica. Segundo Kaufert, Gilbert e Tate (1992), este fato teria ajudado a promover a preconização da terapia de reposição hormonal (TRH) para as mulheres a partir do período da pré-menopausa.

Além desta hipótese, outra linha de estudos chamou a atenção dos pesquisadores do Projeto Manitoba. Esta linha é a que vai buscar explicações para as possíveis depressões ocorridas em mulheres no climatério em um contexto mais amplo de suas vidas. A proposta é a de que mais do que a perda da fertilidade, seria a perda dos papéis, das funções na vida diária o pano de fundo dos estados depressivos. As mudanças nos papéis exercidos pelas mulheres de meia idade, os sinais de envelhecimento, assim como os problemas de saúde acarretados pela velhice trariam um maior risco de se desencadear nelas um processo de depressão

Os aspectos monitorados nas entrevistas realizadas por Kaufert e equipe (1992) incluem a ocorrência ou não de menopausa, o relato de sintomas ou experiências

emocionais e sua duração, aspectos de saúde e condições clínicas como artrite, alergias, problemas de pressão arterial, tireóide e diabetes. Foram também incluídas mudanças no ambiente familiar nuclear (pais, filhos, marido), tais como: nascimento, morte, divórcio, casamento, mudança ou retorno de algum membro da família e doenças graves. Algumas outras áreas onde possam ter ocorrido modificações significativas foram também pesquisadas, como os relacionamentos para além do núcleo familiar mais restrito (amigos, outros parentes, vizinhos), o trabalho (doméstico ou fora de casa) ou ainda as questões financeiras.

As análises realizadas levaram a algumas conclusões interessantes, como será relatado a seguir. Em primeiro lugar constatou-se entre as pesquisadas que as mudanças e as oscilações hormonais ocorridas não conduziram necessariamente a uma mudança para um estado de humor depressivo. Por outro lado, a probabilidade de ocorrência de estresse e depressão nestas mesmas mulheres se apresenta ampliada não em função da mudança de casa por parte dos filhos (“síndrome do ninho vazio”) ou da perda de pais em idade avançada (o que de alguma forma já seria esperado), mas por problemas no relacionamento conjugal, com os filhos e com a própria saúde.

Mulheres que trouxeram relatos de problemas de saúde (artrite, pressão alta, problemas de tireóide, questões cardíacas e diabetes) se revelaram neste estudo quatro vezes mais vulneráveis a apresentar episódios depressivos do que aquelas que não falaram de maiores questões relativas a problemas clínicos.

Dentre as mulheres pesquisadas, o único fator que se apresentou impactante com relação à probabilidade de se desencadear um episódio depressivo foi a histerectomia. Interessante observar o quão simbólico o útero ainda se apresenta para as mulheres – conotação do feminino – enquanto que para a biomedicina, esta questão tem sido atualmente deslocada para os ovários e os hormônios. A menopausa fisiológica, natural, não demonstrou exercer qualquer influência no sentido de deflagrar ou não episódios depressivos.

Embora os autores tenham sugerido certa cautela com relação a estes resultados, já que viriam a ser alvo de estudos posteriores, Kaufert e equipe (1992) assinalam que pode ser conveniente socialmente, assim como também para o meio médico, associar os quadros depressivos que possam ocorrer no climatério/menopausa às mudanças hormonais. Dentre as razões para tal fato estaria a questão econômica que envolve a preconização da TRH e também uma certa “conveniência” na atribuição aos hormônios da responsabilidade pelas questões emocionais. Os autores recomendam que os médicos passem a analisar de forma

mais criteriosa os casos de depressão em mulheres neste período, uma vez que podem ocorrer coincidências entre a sintomatologia depressiva e o fato de a mulher se encontrar na fase da menopausa.

A pesquisa evidencia que a menopausa não conduz necessariamente a mulher a nenhum risco mais sério de sofrer episódios depressivos. Mais do que mudanças hormonais, o que foi constatado na pesquisa é o fato de que as transformações e episódios de conflito na vida familiar destas mulheres poderão potencializar a probabilidade de ocorrência de depressão.

Kaufert e Gilbert (1986) realizaram também um outro estudo importante que tratava da medicalização da menopausa. A ginecologia analisa a indicação da TRH e a psiquiatria a de psicotrópicos no “tratamento” da menopausa. As autoras efetuaram ainda uma avaliação de como é a experiência da menopausa para as mulheres de Manitoba, Canadá.

Como ponto de partida de seu estudo tomam a definição de Zola (1983 apud Kaufert e Gilbert, 1986) sobre a medicalização, que a descreve como um processo através do qual cada vez mais a vida cotidiana é inserida no domínio, influência e controle médicos. O nascimento, a infância, a puberdade, a atividade sexual e a menopausa são citados como exemplos de fases da vida que têm sido alvo de uma crescente atenção por parte da biomedicina.

O modelo biomédico da menopausa a define como uma “síndrome”, uma “doença” causada por uma deficiência de estrogênios (através de um declínio gradual e irreversível da função ovariana). A sintomatologia desta síndrome envolve problemas no sistema vasomotor, atrofia vaginal e nervosismo. Para tal deficiência, segundo a ginecologia, a TRH (terapia de reposição hormonal) seria a terapia de escolha preferencial. Kaufert e Gilbert (1986) fazem uma crítica a este modelo biomédico. Segundo elas, na literatura ginecológica o modelo de doença, de deficiência estrogênica é utilizado como o representante direto da experiência da menopausa, como se o discurso da biomedicina fosse o único possível sobre esta fase da vida da mulher.

Neste ponto, é preciso chamar a atenção para a necessidade de observarmos que ao longo de inúmeros relatos biomédicos aplicados à menopausa, o estar na menopausa equivale a sofrer de deficiência hormonal e, conseqüentemente, ser passível de desenvolver algum estado patológico causado por esta deficiência. O termo *doença* é então sobreposto ao termo *menopausa*, classificando-a como uma condição semelhante à da diabetes, como uma situação crônica que irá demandar cuidados e vigilância constantes.

Kaufert e Gilbert (1986) apontam que a TRH vem se estabelecendo a partir das décadas de 60 e 70 como uma “panacéia” contra o envelhecimento. Segundo elas, ocorreu um breve retrocesso com relação à indicação desta forma de terapia, após a revelação, por parte de algumas pesquisas, de propriedades iatrogênicas da TRH, quando suas indicações passaram a ser um pouco mais restritas. Contudo, as autoras assinalam que a partir da década de 80, quando a osteoporose foi constatada como uma das maiores consequências da deficiência de estrogênio, ocorre uma mudança com relação ao panorama da indicação da TRH para as mulheres na menopausa. A TRH passa desde então a ser indicada profilaticamente a todas as mulheres a partir do período da pré-menopausa, devendo seu uso ser continuado, ao longo da vida da mulher (Brody, 1984 apud Kaufert, 1986).

Mais uma vez aqui deve se voltar a atenção para este ponto, que irá contribuir para a definição, dentro do discurso biomédico, da mulher no climatério como um ser doente. Segundo a biomedicina, a menopausa/climatério traria como consequência a todas as mulheres uma condição patológica crônica, permanente, devendo esta ser tratada ao longo de suas vidas. Torna-se importante enfatizar também o quanto, dentro de um discurso biomédico, e em especial na área da ginecologia, uma condição fisiológica passa a ser definida como uma deficiência estrogênica patológica.

Em suas análises Kaufert e Gilbert (1986) apontam para o fato de que os testes de laboratório que monitoram os níveis de estrogênio, nos quais a maior parte dos diagnósticos médicos se baseia, ignoram as experiências subjetivas, levando em conta apenas as informações científicas sobre o que estaria acontecendo no corpo. Este modelo médico prescritivo e preventivo deve ser considerado pelos clínicos de forma independente do que é dito pelas mulheres sobre si próprias.

Tal modelo inclui uma série de obrigações e compromissos, tanto para os médicos quanto para as pacientes, os quais incluem vigilância, acompanhamento por parte dos médicos e o compromisso das pacientes em cumprir o tratamento à risca. Em suma, caberia aos médicos responsáveis a prescrição de TRH, e às pacientes o compromisso em seguir tal prescrição.

As autoras apontam ainda, assim como Harding (1997), para o alto grau de responsabilização tanto para os médicos que não prescreverem tal terapia, quanto para as pacientes que se recusarem a submeter-se a ela. Os transtornos e prejuízos causados no sistema de saúde com os tratamentos e internações hospitalares fazem da prescrição e da aceitação da TRH uma obrigação sócio-econômica para com uma comunidade mais ampla (Kaufert, 1986, Harding, 1997).

Novamente neste ponto torna-se relevante enfatizar o quanto a menopausa passa gradativamente a ser objeto exclusivo do conhecimento biomédico, para o qual as experiências pessoais e subjetivas não são levadas em conta. No que se refere a definição da menopausa, a fase de ingresso da mulher no climatério vem sendo cada vez mais determinada pela avaliação das taxas hormonais realizada pelos testes laboratoriais. A sintomatologia, como tem sido analisada ao longo deste capítulo, se apresenta definida e circunscrita a um processo de adoecimento, sem causas subjetivas e os médicos têm a obrigação de tratá-la preferencialmente através da TRH.

Retomando o estudo de Kaufert e Gilbert (1986) em Manitoba, Canadá, constatou-se que a maioria das mulheres no climatério costuma buscar o médico como fonte de informações. Este estudo foi realizado acompanhando durante três anos 2500 mulheres com idades compreendidas entre 40 e 59 anos, habitantes da província de Manitoba, Canadá. Os questionários aplicados coletaram informações sobre o estado de saúde em geral, os comportamentos e hábitos mais comuns da vida cotidiana destas mulheres, assim como sua estrutura familiar e social, e possíveis eventos críticos e também importantes em suas vidas. Pesquisou-se igualmente o papel da menopausa na vida destas mulheres, e a qualidade da relação destas com o médico: se este atua tão somente como fonte de informações ou se é procurado para promover o alívio de possíveis sintomas ou prescrever algum tipo de medicação. Pôde-se constatar na pesquisa que, em sua maioria, as mulheres não costumam buscar a consulta médica como forma de aliviar alguma sintomatologia que possam estar apresentando, assim como também não é comum o uso da reposição hormonal entre as mulheres da população estudada. De modo geral, segundo Kaufert e Gilbert (1986), as mulheres em Manitoba, ao se consultarem, o fazem em busca de informações, mas não de tratamento.

Kaufert e Gilbert (1986) apontam para uma possível tendência em superestimar o uso da TRH também nos EUA, uma vez que pesquisas realizadas em Massachussets revelam resultados semelhantes aos encontrados em Manitoba (McKinlay, 1985 apud Kaufert, 1986). Concluem falando da importância de se realizar uma distinção entre dogmas e práticas médicas, entre o que seria o modelo científico e uma prática clínica mais integrada e que considere o perfil psicossocial das mulheres que venham porventura a ser objeto destas práticas.

Embora na biomedicina o climatério seja sempre associado ao processo de envelhecimento, a tendência à realização de análises e estudos sobre este período e de suas relações com o envelhecer que não privilegie apenas o aparato biológico e as modificações

metabólicas e hormonais se faz presente em alguns autores médicos, como Favarato e Aldrighi (2001), Appolinário (1995) e Sherwin (1991). O fato de que o contingente de população com mais idade vem aumentando progressivamente faz com que a discussão em torno do climatério/envelhecimento tenha uma repercussão cada vez maior<sup>72</sup>. A mulher no climatério vivencia, sem dúvida, inúmeras mudanças, modificações em seu organismo, sendo mais marcante a que irá representar o final de seu período reprodutivo.

Favarato e Aldrighi (2001: 339), dentro do discurso da biomedicina, apontam para a necessidade de uma análise contextualizadora dessa sintomatologia climatérica que inclui queixas psíquicas (ansiedade, irritabilidade e depressão)<sup>73</sup>. Segundo estes mesmos autores, tal sintomatologia se apresenta mais exacerbada em mulheres que perderam seu papel social e não redefiniram seus objetivos existenciais. Coloca-se presente neste momento para a mulher o papel crucial da redefinição e da criação de novos sentidos para a sua existência. Esta mulher no climatério passa a ser considerada como um ser em declínio, especialmente dentro do discurso biomédico hegemônico, um ser a quem falta algo, no caso o hormônio estrogênio, e termina por se sentir e por ser considerada menos mulher, incapaz de corresponder aos parâmetros pré-estabelecidos de sensualidade, beleza e juventude.

Nesta direção, Appolinário (1995: 171) aponta para a influência dos fatores sociais e culturais na modulação do impacto psíquico que a menopausa poderá ocasionar na vida da mulher. Segundo ele, na maioria das sociedades ocidentais, onde a incidência de sintomas relacionados com a menopausa se apresenta alto, a beleza física e a juventude são extremamente enfatizadas. Para exemplificar este fato, o autor cita que existem algumas outras culturas com diferentes abordagens da menopausa e nas quais a vivência deste período pelas mulheres irá se apresentar de forma bastante diversa daquela que ocorre na cultura ocidental moderna. Como exemplo cita as análises de Flint (1975) sobre tais diferenças culturais abordando grupos de população na Índia, África do Sul e Micronésia<sup>74</sup>.

<sup>72</sup> Aldrighi e Favarato (2001: 339), por exemplo, em estudo intitulado "Qualidade de Vida da Mulher Coronariopata no Climatério", apontam para a importância do fato de que a expectativa de vida das mulheres tem sido ampliada ao longo dos últimos anos. Enquanto que no início do século XX apenas 6% da população de mulheres atingia a faixa etária que compreendia o climatério/menopausa, a estimativa atual é de que no ano de 2025, 23% da população dos países desenvolvidos estará com mais de 60 anos, o que irá consequentemente acarretar um número maior de mulheres no período do climatério.

<sup>73</sup> Sherwin (1993 apud Favarato, 2001) sinaliza o alto índice de sintomas depressivos em mulheres norte-americanas que buscam atendimento médico na fase da menopausa. Questões como participação em atividades sociais e de lazer e também relativas à percepção da auto imagem, incluindo o grau de satisfação com a aparência atual, exercem influência importante quanto a uma maior ou menor vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia psíquica.

Estas pesquisas são relatadas no Capítulo três desta dissertação.

As diferentes experiências do cotidiano das mulheres no climatério e sua influência na maneira como elas serão capazes de construir e perceber este período são tomados como objeto de estudo por Favarato e Aldrighi (2001). Segundo estes autores, o período do climatério é muitas vezes marcado por modificações no ambiente sócio-familiar e nos papéis exercidos pelas mulheres que atravessam esta fase, que é comumente também compreendida como um marco importante do processo de envelhecimento. Em grande parte das vezes as oscilações de humor, a ansiedade ou mesmo episódios depressivos se apresentam relacionados a uma série de situações evidentes no cotidiano das mulheres. Situações como perda de pais idosos, divórcios e crises conjugais, mudanças no próprio corpo inerentes à idade maior (flacidez, cabelos brancos, surgimento de rugas), ou ainda o término da ovulação, marcando a impossibilidade de realização da maternidade (embora já existam novas tecnologias reprodutivas, estas ainda se configuram como um recurso acessível a poucos) podem algumas vezes contribuir para acentuar a depressão e o medo diante da constatação de um processo de envelhecimento (Maldonado, 1981 e Aldrighi, 2001).

Maldonado (1981) aponta ainda o esvaziamento do papel materno (“síndrome do ninho vazio”) como um fator que poderia também estar contribuindo para acentuar por vezes os estados depressivos da menopausa, uma vez que esta época costuma geralmente coincidir com um momento de maior independência e partida dos filhos da casa dos pais. Com relação a esta hipótese, Favarato e Aldrighi (2001) citam que alguns estudos como, por exemplo, os realizados por Sherwin (1993), irão apontar para a direção oposta. Esta, por sua vez, esclarece que nem sempre as mulheres sentem o “ninho vazio”, pelo contrário são tomadas do sentimento de realização e liberdade. Evidenciou-se através dos relatos das mulheres um sentimento de maior independência devido à desobrigação em cuidar de crianças e por se sentirem liberadas do cotidiano doméstico. Segundo grande parte delas, o crescimento dos filhos permitiu que pudessem usufruir com mais qualidade da vida conjugal e também possibilitou a elas buscar outras atividades mais compensadoras fora do ambiente da casa.

Ainda segundo estes autores, mulheres com uma menor diversidade de interesses, atividades e compromissos tenderiam a vivenciar de modo mais intenso e difícil a “crise da menopausa”. A capacidade de construção de um sistema individual de significados e também o exercício de uma vida criativa com um bom potencial adaptativo se constituem como base para uma passagem ao climatério com menos conflitos e possivelmente mais feliz.

Assim, pode ser visto como, mesmo algumas importantes pesquisas realizadas dentro do próprio campo médico, apontam para a necessidade de se considerar as variações nas vivências da menopausa e também a grande influência dos fatores sócio-culturais

\* \* \*

Este capítulo se propôs trazer um panorama geral da visão da medicina, a partir também de publicações internacionais das últimas três décadas sobre a mulher no período do climatério/menopausa, enfocando mais especificamente os problemas psíquicos que têm sido descritos como parte da síndrome climatérica. Constatou-se uma certa divergência de posturas entre as áreas da psiquiatria e da ginecologia com relação à problemática psico-afetiva que venha a surgir neste período.

Enquanto na área da psiquiatria a menopausa não se constitui por si só um fator desencadeador de problemas afetivos, a visão predominante nos textos de ginecologia, revela uma forte tendência em definir a mulher no climatério como estando sujeita também a apresentar problemas psíquicos, como consequência das quedas nas taxas hormonais. Inserida nesta tendência em definir a mulher no climatério como um ser em um estado patológico ou beirando a patologia, e, sendo assim, demandante de cuidados, a TRH vem se constituindo para os ginecologistas como o tratamento preferencial também para os problemas psíquicos e cognitivos que possam ocorrer neste período. Tal fato conduz a que não só a ginecologia, como também a medicina de uma forma geral, enfatizem um discurso preventivo e prescritivo com relação à mulher na menopausa.

Embora esta seja uma postura fortemente aceita no meio médico, pode ser constatado que esta posição não é unânime. Como foi observado nos trabalhos pesquisados, alguns autores da área médica marcam a importância e necessidade em relativizar e contextualizar a sintomatologia psíquica que possa ser apresentada pelas mulheres nesta fase. A diversidade de posições dentro da própria medicina já aponta para a importância de que fatores históricos, culturais, assim como as histórias de vida das mulheres sejam levadas em conta em uma análise das queixas emocionais no período da menopausa. Tal postura relativizadora não negará as modificações na fisiologia da mulher que se darão ao longo do climatério. Porém é necessário que tal fato não se constitua como a única explicação responsável pelas possíveis queixas trazidas pelas mulheres nesta fase, é necessário cuidado para que não se assumam posições reducionistas.

A crescente busca por explicações calcadas na biologia, no funcionamento corporal, em trocas neuro-químicas e hormonais se faz presente ao longo dos artigos pesquisados. Pôde-se constatar no discurso médico presente nestes estudos a preeminência de um determinismo biológico restrito, apontando para a ascensão de uma posição claramente fisicalista. Este fato é exemplificado nos textos através da preconização da TRH (terapia de reposição hormonal) para tratar e prevenir a sintomatologia climatérica, inclusive para a ansiedade e a depressão, que segundo a biomedicina, neste período podem ser acarretadas pela queda brusca nos níveis hormonais.

Esta tendência em naturalizar, reduzir ao aparato biológico constituído pela bagagem genética e pelas dosagens e trocas hormonais as experiências humanas é demonstrada nos artigos a partir do final da década de 70, como em Dennerstein (1978), e se consolida ao longo das duas décadas seguintes em trabalhos como os de Haney (1980) e Shepherd (2001), entre outros. A partir dos textos pesquisados pôde-se perceber o quanto cada vez mais as influências psicossociais e as trajetórias de vida passam a ocupar um plano secundário, sendo subsumidas ao que se apresenta como da ordem do orgânico, do biológico.

Pôde ser avaliado também ao longo deste capítulo, que trata de uma análise do discurso médico mais amplo, uma frequência maior com relação às categorias sobre perturbações mentais relacionadas ao período da menopausa/climatério, como a ansiedade e a depressão. O material aqui utilizado para análise, embora faça parte de um discurso mais geral da medicina, foi considerado pertinente ao tema da dissertação por trazer a possibilidade de uma interessante comparação com o caso brasileiro pesquisado no periódico de ginecologia RBGO (Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), que será abordado no capítulo seguinte.

## V

# ANÁLISE DOS ARTIGOS PUBLICADOS NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (RBGO) SOBRE O TEMA CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Serão agora analisados os artigos sobre o tema climatério/menopausa publicados na RBGO (Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) entre os anos de 1990 e 2000. A RBGO é uma revista de publicação mensal, contínua, com envio para os sócios da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) e também por pedidos de assinatura. Sua tiragem é de 15 000 exemplares. O foco da análise volta-se para o modo como a mulher no climatério é descrita neste periódico de ginecologia. As categorias **ansiedade e depressão** serão também alvo de atenção quanto à sua inclusão no discurso biomédico sobre a mulher neste período. Considerou-se pertinente privilegiar o estudo da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), uma publicação oficial da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), uma vez que se trata de um dos mais importantes e representativos periódicos da área<sup>75</sup>.

Embora tenham sido pesquisados todos os números deste periódico desde o primeiro em janeiro de 1979, o universo de investigação na RBGO ficou circunscrito entre o ano de novembro/dezembro de 1990, quando passaram a ser encontrados artigos abordando o tema climatério/menopausa, até dezembro de 2000, perfazendo um total de 28 artigos.

A temática da RBGO se apresenta em sua maioria relacionada a pesquisas e estudo de casos sobre gravidez, parto e patologias relativos a esta fase, assim como sobre doenças ginecológicas e em especial o câncer e suas diferentes formas de terapia. Em menor número foram encontrados artigos sobre menopausa/climatério e patologias que dizem respeito a este período (doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer e depressão), assim como trabalhos que apresentam a TRH (terapia de reposição hormonal) como tratamento e profilaxia preferencial da sintomatologia climatérica.

---

<sup>75</sup> Como já foi mencionado na Introdução, a FEBRASGO publica também uma outra revista, a FEMINA, na qual foi realizado um levantamento sobre os artigos referentes à menopausa/climatério. O perfil desta publicação se apresenta, como na RBGO, relacionado à temática da mulher, sendo os artigos divididos em sua maioria entre questões sobre gravidez, câncer e doenças ginecológicas. Em menor parte surge o tema da menopausa, em artigos que abordam a sintomatologia climatérica e sua profilaxia e tratamento preferencial, que se apresenta como sendo a terapia de reposição hormonal (TRH). A FEMINA inclui também artigos relativos à mulher, sociedade, sexualidade e medicina em uma perspectiva histórica. Foram consultados os periódicos compreendidos entre fevereiro de 1973 e dezembro de 2000, tendo sido encontrados cerca de 70 artigos sobre o tema, em sua maioria também preconizando a TRH como profilaxia e tratamento de eleição para os sintomas apresentados pelas mulheres nesta fase. Por limitações de tempo e dificuldades de acesso ao material não foi possível contudo a inclusão dos artigos da revista FEMINA na análise mais detalhada.

Os números dos periódicos da RBGO onde foram encontrados os artigos sobre menopausa climatério são:

1990: 1 artigo - novembro/dezembro, vol.12, nº6.

1991: 1 artigo - junho/julho/agosto, vol.13, nº4

1995: 4 artigos - janeiro/fevereiro/março/abril/setembro, vol.17, nºs 1, 2, 3 e 8

1996: 4 artigos - abril/maio/setembro/outubro, vol.18, nºs 3, 4, 8 e 9.

1997: 1 artigo - setembro, vol.19, nº 8.

1998: 3 artigos - maio/julho/agosto, vol.20, nºs 4, 6 e 7.

1999: 4 artigos - março/agosto/outubro, vol.21, nºs 2, 7 e 9.

2000: 10 artigos - janeiro/fevereiro/março/abril/maio/junho/agosto/setembro, vol.22, nºs 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8

Passa-se a seguir a uma análise por assunto do material pesquisado. Os principais temas abordados são referentes à terapia de reposição hormonal (indicações, efeitos no organismo da mulher e adesão delas a esta forma de tratamento), com um total de 11 artigos; ao índice de massa corporal e obesidade nas mulheres climatéricas, com um total de 3 artigos e à sintomatologia climatérica e principais patologias relacionadas a este período, com um total de 14 artigos.

A **ansiedade e a depressão** surgem nos artigos incluídas na sintomatologia climatérica, podendo ser agravadas pela ocorrência de outras patologias às quais as mulheres se encontram sujeitas neste período. Nos textos pesquisados, a ansiedade e a depressão são descritas como decorrentes de queda nos níveis de estrogênio, podendo ser tratadas através da reposição hormonal.

Com relação às patologias que ocorrem com maior frequência na fase da menopausa/climatério podem ser citadas: a osteoporose, os distúrbios urinários, os problemas cardiovasculares e o câncer ginecológico.

\* \* \*

### 5.1 Principais temas encontrados na RBGO

A seguir serão descritos os artigos agrupados a partir dos principais temas encontrados, iniciando-se pelo que tratará da sintomatologia climatérica (Lisbôa: 2000) e do que irá efetuar uma avaliação realizada sobre as causas de morte mais frequentes em mulheres a partir dos 40 anos (Pinto-Neto, 1995).

Lisbôa (2000) realizou um estudo na cidade de Passo Fundo (RS) com o objetivo de determinar a prevalência dos sintomas relacionados ao período do climatério, associando-os a avaliações hormonais. Para tal a autora avaliou uma amostra aleatória formada por 302 mulheres com idades compreendidas entre 35 e 55 anos. A coleta de dados baseou-se em questionário sobre as queixas mais frequentes entre as mulheres, avaliações das taxas hormonais e de exames ultrassonográficos. Dentre a sintomatologia relatada pelas mulheres, a maior ocorrência pôde ser verificada quanto às queixas psíquicas como irritabilidade, nervosismo, diminuição de memória e depressão<sup>76</sup>. A autora pôde constatar na pesquisa que os sintomas climatéricos não se apresentaram necessariamente relacionados aos níveis hormonais (estradiol), e sim à idade das mulheres. Observou-se que mulheres com mais idade (48 anos ou mais) apresentaram um número maior de queixas. Ainda assim, Lisbôa sugere que seja avaliada a indicação e prescrição de reposição hormonal como forma de aliviar e tratar a sintomatologia apresentada pelas mulheres pesquisadas, salientando que tal tratamento seria útil também na fase pré-menopáusia como profilaxia destes sintomas.

Como se observa aqui, mais uma vez os contextos pessoal e sócio-cultural que possam estar relacionados às representações do envelhecimento e às mudanças no cotidiano das mulheres pesquisadas não foram considerados na pesquisa como possíveis eventos propiciadores de queixas como a depressão, a irritabilidade ou a insônia. Ainda que o fato de uma faixa etária mais avançada se apresentar como determinante quanto à frequência das queixas apresentadas pelas mulheres ainda mais do que os seus níveis hormonais, o método preferencial indicado pela autora da pesquisa é a reposição hormonal.

Segundo Pinto-Neto e equipe (1995), a partir das últimas décadas constatou-se no Brasil um aumento da expectativa de vida entre as mulheres. Sendo assim, um número cada vez maior da população feminina ultrapassa a faixa dos quarenta anos, compatível com a da pré-menopausa e climatério. Diante deste fato os autores realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as causas de morte mais frequentes entre as mulheres nesta faixa etária. O estudo partiu do levantamento feito através de pesquisas em atestados de óbitos, em mulheres de 40 anos ou mais no Hospital da Universidade Estadual de Campinas durante os anos de 1991 e 1992.

<sup>76</sup> Segundo Lisbôa (2000), com relação às sintomatologias relatadas pelas mulheres pesquisadas, observa-se a seguinte ocorrência: fogachos: 29,5%; sudorese noturna: 18,8%; ressecamento vaginal: 20,7%; irritabilidade: 64,0%; nervosismo: 64,3%; cansaço: 64,1%; diminuição de memória: 58,1%; cefaléia: 57,0%; depressão: 43,6%; insônia: 38,7%.

Os resultados obtidos revelaram que dentre as maiores causas de mortalidade em mulheres a partir dos 40 anos se encontram as neoplasias (câncer de mama, útero e ovário) e as doenças cardio-vasculares. Os autores propõem a necessidade de estudos posteriores a este levantamento inicial, uma vez que pode ser levantada a hipótese de uma correlação entre a fase da pré-menopausa e climatério e as causas de óbito encontradas.

Neste ponto, é preciso observar que a inserção da mulher no climatério em uma categoria de risco se apresenta implícita na possibilidade levantada pelos pesquisadores de existir uma relação causal entre este período da vida feminina e determinadas doenças. Surge aqui reforçada, no discurso biomédico, a idéia de que a partir de um aumento na expectativa de vida, a mulher viveria um tempo maior na fase do climatério, o que poderá significar a necessidade de ela vir a precisar de maior monitoramento e cuidados por parte da medicina.

Nos artigos pesquisados pode ser constatado que dentre as patologias relacionadas ao climatério a osteoporose se apresenta com uma frequência bastante alta.

Pinto-Neto (1996) salienta que embora a osteoporose seja um problema que afeta ambos os sexos, ela acomete em maior número as mulheres, em uma proporção de 6:1. O autor aponta que a partir da quarta década de vida o declínio na massa óssea se apresenta especialmente evidente nas mulheres. Pinto-Neto e equipe lembram que as mudanças hormonais ocorridas com as mulheres a partir desta fase seriam as responsáveis por esta maior incidência, alertando que a osteoporose vem se constituindo, nos últimos anos, a partir do aumento da expectativa de vida, em um grave problema de saúde pública para os países desenvolvidos, onde a expectativa de vida é maior. A osteoporose tem, nestes países, causado um aumento da morbidade e acarretado um alto custo financeiro não somente aos pacientes como também aos serviços de saúde.

Ainda com relação à osteoporose, em outro estudo Pinto-Neto (2000) faz um alerta para a grande incidência de histerectomias atualmente realizadas nos países desenvolvidos. O autor aponta o quanto esta cirurgia pode vir a ser prejudicial, sendo relacionada como uma das causas da menopausa precoce (mesmo quando há a preservação dos ovários) e de diversas patologias, dentre elas uma perda acentuada da massa óssea, culminando em osteoporose<sup>77</sup>.

---

Segundo Pinto-Neto (2000), a estimativa atual é de que nos EUA 20% das mulheres de 40 anos estejam histerectomizadas. Já que no Brasil, em 1996, foram realizadas 77.804 histerectomias financiadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), sendo a maioria delas em decorrência de doenças benignas.

Badalotti (1998) realizou um estudo com o objetivo de avaliar o desempenho da ultra-sonometria para detectar a osteoporose. Foram acompanhadas 293 mulheres com mais de 35 anos de idade, abrangendo os períodos da pré e pós-menopausa. A ultra-sonometria se revelou um método importante no diagnóstico da osteoporose. A autora pôde também concluir que as mulheres na fase da pós-menopausa, privadas de hormônio há mais tempo, revelaram uma diminuição significativa de massa óssea.

Huayllas e equipe (2000) alertam para o hiperparatireoidismo primário<sup>78</sup> como uma das consequências de mudanças metabólicas que pode contribuir para a perda de massa óssea. Apontam para a importância de um diagnóstico precoce desta doença que também afeta as mulheres na pós-menopausa. Segundo as autoras, a osteoporose na pós-menopausa se apresenta com uma grande prevalência no mundo ocidental, resultando em uma perda de massa óssea superior a 30% no período de 10 a 20 anos após a falência ovariana. A partir daí as autoras reforçam a importância da terapia de reposição hormonal, como profilaxia, buscando minimizar as mudanças metabólicas.

Os distúrbios urinários são citados nos textos biomédicos como ocorrências bastante comuns a partir do climatério, trazendo como consequências problemas também emocionais e sociais.

Em pesquisas sobre a relação entre os distúrbios urinários e o climatério/menopausa, Sartori (1999) e Pinto-Neto (1997) atentam para o fato de a incontinência urinária ser um dos principais problemas que acometem as mulheres a partir da pós-menopausa, além destas apresentarem uma maior predisposição a infecções urogenitais.

A atrofia do trato urogenital baixo é apresentada como uma consequência da deficiência estrogênica. Sartori (1999) e Pinto-Neto (1997) chamam a atenção para a importância desta afecção, que poderá interferir na vida da mulher como um todo. Segundo eles, trata-se de uma afecção de grande impacto social, econômico e psicológico, sendo muitas vezes incapacitante. Acrescentam ainda que nas últimas décadas, com o aumento da expectativa de vida da população, a mulher passou a viver cerca de um terço de sua vida em situação de hipoestrogenismo e sofrendo as suas eventuais consequências.

A reposição hormonal é proposta por Sartori (1999) e Pinto-Neto (1997) como profilaxia e tratamento de eleição para esta afecção. Eles salientam o importante papel do estrogênio no trato urogenital atuando satisfatoriamente sobre a musculatura pélvica,

<sup>78</sup> O hiperparatireoidismo primário (HPP) consiste em uma alteração do metabolismo mineral causada por secreção excessiva de paratormônio (PTH) a partir das glândulas paratireóides. É atualmente considerada uma doença comum, sendo que cerca de cem mil novos casos são diagnosticados a cada ano, afetando duas vezes mais as mulheres do que os homens (Huayllas, 2000).

proporcionando então alívio para a incontinência urinária, que pode por muitas vezes ser um fator incapacitante para a vida da mulher no climatério.

O aumento da expectativa de vida constitui ponto relevante trazido à discussão pelos autores acima. A partir deste fato, argumentam eles, a maior parte das mulheres passa a viver um tempo maior de suas vidas no climatério e em estado de *privação estrogênica* (grifo meu). Este ponto de vista biomédico insere a mulher, mesmo com uma expectativa de vida maior, em uma categoria de risco e demandante de cuidados, pois viverá em estado de privação uma boa parte de sua vida. Passa-se então a indicar para esta mulher em estado de privação uma atenção especial; ela deverá ser medicalizada de forma preventiva de modo que esta privação não venha a causar muitos danos a seu organismo.

Os problemas cardiovasculares são relacionados também como fatores de risco para as mulheres na menopausa. Pinto-Neto (1995) aponta para uma grande incidência de aterosclerose arterial (ateromas aórticos calcificados) em mulheres no climatério. O autor conduziu um estudo com 321 mulheres pacientes do Ambulatório de Menopausa do CAISM (Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher) da UNICAMP, com o objetivo de avaliar a presença destes ateromas. Este procedimento foi adotado, segundo Pinto-Neto, após a constatação de significativa correlação entre a presença de aterosclerose em diferentes artérias e doenças cardiovasculares e de sua incidência em mulheres no climatério. Foi encontrada uma prevalência de 8,1% de calcificação aórtica nas pacientes estudadas, além de outros fatores de risco como a obesidade, a hipertensão arterial e altas taxas de colesterol. O autor conclui que o estado de menopausa apresentou correlação alta com o risco de doença aterosclerótica, sendo este risco ampliado proporcionalmente ao tempo de menopausa da mulher.

A necessidade de monitoramento da mulher a partir da pré-menopausa é também evidente a partir dos textos médicos com relação ao câncer de mama. O diagnóstico precoce tem se apresentado como sendo de grande valia, como é comentado por Vicelli (2000) em estudo sobre o desempenho da mamografia (UNICAMP), e também por Rodrigues (1999), em pesquisa sobre fatores prognósticos do câncer de mama (Faculdade de Medicina de Botucatu). Os autores acentuam a importância de um monitoramento e acompanhamento das mulheres a partir dos 35 anos a fim de que possam ser diagnosticadas precocemente possíveis lesões.

Com relação a neoplasias foram encontrados ainda dois artigos que tratam de ocorrências bem menos frequentes mas também relacionadas ao climatério. Uma delas é o relato de caso de uma neoplasia gestacional pós-menopausa. Neste relato, Costa (1996)

traz um caso clínico no qual uma paciente de 56 anos desenvolveu este tipo de tumor, que seria uma degeneração de tecido oriundo de abortamento, parto ou gravidez ectópica. Bedone (1995) relata também um caso de hirsutismo (crescimento excessivo de pêlos) em mulher de 56 anos, causado por um tipo de tumor ovariano, que embora não seja de ocorrência frequente é relativo ao período do climatério.

Outro aspecto que vem despertando o interesse de pesquisadores na área médica é o da obesidade e sua relação com o período do climatério/menopausa. Nos artigos pesquisados esta relação é apontada por Iannetta (1991) e por Pinto-Neto (2000).

Iannetta (1991) realizou um estudo de avaliação antropométrica em 50 mulheres, com idades entre 39 e 63 anos do Ambulatório de Climatério do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Dentre as pacientes avaliadas, 45 apresentaram peso bem acima da média. A mulher obesa na fase da menopausa, segundo o autor, apresenta uma ampliação de seu índice de morbidade e mortalidade.

Também Pinto-Neto (2000) assinala que o climatério/menopausa traz mudanças no perfil biofísico feminino, resultado de ganho ponderal e de alterações na composição e distribuição do tecido adiposo. Chama a atenção para que tais modificações, muito além das considerações estéticas, se associam a anormalidades metabólicas implicadas na gênese e progressão da doença vascular aterosclerótica. Pinto-Neto (2000) lembra que tem sido por vezes associado o uso de estrogênios ao ganho de peso, tanto entre os leigos quanto no meio médico, mas ressalta que não existem evidências científicas que confirmem tal associação. Aponta para as consequências deste tipo de “crença”, dentre elas a não adesão das mulheres à TRH, chamando a atenção para o fato de que esta forma de terapia tem trazido diversos benefícios à saúde feminina no climatério.

O autor realizou um estudo acompanhando, por um período de três, anos 166 usuárias de TRH e 136 não usuárias desta forma de terapia, do Ambulatório de Menopausa da Universidade Estadual de Campinas. Os resultados apontaram que as mulheres que faziam uso de TRH apresentaram ao final de três anos índices bem menores de patologias e de obesidade do que aquelas em situação cotidiana não fizeram uso. Pinto-Neto (2000) salienta que a TRH não exerce influência com relação ao ganho de peso e que apesar de ainda não haver consenso, a reposição hormonal é considerada hoje uma terapia associada à diminuição de doença cardio-vascular.

Neste artigo Pinto-Neto (2000) fala da necessidade de um processo educativo que vise informar melhor as mulheres sobre a importância de um acompanhamento e de cuidados desde a pré-menopausa. Aponta para a importância de um serviço ambulatorial

específico para a mulher no climatério que preconize ações preventivas como a TRH, dietas e o combate ao sedentarismo. O autor aponta a necessidade de um processo educativo de modo a se obter mais adesão das mulheres no climatério à terapia de reposição hormonal. É provável que a baixa adesão das mulheres na menopausa à TRH demonstre a possibilidade de uma divergência entre o que é compreendido e preconizado para elas pela biomedicina e a forma como estas mulheres estariam vivenciando este período. Uma outra possibilidade que se apresenta a partir da constatação de uma baixa adesão à TRH seria o fato de que um número significativo de mulheres provavelmente não sinta necessidade de um acompanhamento profilático ou de acompanhamento médico para esta fase de suas vidas.

## **5.2 A ênfase na terapia de reposição hormonal (TRH)**

A reposição hormonal (TRH), como forma de profilaxia e de tratamento preferencial para a sintomatologia climatérica, surge nos artigos como um tema bastante relevante, como será visto a seguir.

Embora a TRH venha se constituindo no meio médico como um procedimento seguro e eficaz para o cuidado das mulheres no período da menopausa/climatério, a adesão a tal procedimento não tem alcançado ainda os índices desejados, levando-se em conta que tal terapia é indicada a quase todas as mulheres a partir da pré-menopausa. Tal fato vem suscitando diversos estudos e pesquisas na área médica, buscando cada vez mais constatar a abrangência de ação da reposição hormonal no organismo da mulher, assim como o índice de segurança desta terapia.

Nesta direção Wehba (1990) e Pinto-Neto (1995) realizaram estudos com o objetivo de tornar mais claros os benefícios que a TRH pode trazer à vida da mulher a partir da pré-menopausa.

Wehba (1990) e equipe conduziram um estudo acompanhando 35 mulheres na menopausa pelo período de seis meses, as quais apresentavam sintomatologia climatérica, a partir do início do uso da TRH. Estas mulheres eram pacientes do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Santa Casa de São Paulo. Foi analisada a eficácia da administração diária de estrogênios, e os resultados obtidos revelaram uma melhora significativa com relação à sintomatologia climatérica, perda de peso nos casos de obesidade e diminuição da pressão arterial. Com relação aos efeitos colaterais, foram considerados leves, restritos a pequenos sangramentos.

Os pesquisadores apontam que para uma maior margem de segurança com relação à proteção do endométrio é recomendada a adição de progestênios aos estrogênios. Contudo, segundo eles os efeitos colaterais desta combinação se apresentam bastante desagradáveis, com ocorrência de depressão, irritabilidade, cefaléia e sangramentos, o que vem dificultar a adesão ao tratamento, desencorajando as mulheres quanto a seu uso.

Pinto-Neto (1995), visando também mapear a adesão das mulheres à TRH e os possíveis motivos para uma pequena adesão ao tratamento, avaliou retrospectivamente o prontuário de 224 pacientes do Ambulatório de Menopausa da UNICAMP. Constatou que cerca de metade destas mulheres não havia recebido como prescrição a TRH, ou por não a terem aceito ou por terem sido avaliadas como não tendo indicação. Dentre as pacientes que receberam a TRH, 127 (56,7% do total de admitidas pelo ambulatório), os resultados obtidos apontaram para uma adesão relativamente alta de 86%. O autor atribui este resultado, a um trabalho educativo e de esclarecimento realizado pelos profissionais, ainda que não o considere satisfatório, uma vez que metade das mulheres não fizeram uso da TRH. Aponta ainda em seu estudo que apesar de a TRH exercer um importante papel com relação à saúde da mulher no climatério, seu uso se mantém bastante restrito, sendo na maior parte das vezes interrompido pelas mulheres. As principais razões da interrupção costumam ser sangramento genital e o medo de vir a desenvolver algum tipo de câncer.

Pinto-Neto sinaliza que além da falta de acesso a informações adequadas, esta baixa adesão à TRH provavelmente ocorre devido à divulgação alarmante de efeitos colaterais, por parte de uma imprensa sensacionalista e não especializada. Acrescenta ainda que mulheres com nível educacional mais alto costumam mostrar-se mais relutantes em utilizar a TRH, possivelmente por terem acesso a tais informações que as deixam confusas quanto aos verdadeiros riscos e benefícios desta terapia.

Inserido em uma linha de estudos que buscam afirmar a segurança da TRH, o trabalho realizado por Wehba (2000) e equipe avaliam os aspectos clínicos e metabólicos da Tibolona<sup>79</sup>. Foram analisadas na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 34 pacientes na pós-menopausa submetidas ao tratamento com tibolona por 48 semanas. Os resultados se apresentaram satisfatórios a curto prazo,

---

<sup>79</sup> A tibolona é um esteróide sintético, derivado do noretinodrel e que apresenta características farmacocinéticas singulares que incluem atividade estrogênica, progestagênica e androgênica. Tem sido utilizada em esquema contínuo de reposição hormonal e parece ser uma alternativa eficaz às mulheres no climatério por conjugar o alívio da sintomatologia climatérica à segurança de baixos efeitos colaterais (Wehba, 2000).

constatou-se o alívio da sintomatologia climatérica<sup>80</sup> com uma ocorrência mínima de efeitos colaterais, como leves sangramentos observados em 4 pacientes. O autor propõe a tibolona como uma boa opção em TRH, o que poderia facilitar a adesão ao tratamento, uma vez que os efeitos colaterais se apresentaram de forma bastante reduzida.

Dentre os artigos pesquisados, aparecem diversos trabalhos realizados com a intenção de verificar a proporção entre os benefícios e os efeitos colaterais da TRH, como forma de ampliar a adesão a este tratamento.

Estudos, como os de Nahás (1996), avaliaram os efeitos da TRH sobre o epitélio vaginal, atuando satisfatoriamente sobre a atrofia causada pela falência ovariana; ou, os caminham na direção de demonstrar os efeitos benéficos do estradiol sobre as artérias, contribuindo, ao contrário do que se propaga, com efeito vasodilatador, para a manutenção da pressão arterial em níveis normais (Haidar, 1996; Pinto-Neto, 2000 e Cactano, 1999) todos eles trazem em comum uma preocupação quanto à baixa adesão a esta forma de terapia. Inserem a mulher no climatério em uma categoria de risco crescente, passível de vir a sofrer diversas patologias graves que podem ser evitadas através do uso profilático da TRH indicado a partir da peri-menopausa.

A preocupação em desmitificar a TRH como uma forma de terapia que pode incluir graves riscos à saúde é também explicitada nos estudos de Pereira Filho (2000), que propõe a inclusão do acetato de ciproterona à TRH como forma de evitar os sangramentos irregulares e de preservar o endométrio. Após acompanhar o uso diário desta combinação de TRH em 41 mulheres na pós-menopausa, o autor pôde concluir que este regime terapêutico ofereceu às pacientes estudadas uma boa proteção endometrial, com baixa incidência de estados hiperplásicos<sup>81</sup>.

O estudo de Bortoletto (1998) se insere nesta preocupação em oferecer outras associações de TRH que causem menos efeitos colaterais. Na Escola Paulista de Medicina, foram acompanhadas durante um ano 36 mulheres na pós-menopausa, recebendo terapêutica com estrogênios associados ao progestagênio. Esta associação mostrou-se não somente eficaz quanto segura no que tange às alterações proliferativas do endométrio. Também Pinto-Neto (1998) realizou uma avaliação da densidade mamográfica em usuárias e não usuárias de TRH no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na UNICAMP.

<sup>80</sup> A sintomatologia climatérica é descrita pelo autor compreendendo: sintomas vasomotores (fogachos), distúrbios do sono, irritabilidade, ansiedade, depressão, vertigem, fadiga, palpitação, cefaléia, problemas urinários e ressecamento vaginal.

<sup>81</sup> Pesquisa realizada na Santa Casa de São Paulo, utilizando a associação de valerato de 17 beta estradiol (2mg/dia em ciclos de 28 dias) e acetato de ciproterona (1mg/dia do 19º ao 28º dia) (Pereira Filho, 2000).

Este estudo buscou verificar a relação entre o uso de TRH e alterações nos tecidos mamários, acompanhando 59 mulheres no período de janeiro/89 a dezembro de 92. Os resultados obtidos apontaram para uma relação satisfatória entre o uso de TRH e alterações mamárias, dentre as mulheres usuárias de TRH, não tendo sido detectado neste grupo alterações importantes. O autor salienta a necessidade de que outros estudos sejam realizados para que possa ser ainda melhor compreendido e monitorado o efeito da TRH sobre o tecido mamário das mulheres em uso desta forma de terapia.

A mulher na menopausa tem sido apresentada nos relatos de pesquisadores da área biomédica como parte de uma categoria de risco. A descrição do organismo da mulher nesta fase é realizada pelos autores por meio de termos que irão explicitar o quanto ela se encontra em posição de declínio e perigo. Ao longo dos textos citados, termos como “falência”, “estar em risco”, “causar prejuízo” são aplicados à mulher no climaterio, realizando a costura de um perfil feminino nesta fase bastante frágil e demandante de cuidados, até mesmo por conta de possíveis prejuízos que possam vir a ser causados não somente a ela, como também à sociedade.

### 5.3 A gramática da menopausa

Retomando Emily Martin (1989), é possível relacionar a partir de textos nos periódicos da RBGO alguns exemplos que servirão para ressaltar uma gramática particular utilizada pelo discurso médico nas definições da mulher no climatério e o funcionamento de seu organismo.

As categorias **ansiedade e depressão** surgem citadas nos artigos como parte de uma sintomatologia maior, incluídas em uma **síndrome** inerente ao período da menopausa. Tal inclusão pode ser constatada no uso de alguns termos em artigos como o de Wehba (2000: 39)<sup>82</sup>:

(...)“foram avaliadas 34 mulheres com sintomatologia decorrente da **síndrome menopausal**”(...) e

(...)“a evolução dos **sintomas da menopausa**: sintomas vasomotores, parestesia, distúrbios do sono, **irritabilidade, ansiedade, depressão**, vertigem, fadiga”( ).

Também Pinto-Neto (1997) e Lisboa (2000) apontam em seus estudos para um alto índice de irritabilidade, nervosismo e depressão, incluindo estas categorias na

<sup>82</sup> Citados desses depoimentos são meus

sintomatologia apresentada em mulheres no climatério. Como pode ser exemplificado em Pinto-Neto (1997: 589):

(...)“a **atrofia** uro-genital interfere com a atividade sexual e, com frequência implica em uma diminuição da libido, aumento da ansiedade e diminuição da estima pessoal”(...)

É salientado por Lisboa (2000: 117):

(...)“prevalência de **sintomas relacionados ao período do climatério** pre e perimenopausico e associa-los a variáveis clínicas e hormonais”(...) e a

(...)“A prevalência de fogachos foi de 29,5%, sudorese noturna 18,8%, vagina seca 20,7%, **irritabilidade 64,6%, nervosismo 64,3%**, cansaço 64,1%, diminuição da memória 58,1%, cefaléia 57,0%, **depressão 43,6%** e insônia 38,7%”(...)

A utilização de termos como **falência, insuficiência, atrofia, carência, declínio** também se faz presente nas descrições dos processos corporais inerentes ao período da pré, peri e pos- menopausa como pode ser constatado em Nahás (1996: 249):

(...)“Na menopausa, devido a **falência ovariana**, ocorre **atrofia** de variável intensidade, em todo trato gênito-urinário inferior”(...).

Tal utilização pode ser ainda observada no artigo de Tavares (1999: 560):

(...)“espectro clínico como aquele apresentado pela **insuficiência ovariana**, podendo ocasionar uma prevalência”(...).

Huavilas (2000: 239) descreve como **falência ovariana** um processo de modificação fisiológica próprio ao climatério, em estudo sobre osteoporose:

(...)“uma perda de massa óssea superior a 30% em 10 a 20 anos após a **falência ovariana**”(...)

Termos como **falência e atrofia** se apresentam também frequentes em autores como Pinto-Neto (2000: 475, 478):

(...)“as principais consequências tardias da **falência ovariana**”(...) e

(...)“nas mulheres na pós-menopausa ocorre uma esperada **atrofia ovariana**”(...).

Tal uso pode ser ainda observado nos texto de Wehba (1990: 207):

(...)“algum grau de sintomatologia atribuível à **carência hormonal**”(...).

É ainda em Paiva (1996: 626):

(...)“em mulheres, este declínio é particularmente evidente após a menopausa e é atribuindo à **deficiência** estrogênica”(...).

A presença destes termos que apontam para a existência de um organismo feminino em um já esperado declínio, serve para ilustrar o que Martin (1989) traz como hipótese da construção de uma lógica descritiva específica do discurso da biomedicina sobre o corpo

da mulher. De acordo com esta lógica, o objetivo maior do funcionamento do organismo feminino seria o da reprodução. A partir do momento em que a mulher perde esta capacidade por conta de modificações fisiológicas, como ocorre a partir da menopausa, seu organismo passará a ser descrito como sofrendo um processo de falência e degeneração. Neste ponto é importante marcar que para além da questão da perda da capacidade reprodutiva, como é apontado por Martin, o que se apresenta em jogo é o envelhecimento. Na sociedade ocidental moderna, o envelhecimento (e as modificações acarretadas por ele, como o suposto declínio da beleza, da saúde e da capacidade produtiva) se apresenta como um tema englobante. Embora o envelhecer afete tanto homens quanto mulheres, nestas, as repercussões sociais acarretadas por este processo tendem a se manifestar de forma mais ampla e abrangente.

Emily Martin (1989) salienta porém que esta seria apenas uma das descrições possíveis para o organismo feminino no climatério, sugerindo que outras interpretações poderiam ocorrer, desde que a lógica da reprodução como o único e maior objetivo do corpo feminino possa ser deslocada, dando lugar a outras construções sobre o funcionamento corporal da mulher nesta fase. A ideia de um corpo em transformação não precisa necessariamente implicar em uma falência do organismo, segundo a autora, a imagem de um corpo em mudança, transformado e voltado para outros objetivos, estaria mais adequada àquela imagem descrita pelas próprias mulheres sobre si mesmas na fase do climatério.

Faz-se bastante presente nos estudos e pesquisas publicados na RBGO a constituição de uma imagem da mulher no climatério como um sujeito cujo organismo passa por modificações importantes, o que a coloca em risco de sofrer uma série de patologias graves, tornando-se ela um objeto de atenção e cuidados especiais. A ideia de prevenção também se estabelece nos textos de forma bastante acentuada, sendo que a **terapia de reposição hormonal** é considerada um recurso importante para a **profilaxia da sintomatologia e para o tratamento das patologias** que costumam, segundo o discurso médico, acompanhar o período da menopausa.

Esta forma de construção de uma mulher a partir da menopausa como sendo frágil e demandante de cuidados, assim como a preconização da TRH para os sintomas climatéricos, surge nos textos de Pinto-Neto (1995: 787, 789):

(...)“deve ser indicada a **terapia de reposição hormonal (TRH)** para **alívio dos sintomas climatéricos** ou para **reduzir o risco de doença cardiovascular e osteoporose**”(...) e

(...)"acreditamos que o atendimento a essas mulheres deve visar à **prevenção de doenças** e ao bem-estar biopsicossocial e que a **TRH** ocupa um lugar importante e especial para isto"(...).

Pinto-Neto (1995: 790) mostra também a relevância e necessidade de que as mulheres no climatério sejam acompanhadas por profissionais especializados:

(...)"O trabalho realizado por equipe multiprofissional – enfermeiras, psicólogas, nutricionistas, fisioterapeutas, e médicos – que, em diferentes momentos, reforça a importância da continuidade da TRH para obter os benefícios a longo prazo e oferece também informações adicionais para tentar erradicar os conceitos errados, bem como esclarecimento sobre os possíveis problemas e efeitos adversos que poderão surgir com o uso da TRH. A disponibilidade dos membros da equipe é oferecida às pacientes para dar assistência quando acharem necessário, inclusive através de contato telefônico. Ressaltamos novamente a importância de equipes multiprofissionais especializadas para atenção a mulheres climatéricas e menopausadas"(...)

Já a inserção da mulher no climatério em um grupo especial e sujeito a patologias por vezes **incapacitantes**, devido ao **hipoestrogenismo**, pode ser exemplificada no trecho de uma pesquisa efetuada por Baracat (1999: 77):

(...)"A **incontinência urinária** é um dos **principais problemas** que acomete as mulheres na **pós-menopausa**. Trata-se de **afecção de grande impacto social, econômico e psicológico**, sendo muitas vezes **incapacitante**. Nas últimas décadas, com o aumento da expectativa de vida da população, a mulher passa cerca de um terço da sua vida em situação de **hipoestrogenismo**, sofrendo as suas eventuais consequências"(...).

Surge novamente nos trabalhos de Welha (2000: 37) a preconização da **TRH** como a terapêutica de eleição para o climatério, o que implica na presença de "algo" a ser tratado, corrigido e melhorado no organismo feminino, assim como a importância de uma atenção particular à mulher neste período:

(...)"O alívio da **sintomatologia climatérica**, bem como a **redução do risco** cardiovascular têm sido há tempos atribuídos à **terapêutica de reposição hormonal (TRH)** no climatério, propiciando melhora significativa na qualidade de vida as mulheres neste período"(...).

Pode ser também constatada nos textos de Pinto-Neto (2000) a ênfase na necessidade de um acompanhamento sistemático para as mulheres no climatério:

(...)"O ganho de peso relacionado ao climatério, agindo desfavoravelmente nos fatores de risco para doença cardiovascular, merece **ações preventivas**, que passam pela avaliação e aconselhamento

nutricional e combate a hábitos sedentários. E um **ambulatório de atendimento à mulher climatérica** pode ser a melhor oportunidade, senão a única, para tais ações” ( ) (2000: 232)

(..)”O diagnóstico de hipertensão arterial, freqüente em ambulatórios de **climatério**, além do acompanhamento das mulheres já sabidamente hipertensas, mesmo não sendo o objetivo fundamental dos programas, faz parte integrante e intrínseca do atendimento e proporciona às mulheres a oportunidade de controle da pressão arterial. Também ficou explicitado que **o acompanhamento médico nessa fase da vida da mulher** é de grande importância, pois detectamos que mesmo entre as não-usuárias de reposição hormonal houve um melhor controle dos níveis pressóricos. Podemos citar outras vantagens deste atendimento à mulher no climatério como a prevenção de câncer, o controle do diabetes, do peso, entre outros” ( ) (2000: 290)

(..)”As mudanças observadas no perfil biofísico feminino ao longo dos anos, e particularmente na **fase climatérica**, resultam do ganho ponderal, do aumento da gordura corporal pela obesidade e de alterações na composição e distribuição do tecido adiposo. Essas modificações, muito além de considerações estéticas, associam-se a anormalidades metabólicas implicadas na gênese e progressão da doença vascular aterosclerótica. Finalmente é oportuno lembrar que este trabalho, realizado com o intuito de conhecer o perfil das **pacientes climatéricas**, mostrou freqüências elevadas de obesidade e perfil andróide. Estas observações enfatizam a **prioridade de atitudes médicas e ações multidisciplinares concretas e coordenadas numa abordagem racional e global da mulher**. Reforçam a necessidade de avaliação sistemática para identificar os fatores predisponentes e as pacientes de risco” ( ) (2000: 440)

Como Harding (1997) sublinha em texto sobre a TRH, esta tem sido cada vez mais preconizada pelo meio médico como um dispositivo eficaz para a profilaxia dos sintomas climatéricos e o tratamento da mulher na menopausa. Através do incentivo a um cuidado e tratamento da mulher nesta fase, pode-se perceber o quanto ela tem sido inscrita de forma crescente, dentro do discurso biomédico, em uma categoria de risco e também o quanto é descrita pela medicina como alguém mais frágil e demandante de cuidados específicos.

#### **5.4 - Anúncios sobre TRH encontrados na RBGO e sua relação com o discurso médico dos artigos pesquisados**

Considerou-se relevante incluir aqui alguns comentários referentes aos anúncios de terapia de reposição hormonal encontrados em grande número nos volumes da RBGO pesquisados. Esses anúncios são destinados aos médicos e têm caráter pedagógico. Praticamente todas as publicações a partir do primeiro número, em janeiro de 1979, contém anúncios desse tipo. Pôde-se observar que estes anúncios ultrapassam em número

inclusive os de outros medicamentos ginecológicos e até mesmo os de anticoncepcionais, ocupando nas revistas um lugar de destaque nas contra-capas e normalmente em páginas duplas destas revistas

Embora estes anúncios sejam financiados por grandes laboratórios farmacêuticos e não seja o objetivo desta dissertação o tema da propaganda, estes foram incluídos por representarem o que é preconizado pelo discurso médico para a mulher na menopausa/climatério apresentando inclusive, na maior parte das vezes referências bibliográficas

Estes anúncios contribuem para iluminar o que é dito pela biomedicina sobre a mulher no climatério. Mostram-se bastante ilustrativos do **estereótipo de mulheres na menopausa**, apresentadas como **alguém sem libido, cansada, nervosa, irritável, passível de depressão e de patologias graves (como a osteoporose e doenças cardiovasculares)**. Marcam também a gramática peculiar utilizada pelo discurso biomédico para falar da menopausa/climatério, que sempre menciona a noção de sintomas e tratamento, por um lado, e por outro o padrão de feminilidade, de vida, beleza, juventude e frescor que se pode ter com o uso da reposição hormonal.

Como exemplo do quanto esta propaganda reflete o discurso médico atual sobre a mulher no climatério, estão incluídos no Anexo alguns anúncios de TRH (terapia de reposição hormonal)

Observa-se nestes anúncios a presença de uma gramática específica e também a representação de uma mulher no climatério através da imagem de beleza, sensualidade e juventude.

Nos anúncios **A, B, C, D, E, e H** incluídos no Anexo, serão encontradas imagens de mulheres jovens, bonitas, sensuais, sorridentes e ativas. Os textos trazem promessas de, além de preservação da beleza, melhora do humor e da libido, através do uso da TRH na menopausa:

(...)“mais energia e disposição para a vida”(…) no anúncio **A**.

Assim como da possibilidade de que esta mulher:

(...)“na menopausa mantenha o frescor da vida”(…) no anúncio **D**.

Observam-se nos anúncios **B e E**, promessas também de uma medicação:

(...)“sem os riscos da TRH convencional”(…) em **B**.

(...)“com boa tolerabilidade”(…) em **E**.

Pode ser notada ainda, no anúncio **B**, a afirmação de que a mulher, com o uso da TRH, venha a ficar

(...)“totalmente livre dos sintomas do climatério”(...)

O anúncio **E** traz promessas de

(...)“rápida remissão da sintomatologia”(...).

Desta forma conclui-se através do que é explicitado nestes anúncios que os riscos da TRH são admitidos de um modo geral, assim como há o reconhecimento pela biomedicina de uma sintomatologia particular, inerente ao climatério, classificando-o em uma categoria de patologia, como uma doença causada pelo hipoestrogenismo.

A ênfase na importância e na necessidade de um tratamento preventivo no climatério, assim como a presença de referências bibliográficas específicas ao tema pode ser constatada nos anúncios **D**, **G**, **H** e **J**. Vemos, aí, a inclusão da mulher a partir da menopausa em um grupo de risco, em uma situação para a qual como é exemplificado no anúncio **G**:

(...)“a única cura é a prevenção”(...)

Ou como é preconizado no exemplo **H**, ao afirmar que a TRH:

(...)“previne e alivia a sintomatologia climática”(...).

A imagem do climatério visto como um período que representa um obstáculo no dia-a-dia da mulher e de seus familiares surge de forma explícita no exemplo **I**. Nesse anúncio, junto a indagação de um filho confuso com relação à sua mãe:

(...)“Climatério: o que eu tenho a ver com isso?”(...)

e dada a resposta através da indicação de TRH:

(...)“Os sintomas do climatério atrapalham o dia a dia da mulher. Mas é possível conviver bem com ele”(...) e,

(...)“No climatério a mulher precisa de reposição de 17-beta-estradiol”(...).

Vindo a seguir o comentário aliviado do filho:

(...)“Puxa, ainda bem que tem gente que entende de mãe”(...).

A melhora na qualidade de vida da mulher no climatério, proporcionada pela reposição hormonal, é explicitada na promessa no anúncio **F**, através da afirmação:

(...)“Ela merece e pode ter melhor qualidade de vida na pós-menopausa”(...).

Também a ideia da mulher definida a partir dos hormônios se faz presente por meio da afirmação encontrada no anúncio **I**:

(...)“Ginedisc, A mulher sempre mulher”(...).

O texto desse anúncio reforça a ideia de que desde que faça uso da reposição hormonal, a mulher poderá continuar a ser sempre mulher, apesar do climatério.

\* \* \*

Este capítulo como o anterior, buscou analisar o discurso da biomedicina sobre o período do climaterio-menopausa. Comparando-se o capítulo quatro com este, pode-se observar que o anterior abarca um contexto mais geral da produção médica internacional sobre o período do climatério/menopausa. Por outro lado, neste capítulo considera-se um caso específico a RBGO, em um panorama nacional, no qual os artigos sobre o tema da menopausa climaterio surgem a partir de 1990.

Alguns pontos comuns aos dois capítulos podem ser destacados, assim como diferenças relativas a um panorama nacional mais restrito à ginecologia e outro de âmbito também internacional, mais amplo e geral.

O que é comungado tanto pelo discurso mais restrito, quanto pelo discurso médico mais geral, traduzira uma posição bastante uniforme com relação à compreensão da mulher no climaterio pela biomedicina. Surge com bastante ênfase nos textos a ideia de que na mulher a fase compreendida a partir do período da pré-menopausa se constitui em um problema e que como tal precisa ser tratado, de preferência de modo preventivo, antes que os sintomas e as patologias inerentes ao hipostrogenismo se instalem no organismo feminino.

A definição da mulher no climaterio a partir da ideia da falta, no caso, do hormônio estrogênio, está bastante presente. Sendo assim, os níveis hormonais é que irão determinar os padrões de feminilidade, juventude, beleza, sensualidade, produtividade, enfim, de saúde física e mental das mulheres a partir da menopausa. O perfil delineado como se percebe nos artigos, para a mulher a partir do período da pré-menopausa se apresenta como o de alguém particularmente frágil, vulnerável e em risco constante de vir a desenvolver doenças graves e incapacitantes, como a osteoporose, os problemas cardíacos e urinários e o câncer.

Apesar das divergências e dos riscos mais graves apontados por alguns grupos de pesquisadores, a TRH (terapia de reposição hormonal) se constitui tanto no panorama nacional como em outros países considerados mais desenvolvidos como sendo o padrão mais geral de cuidado que deve ser adotado pelas mulheres no climatério, para a profilaxia e para o tratamento das ocorrências deste período.

Como pode ser constatado, apesar da presença de posições relativizadoras de algumas profissionais da área biomédica, que apontam para uma imposição influente do meio social nos acontecimentos da fase da menopausa/climatério, esta ainda é uma posição que

representa o pensamento de uma minoria na área. O biológico, dentro do discurso da biomedicina, se mostra como a instância encompassadora. Ainda que seja admitida uma influência da instância social, esta se apresenta subsumida ao biológico, sendo que, no caso da mulher no climatério, este é representado pelos hormônios que irão determinar, dirigir a forma através da qual as mulheres nesta fase serão capazes de reagir e lidar com as situações cotidianas de suas vidas.

O material do capítulo quatro foi utilizado para análise, embora representando um discurso médico mais geral, por trazer um contexto mais interessante na comparação com o caso brasileiro de pesquisa (RBGO). As categorias **ansiedade e depressão** não surgem da mesma forma nos dois discursos (o geral e o restrito à ginecologia). No que se está chamando de geral, surge um conjunto mais amplo de categorias sobre perturbações mentais. Já na RBGO, não ocorre uma ênfase específica nestas categorias, sendo que elas se apresentam por muitas vezes atreladas a outras patologias, também relacionadas ao climatério, como a osteoporose, as doenças gênito-urinárias e cardiovasculares. Nos dois discursos há porém o reconhecimento destas categorias como parte da síndrome climatérica, consequência de queda nos níveis hormonais. Embora na RBGO estas categorias não sejam tão enfatizadas, elas se fazem presentes de forma bastante consistente através dos anúncios de terapia de reposição hormonal que, refletem o pensamento da biomedicina sobre a mulher no período do climatério.

Ainda com relação ao material analisado nos dois capítulos, no que diz respeito à sintomatologia climatérica, esta irá compreender uma ampla gama de ocorrências que irão variar desde os fogachos, insônia, palpitações, labilidade de humor, irritabilidade, dificuldades de memória, ressecamento vaginal, problemas urinários até ansiedade e depressão.

Para concluir, retomando Emily Martin (1989, 1986), mostra-se importante frisar a presença nos artigos pesquisados do que a autora denominou como sendo uma “gramática específica”, utilizada de forma peculiar pela ciência médica para a descrição dos corpos femininos no climatério assim como dos processos relativos a ele. Ao longo dos textos mostrou-se bastante freqüente o uso de termos que definem, descrevem a mulher e o funcionamento de seu organismo a partir da menopausa em um contexto de falência, atrofia, degeneração, declínio e incapacidade.

Pode ser visto ainda na crítica efetuada por Harding (1997) com relação à preconização da TRII, a constatação da inserção pelo discurso biomédico da mulher no climatério em uma categoria medicalizada e de risco. Tal fato, como é apontado pela

autora, fica evidenciado no discurso médico pesquisado nos capítulos quatro e cinco. Como se pode constatar através das pesquisas e estudos biomédicos, a mulher tem sido cada vez mais definida a partir de suas dosagens hormonais e inserida em um discurso que envolve prevenção e risco. Tal fato contribui para reforçar a idéia do organismo feminino nesta fase como o lugar da falta, no caso, do hormônio estrogênio. Este discurso culmina por delegar à mulher uma grande responsabilidade em relação ao que lhe possa ocorrer caso não venha a cuidar-se adequadamente, por meio do uso da TRH, submetendo-se a uma vigilância e a um monitoramento médico constantes.

O cotidiano da mulher no climatério que não admite certos cuidados mostra-se bastante empobrecido, justamente por conta das mudanças radicais, que a falta do estrogênio irá impor ao funcionamento de seu organismo, afetando não apenas a área física, como também a psíquica e causando problemas emocionais. Como é apontado por Harding (1997), a mulher no climatério se torna o foco de um crescente controle e vigilância por meio de um discurso preventivo de um processo fisiológico.

Estariamos ainda atualmente diante de uma definição da mulher como portadora de um organismo mais frágil, e portanto mais vulnerável e sujeito a descontroles e patologias? Seria a mulher um ser patológico por conta de sua própria condição orgânica, biológica? De certo modo parece ser possível que a idéia prevalente sobre a mulher a partir do século XIX, como portadora de um organismo frágil, problemático e que a deixaria sempre beirando a patologia (Rohden, 2000) se atualize aqui, engajada no discurso da biomedicina.

## VI CONCLUSÃO

Este trabalho propôs realizar uma investigação da forma através da qual nas últimas décadas a biomedicina tem descrito a mulher no climatério, assim como a existência de uma correlação particular dentro do discurso médico entre a sintomatologia psíquica apresentada pelas mulheres neste período e as mudanças ocorridas em seu organismo.

Não se pretendeu, obviamente, esgotar o tema, que se mostrou bastante extenso. Pôde ser constatado através desta pesquisa o quanto a descrição da mulher, feita pelo discurso médico, no período do climatério, se apresenta inserida em um problema de maior amplitude e que diz respeito a um processo crescente de medicalização dos corpos.

Enfocando o processo de medicalização do corpo feminino, pôde ser percebida uma atenção especial dirigida a determinadas fases da vida da mulher, como a menstruação, a gravidez, o puerpério e a menopausa e também com relação às manifestações da sexualidade. Esta preocupação que se acentua a partir do final do século XVIII e ao longo do século XIX se faz presente também nos dias de hoje, podendo ser observada através de toda uma série de regras e preceitos, principalmente por parte da medicina, no que diz respeito à manutenção da saúde, beleza, sensualidade e juventude e que norteiam atualmente os padrões estabelecidos como ideais da mulher em nossa sociedade.

O estudo sobre medicalização do corpo feminino, e em especial no período do climatério, fornece pistas que apontam para o que pode ser percebido como uma produção de conhecimento específico dentro da área biomédica que cada vez mais define a mulher, sua condição e potencial a partir das dosagens das taxas hormonais.

Os avanços científicos provocados pelas mudanças trazidas pelo Iluminismo propiciaram, a partir de meados do século XVIII e ao longo do século XIX, que a saúde e a sexualidade da mulher se tornassem objeto freqüente de atenção por parte da medicina. A compreensão de uma especificidade própria ao corpo da mulher e a substituição de um modelo de sexo único por um outro de diferenciação radical entre homens e mulheres passam então a servir de balizadores.

A configuração de um dispositivo de histericização do corpo da mulher, segundo Foucault (1985), será realizada por meio da inserção deste corpo, visto como portador de uma patologia intrínseca, dentro das práticas médicas. Ao longo do capítulo dois, pôde-se ver como a partir deste dispositivo de controle cada vez mais a vida da mulher e seus

processos fisiológicos vêm sendo compreendidos como momentos de crise, devendo ser tomados como objetos de atenção e cuidados específicos por parte da medicina

Em uma aproximação com o crescente fenômeno da medicalização em nossa sociedade – e no caso particularmente enfocado por este estudo, com relação ao período do climaterio –, é possível constatar o quanto tal processo tem se constituído em um dispositivo de regulação do corpo da mulher nesta fase. Nessa perspectiva, é válido se tomar o que Michel Foucault escreveu em textos como a *História da Sexualidade I* (1985)

Em sua análise Foucault (1985) aponta como mais especificamente a partir do século XVII o poder político passa a assumir a tarefa de gerenciar a vida, estabelecendo nela seu ponto de fixação, assim como nos processos relacionados a sua manutenção. Este poder irá desdobrar-se em dois pólos principais, o primeiro centrado no corpo como máquina, objetivando ampliar as suas aptidões, sendo instalada deste modo uma anátomo-política do corpo humano. Um outro pólo regulador seria baseado no corpo percebido enquanto suporte de processos biológicos como o nascimento, a mortalidade, o nível de saúde e a longevidade. Estes processos passam então a ser alvo de intervenções e de controle reguladores, constituindo-se desta forma uma bio-política da população. O poder sobre a vida passa a ser exercido e imposto por meio das disciplinas do corpo e da regulação da população. Segundo Foucault (1985: 134),

(...) “o homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade cai, em parte, no campo de controle de saber e de intervenção de poder. Este não estará somente às voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o ato do poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça de morte, que lhe dá acesso ao corpo. Se pudéssemos chamar “bio-história” às pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de “bio-política” para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (...).

A antiga potência de morte do poder soberano, que detinha o direito de causar a morte ou deixar viver, passa gradativamente a ser substituída pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida, sendo assim instituída uma bio-política da população (Foucault, 1985). A medicalização pensada como um fenômeno que perpassa a

sociedade moderna não pode ser compreendida sob um ponto de vista unilateral, em uma relação de causa e efeito. Os fenômenos referentes aos corpos e ao sexo, incluindo-se aí a medicalização, são construídos através de múltiplos discursos em que entram em jogo relações complexas de saber e de poder.

A TRH (terapia de reposição hormonal), como é apontado por Harding (1997), tem se constituído nas últimas décadas em um instrumento de medicalização do corpo da mulher no período a partir da pre-menopausa. A autora assinala o quanto a mulher nesta fase passa cada vez mais a ser inserida em um discurso de risco, por conta da queda em suas taxas hormonais.

A definição do que seria o feminino através das taxas hormonais, assim como a compreensão da mulher no climatério como um ser em situação de vulnerabilidade e risco, necessitando então de cuidados específicos, surge bastante enfatizada na análise do material dos periódicos de medicina.

Como foi abordado, tanto em uma análise do panorama médico num âmbito mais geral (capítulo quatro), quanto numa leitura específica na área da ginecologia no Brasil (capítulo cinco), pode-se constatar que o climatério é percebido como uma fase delicada, mesmo patológica. O discurso da biomedicina encontrado nos periódicos pesquisados apresenta a mulher nesta fase a partir da queda nos níveis hormonais como estando sujeita a sofrer os efeitos da síndrome climatérica (que envolve sintomas físicos e psíquicos) e também como aquela que corre risco de desenvolver graves patologias como a osteoporose e problemas cardiovasculares. A terapia de reposição hormonal é considerada um aliado nos estudos e pesquisas médicas destas revistas, apesar de existirem controvérsias quanto a seus efeitos colaterais. A TRH contribui para reforçar a imagem do climatério como uma fase patológica, passando a mulher, a partir de então, a ser definida como sendo cada vez menos mulher, em função da falta do hormônio estrogênio.

A constatação, nos periódicos pesquisados, da presença de uma definição da mulher no climatério pela falta – no caso do estrogênio – é corroborada pelo que propõe Nelly Oudshoorn (1994). Segundo a autora, tem sido cada vez mais evidente a prevalência de uma definição da mulher através de suas taxas hormonais. Ela aponta para o quanto os corpos femininos têm sido inseridos em uma espécie de construção hormonal dominante, exemplificada pela preconização crescente pela medicina da TRH às mulheres no climatério.

Ao longo do capítulo três, através de relatos de autores como Featherstone (2000), Oudshoorn (1994), Alves (2002) e Guedes (1999), pode-se constatar a presença no Ocidente

Moderno, de uma atribuição de maior valor à juventude, sendo constatada paralelamente uma repulsa e um medo frente às limitações trazidas pela velhice. A análise do que é proposto por estes autores, assim como em pesquisas sobre a menopausa/climatério, como as realizadas por Davis (1986), Beyene (1986), Lock (1986), Flint (1975) e Reis (2000), mostra a necessidade de uma contextualização do envelhecimento e do climatério. Ao longo dos relatos das pesquisas foi possível constatar que as concepções referentes ao envelhecimento e ao climatério são construídas socialmente, sendo, portanto, relativas, e a partir daí são conferidos novos sentidos e significados aos eventos que acompanham as fases de envelhecimento e também do climatério/menopausa.

Outro trabalho importante neste estudo foi o de Ruth Hubbard (1997), que assim como Oudshoorn (1994), traz um questionamento à existência de um corpo natural e universal, tal como é preconizado pela biomedicina. Hubbard (1997) apresenta a biologia da mulher como uma construção política; realiza uma crítica a um modelo reducionista, que tende a descrever a natureza, o fato biológico, como único, tomando-o como uma verdade universal a todas as culturas. Aponta também para uma tendência na cultura ocidental em isolar o fato científico daquele que o observa e constroi, ou seja, o cientista. Quase sempre não é levado em conta em um processo científico que o discurso do cientista sobre algum fenômeno parte de determinado lugar, e que este lugar é construído socialmente. Sendo assim, também o discurso médico e no caso particular deste estudo, a descrição da mulher e do funcionamento de seu corpo no período do climatério, da forma como tem sido apresentados nos periódicos médicos, ou seja como portadora de um corpo natural e universal comum a todas as mulheres no climatério, precisam ser relativizados.

As descrições encontradas nos artigos médicos, em sua grande maioria, partem de definições gerais, “a-históricas” e “a-culturais”, baseadas na maioria das vezes em taxas hormonais e sinais e sintomas visíveis e quantificáveis. Tais descrições precisam ser problematizadas e o argumento de que representam a única possibilidade deve ser combatido - não se trata de negar a existência de um substrato biológico, porém é preciso que se perceba que a este substrato serão somadas as experiências pessoais e do grupo social no qual a mulher em questão se encontra inserida.

As análises realizadas por Emily Martin (1986, 1989) se constituíram como uma importante referência para um estudo do discurso biomédico sobre o climatério/menopausa. Como Martin (1986, 1989) propõe, pode-se constatar a presença do uso de uma gramática específica pela medicina na descrição dos processos fisiológicos da mulher, e em especial com relação aos processos reprodutivos e da menopausa.

No caso particular do climatério, o uso de termos como degeneração, falência e atrofia é bastante freqüente e denota certa desvalorização pelo discurso biomédico de um processo fisiológico da mulher relacionado ao término do período reprodutivo. De algum modo, seria como se o único objetivo do organismo feminino fosse a reprodução - a autora sugere que ao longo da vida das mulheres não haveria um único objetivo, uma única meta a ser alcançada por seu organismo. A organização e o funcionamento do organismo da mulher se dariam de acordo com o objetivo de cada fase: gravidez, lactação, menstruação ou menopausa. Sendo assim, não haveria nenhuma razão para que tal funcionamento do corpo da mulher fosse descrito através de termos como falência, incapacidade ou degeneração, uma vez que este estaria voltado em diferentes períodos para objetivos diversos.

Outro ponto importante apontado por Martin (1986, 1989) relaciona-se a uma diferença na percepção das mudanças ocorridas com as mulheres a partir do climatério. As modificações em seu humor e atitudes nesta fase, com freqüência percebidas por seus familiares como sinais de desequilíbrio e compreendidas no discurso biomédico como consequência de queda nas taxas hormonais, são passíveis de uma outra interpretação. Segundo relatos das próprias mulheres, tais atitudes estariam relacionadas a uma tomada de posição, a uma postura de resistência às pressões muitas vezes sofridas por elas em seu cotidiano.

Com relação ao nervoso (labilidade emocional, depressão, sentimento de vazio) e à ocorrência de fogachos, Martin (1986, 1989) argumenta que em diversas pesquisas é indicada uma maior freqüência destes sintomas em mulheres pertencentes a classes com menor poder aquisitivo.

Esta correlação quanto à utilização do código do nervoso também surge em autores como Duarte (1986), Silveira (2000) e Alves (2002). Estes autores assinalam o quanto esta categoria é desenvolvida e exteriorizada a partir de um conjunto de signos e significados dos sujeitos interligados a situações cotidianas de suas vidas.

Para Duarte (1986), a utilização do código do nervoso dirá respeito a uma forma de organização hierárquica, complementar e relacional, encontrada nas classes trabalhadoras. Deste modo, como é apontado por Duarte (1986) e Silveira (2000), haveria uma associação maior entre a utilização deste código e as mulheres por conta de uma influência relacionada aos papéis sociais de gênero.

Finalmente é importante destacar um deslocamento dentro da biomedicina relativo ao que identificaria o feminino, uma substancialização do feminino, do útero para os

ovários e a questão hormonal. Esta passagem, ao longo dos artigos médicos pesquisados, tornou-se bastante evidente quanto ao período do climatério, através do papel prioritário atribuído aos hormônios na constituição de um perfil feminino nesta fase.

Este fato pode ser incluído em um âmbito mais amplo que diz respeito à ascensão do fisicalismo, a partir do qual o biológico encompassa cada vez mais o que se traduz como sendo pertencente ao social. É interessante assinalar que, embora existam posições dentro da medicina que apontam para a influência dos fatores sociais e psicológicos na determinação das ocorrências do climatério, a tendência nesta área caminha em outra direção. O biológico, no caso do climatério representado pelas taxas hormonais, é tomado como englobante e determinante das ocorrências do cotidiano feminino neste período. Sendo assim, segundo o discurso biomédico, estariam subsumidas ao fator biológico as questões sociais e as histórias de vida das mulheres.

Este estudo pôde também constatar através de diversos trabalhos na linha sócio-antropológica a relevância de uma contextualização desta fase de mudanças na fisiologia da mulher. A observação do ambiente histórico, social e cultural e uma escuta das histórias de vida destas mulheres, irá permitir a percepção do que foi anteriormente apontado por Emily Martin (1986, 1989), ou seja, que o que as mulheres na menopausa pensam sobre si mesmas e sobre esta fase nem sempre coincide com aquilo que a biomedicina diz.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES, P. Nervoso e experiência de fragilização: narrativa de mulheres idosas. In: MINAYO, COIMBRA. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Fiocruz, 2002
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Version. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
- BARNETT, E. Notes on nervios: a disorder of menopause. In: DAVIS, D. e LOW, S. *Gender, Health and Illness: the case of nerves*. New York. Hemisphere Publishing Co., 1989
- BAYER, R; SPITZER, R. Neurosis, psychodynamics and DSM-III. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42: 187-196.
- BERRIOT-SALVADORE, E. *Un Corps, un destin*. Paris: Honoré Champion Ed., 1993
- BEYLINE, Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause: a biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, 10: 47-71.
- BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos do IPUB*, 2000, VI (18): 158-177.
- BRANDÃO, E. ; HEILBORN, M. Ciências sociais e sexualidade In: HEILBORN, M. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BROWN, G.; HARRIS, T. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock, 1978.
- BROWN, J. Cross cultural perspectives on middle-aged women. *Current Anthropology*, 1982, 23 (2): 143-156.
- BUARQUE DE HOLANDA, A. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986

- CAYLOR, S. Prisoners of their own febleness: women, nerves and western medicine- a historical overview. *Social, Science and Medicine*, 1988, 26 (12): 1199-1208.
- CHESLER, P. *Women and Madness*. New York: Avon, 1972.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- CRAWFORD, M.; HOOPER, D. Menopause Aging and the Family. *Social Science and Medicine*, 1973, 7: 469-482.
- DAVIS, D. L. The Meaning of Menopause in a Newfoundland fishing village. In: CALLAHAN, J. C. (org). *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, 10: 47-73.
- DAVIS, D. L. Historical and cross-cultural perspectives on nerves. *Social Science and Medicine*, 1988, 26 (12): 1197.
- DEBERT, GRIN. Gênero e Envelhecimento. *Revista Estudos Feministas*, 1994, 2 (3).
- DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DUARTE, L. F. Os Nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana: uma revisão crítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1993, 3 (2): 43-74.
- DUARTE, L. F. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1986.
- DUARTE, L. F. *Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo de regulação moral da pessoa*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ciência, natureza, sociedade. Encontros científicos franco-brasileiros, 1997.
- DUMONT, L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

- DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico*. Tradução: Maria Isaura Pereira dos Santos. São Paulo: Ed. Nacional, 1982.
- EDFELMANN, R. Embarrassment: the state of research. *Current Psychological Reviews*, 1981, 1: 125-138.
- ELIAS, N. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- ELIAS, N. *The Loneliness of the Dying*. Oxford: Basil Blackwell, 1985.
- ERIKSON, E., ERIKSON, J. and KIVINICK, H. *Vital involvement in old age: the experience of old age in our time*. London: Norton, 1986.
- FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M. Envelhecimento, Tecnologia e o Curso da Vida Incorporado. In: DEBERT, G.; GOLDSTEIN, D. *Políticas do Corpo e o Curso da Vida*. São Paulo: Mandarim, 2000, 109-132.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I, A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GAINES, A.D. From DSM-I to III-R; Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U. S. Psychiatric Classification. *Social Science and Medicine*, 1992, 35 (1): 3-24.
- GOFFMAN, E. *Interaction ritual: Essays on Face to Face Behavior*. Garden City: Anchor, 1967.
- GRONEMAN, C. Nymphomania: the historical construction of female sexuality. *Signs*, 1994, 19 (2).
- GRONEMAN, C. Ninfomania do Corpo. In: *Ninfomania - História*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

- GLADES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma "antropologia do envelhecimento"? *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1999, SBGG, 3: 86-93.
- HARDING, J. Bodies at Risk – Sex, Surveillance and Hormone Replacement Therapy. In: PETERSEN, ALAN and BUNTON, ROBIN (orgs.). *Foucault – Health and Medicine*, London and New York: Routledge, 1997.
- HASSEN, M.; KNAUTH, D., VICTORA, C. Corpo, Saúde e doença na Antropologia. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde – uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 11-23.
- HENNING, M. F. *A Expansão do Organicismo na Psiquiatria e sua difusão no Campo Social: uma análise de suas relações com a concepção moderna de pessoa*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Dissertação, 1998.
- HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P. e RABELO, M. (orgs.) *Antropologia da Saúde, Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.
- HUBBARD, R. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press, 1997.
- JENKINS, J. H. The psychocultural study of emotion and mental disorder. In: BOCK, P. K. (ed.). *Handbook of Psychological Anthropology*. Greenwood Press, 1994.
- KATZ, S. *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Charlottesville and London: University Press of Virginia, 1996.
- KETTL, J. Age in social and cultural context: anthropological perspective. In: BINSTOCK, R., GEORGE, L. (ed.) *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 1990.
- KINF, S. *Sex and suffrage in Britain (1860-1914)*. London: Routledge, 1990 [1987].

- KNAUTH, D., VICTORA, C. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: KNAUTH, D., VICTORA, C. *Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- KNIBBIEHLER, Y., FOUQUET, C. *La femmes et les médecins*. Paris: Hachette, 1983.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- LAKOFF, G., KÖVECSESZ. The cognitive model of anger inherent in American English. In: HOLLAND, D.; QUINN, N. *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo – Corpo e Gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- LEYSER, B. Medicalization of menopause: from: Feminine Forever to Healthy Forever. In: LYKKE, N., BRAIDOTTI, R. (eds.). *Between monsters, goddesses and cyborgs*. London: Zed Books, 1996.
- LOCK, M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perception of menopause. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, 10 (1): 23-46.
- LOCK, M. New Japanese Mythologies: faltering discipline and the ailing housewife. *American Ethnologist*, 1988, 15 (1): 42-61.
- LOCK, M. The politics of midlife and menopause. In: LINDENBAUM, S. e LOCK, M. (eds.) *The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Bekerley: University of California Press, 1993.
- LOMAX, P. The Pathophysiology of postmenopausal Hot Flushes. *Reproduction*, 1982, 6: 93-99.

- MALDONADO, M. T. Climatério e Envelhecimento. In: MALDONADO, M. T. e CANTILLA, P. *A relação médico-chente em ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Atheneu, 1981.
- MARTIN, E. Science and the Construction of Gendered Bodies. In: LASLETT, B. *Gender and Scientific Authority*. Chicago: University of Chicago, 1986.
- MARTIN, E. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston-Massachusetts: Beacon Press, 1989.
- MAUSS, M. As Técnicas Corporais. In: *Sociologia e Antropologia*. Vol II. São Paulo: Epu/Edusp, 1974.
- MINAYO ; COIMBRA . Introdução. In: MINAYO e COIMBRA. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Fiocruz, 2002.
- MOSCUCCI, O. *The Science of Woman: gynaecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996 [1990].
- NASCENTES, A. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1932.
- OMS. *CID X Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão, São Paulo: EDUSP, 1997.
- OUDSHOORN, N. *Beyond the natural body, an archeology of sex hormones*. London – New York: Routledge, 1994.
- PEUMERY, J., ROZENBAUM, H. *Histoire Illustrée de la ménopause*. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1990.
- PIRES, A. *O envelhecimento e as revistas voltadas para um público feminino*. (mimeo), Unicamp, 1993.

RABINOW, P. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

REIS, A. P. *Do corpo sedutor ao corpo invisível: A menopausa em uma perspectiva antropológica*. Bahia: Universidade Federal da Bahia/Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Dissertação, 2000.

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

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: UFRJ/Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Tese, 2000.

RUSSO, J. A. ; PONCIANO, E. T. *O Sujeito da Neurociência: da Naturalização do Homem ao Re-Encantamento do Mundo*. Trabalho apresentado no XXV Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, 2001.

RUSSO, J. A.; HENNING, M. F. O Sujeito da Psiquiatria Biológica e a Concepção Moderna de Pessoa. *Antropolítica*, 1999, 6, 1º semestre, UFF, Rio de Janeiro.

SERPA Jr. Mente, Cérebro e Perturbação Mental: a natureza da loucura ou a loucura da natureza? *Cadernos do IPU/B*, 2000, VI (18): 144-157.

SILVEIRA, M. L. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

STEPHENS, W. *The Oedipus complex: cross-cultural evidence*. New York: Free-Press, 1962.

VAITSMANN, J. Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. *Physis*, 1994, 4 (1): 7-22.

## FONTES PESQUISADAS

### A – Publicações Internacionais

BALLINGER, C. B. Psychiatric morbidity and the menopause: survey of a gynaecological out-patient clinic. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 131: 83-89.

BALLINGER, C. B. Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 156: 773-787.

BARKER, M. Psychiatric illness after hysterectomy. *British Medical Journal*, 1968, ii: 91-95.

BARON, J. *De la ménopause (âge critique)*. Thèse de médecine de Paris, n° 64, 4 avril 1851.

BIRGE, S. HRT and cognition: what the evidence shows. *OBG Manage*, 2000, 12 (10), 40-59

BIRGE, S. Practical strategies for the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *Clinical Geriatrics*, 1997: 56-74

BLUM, J. et al. Estrogen replacement therapy by a special regimen in the years following menopause. *Clinical Experience Obstetric and Gynaecology*, 1989, XVI (1).

BLUM, J. et al. The effect of estrogen replacement therapy on plasma serotonin and catecholamines of postmenopausal women. *Journal of Medical Science*, 1996, 32: 1158-1162.

BLUMEL, J., CUBILLOS, M. Algunas características clínicas de la Menopausia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1988, 53 (5): 278-282.

- BLUMEL et al "La Menopausia: una enfermedad?" *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1991, 56 (4), 268-273.
- BRODY, A.; FARMER, E.; WHITE, R. Absence of menopausal effect on hip fracture occurrence in white females. *American Journal of Public Health*, 1984, 74 (12) 1397-1400
- CAGNACCI, A. et al. Neuroendocrine and clinical effects of transdermal 17-betaestradiol in post-menopausal women. *Maturitas*, 1991, 13: 283-296.
- CAMPBELL, S.; WHITEHEAD, M. Oestrogen therapy and the menopause syndrome. *Clinical Obstetric Gynecological*, 1977, 4: 31-47.
- CHU, J. et al. Survival among women with endometrial cancer: a comparison of estrogen users and non users. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1982, 143: 569-573.
- COLOMBAT de L'ISERE, M. *Treatise on the diseases of females*. Trad. MEIGS, C D Philadelphia: Blanchard L., Lea, 1845.
- CONKLIN, W. J. Some neurosis of the menopause. *Transamerican Association Obstetrics Gynaecology*, 1889, 2: 301-311.
- CRANE, G. Use of monoamine oxidase inhibiting antidepressants. In: *Principles of Psychopharmacology*. Ed. Clark, W. G. del Giudice, New York. Academic Press, 1970
- DAPUNT, O. Oestrogenbehandlung des klimakterischen syndrom. *Wien. Med. Wschr.*, 1967, 117: 95-101
- DARMON, P. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris: J.-J. Pauvert, 1977
- DARMON, P. *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*. Paris. Hachette, 1988

DENNERSTEIN, L. Depression in the menopause. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 1987, 4 (1).

DENNERSTEIN, L.; BURROWS, G. A review of studies of the psychological symptoms found at the menopause. *Maturitas*, 1978, 1: 55-64.

DENNERSTEIN, L. et al. Hormone therapy and affect. *Maturitas*, 1979, 1: 247-259.

DITKOFF, E. e cols. Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstetrics and Gynaecology*, 1991, 78 (6): 991-995.

DIXON, H. Gynaecological disorders of childhood, puberty and menopause. In: *Obstetrics and Gynaecology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd., 1980: 121-128.

DREYFUS, G. *Die melancholie, ein zustans bild des manisch depressiven irreseins*. Jena: G. Fischer, 1907.

FARNHAM, A. M. Uterine disease as a factor in the production of insanity. *Alienist and Neurologist*, 1887, 8: 532-547.

FLINT, M. Sociology and anthropology of the menopause. In: VAN KEEP; SERR, D. E GREENBLATT, B. *Female and male climacteric: current opinion*. England: Lancaster-MTP Press, 1979.

FLINT, M. The Menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*, 1975, 16 (4): 161-163.

FOTHERGILL, 1776. In: WILBUSH, J. La menopause – the birth of a syndrome. *Maturitas*, 1979, 1: 145-151.

FREEDMAN, R.; WOODWARD, S. Behavioral treatment of menopausal hot flushes. *American Journal Obstetric Gynaecological*, 1992, 167: 436-439.

- FREY, K. Middle-aged women's experience and perceptions of menopause. *Women and Health*, 1981, 6 (1-2): 25-36.
- GAMBRELL Jr., R. Prevention of endometrial cancer with progestagens. *Maturitas*, 1986, 8: 159-168.
- GERDES et al. Psychological changes effected by estrogen-progestogen and clonidine treatment of climateric women. *American Journal of Obstetric and Gynaecology*, 1982, 96-104.
- GOLD, J.; JOSIMOVICH, B. *Gynaecologic Endocrinology*, 3<sup>a</sup> ed., Hagerstown: Harper Row, 1980.
- GOOD, J. *The Study of Medicine*. Vol.2. New York: Harper and Bros., 1843.
- GOODMAN, M.; STEWART e GILBERT. Patterns of Menopause: a study of certain medical and physiological variables among Caucasian and Japanese woman living in Hawaii. *Journal of Gerontology*, 1977, 32: 297-298.
- GOODY, J. Aging in non-industrial societies. In: BIRREN, J. SHANAS, J. e BINSTOCK, R. (ed ). *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand - Reinold, 1976.
- GREENDALE, G.; JUDD, H. The Menopausa: health implications and clinical management. *Journal of the American Geriatric Society*, 1993, 41 (4): 426-436
- GREENE, J., COOKE, D. Life stress and symptoms at the climacterium. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136: 486-491
- GREENE, R. Comparison between regional cerebral blood flow in hypoestrogenic women and patients with Alzheimer's disease - a descriptive study. *Neurobiological Aging*, 1998, 10 (1)

- GREENE, R. Measurement of estrogen's effects on the brain using modern imaging techniques. *Menopausal Medical*, 1999, 7 (4): 9-12.
- GUYTON, A. *Physiology of the Human Body*. Philadelphia: Saunders College Publishing, 1984.
- HABER, C. *Beyond sixty-five. The dilemma of old age in America's past*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- HANEY, A. The psychology of the climacterium. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1986, 20 (2): 397-406.
- HUNTER, M.; WHITEHEAD, M. Psychological experience of the climateric and postmenopause. In: HAMMOND, C. et al. (ed.). *Menopause: evaluation, treatment and health concerns*. New York: Alan Liss, 1989.
- IDICULLA, A.; GOLDBERG, G. Physical fitness for the mature woman. *Medical Clinical North American*, 1987, 71: 135-148.
- JACOBS, D. et al. Cognitive function in nondemented older women who took estrogen after menopause. In: *Neurology*, 1998, 50: 368-373.
- JAILLON, L. *Essai sur l'âge critique des femmes.* Thèse de médecine de Paris (na XIII), 1805.
- JEFFCOAT, N. *Principles of Gynaecologic*, 4<sup>th</sup> ed, London: Butter worths, 1975.
- JICK, H. et al. Replacement estrogens and endometrial cancer. *N. Engl. J. Med.*, 1979, 300. 218-222.
- JONES, H.; JONES, G. *Novak's textbook of gynaecology*. Baltimore, M. D. Williams and Wilkins, 1981.

KANNEL, W. Metabolic risk factors for coronary disease in women: perspective from the Framingham study. *American Heart Journal*, 1987, 114: 413-419.

KAUFERT, A., GILBERT, P.; TATE, R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 1992, 14: 143-155.

KAUFERT, A., GILBERT, P. Women, Menopause and Medicalization. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, 10: 7-21.

KAUFERT, P.; GILBERT, P. Researching the symptoms of menopause: an exercise in methodology. *Maturitas*, 1988, 10: 117-131.

KHUL, H. Pharmacokinetics of oestrogens and progestogens. *Maturitas*, 1990, 12: 171-197.

KLAIBER, E. L.; BROVERMAN, D. Effects of estrogen therapy on plasma MAO activity and EEG driving responses of depressed women. *American Journal of Psychiatry*, 1972, 128 (12): 42-48.

KLAIBER, E. L. et al. Estrogen therapy for severe persistent depressions in women. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36: 550-554.

KOPERA, H. Oestrogens and Psyche. *Wien Klin Wochenschrift*, 1984, 96 (12): 456-462.

KRAEPELIN, E. *Psychiatrie*. Leipzig: A. Abel, 1909.

KRAEPELIN, E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: A. Abel, 1896.

KOPIN, J. Storage and metabolism of catecholamines: the role of monoamine oxidase. *Pharmacological Reviews*, 1964, 16: 179-191.

HEXIT, L. *Anxiety and Menopause: a study of normal women*. Chicago: University of Chicago, tese de pos-doutorado, não publicada, 1963.

- LIRA, S.; AMBE, A. Menopausia, una época crítica em la vida. *Ginecologia y Obstetricia de México*, 1992, 60: 171-174.
- LLUSIA, J. Fisiología femenina. In: LLUSIA, J. *Tratado de Ginecologia*. Tomo I. Barcelona – Madri – Lisboa – Rio de Janeiro: Editorial Científico-Médica, 1968.
- MARTINEZ-JORDAN, N. Relación entre síntomas psicológicos, alteraciones ginecológico-hormonales y periodo perimenopáusico. *Actas luso-esp. Neurol. Psiquiat. Cienc. Afines*, 1993, 21: 131-142.
- Mc CLURE BROWNE, C. *Postgraduate Obstetrics and Gynaecology*, 4ª ed. London: Butter worths, 1973.
- Mc KINLAY, S.; JEFFERYS, M. The menopausal syndrome. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 1974, 28: 108-115.
- Mc KINLAY, S ; Mc KINLAY, J. Health status and health care utilization by menopausal women. In: *Aging. Reproduction and the Climacteric*. New York: Plenum Publishing Co, 1985.
- Mc KUEN, B.; ALVES, B. Estrogen action in the central nervous system. *Endocrinological Review*, 1999, 20: 279-307.
- Mc NAUGHTON, C. *Medical Gynaecology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- MERSON, J The climacteric period in relation to insanity. *West Riding Lunatic Asylum Reports*, 1876, 6: 85-107.
- MILES, A. *Women and Mental Illness*. Brighton: Harvester Wheatsheaf, 1988.
- MORSE, C. Menopausal Mood Disorders. *Comprehens. Ther.* 1989, 15: 22-27.
- MOUNTCASTLE, B. V. *Medical Physiology*. London: Mosby, 1980.

- MUHLINKAMP, A.; WALLER, M.; BOURNE, A. Attitudes toward women in menopause: a vignette approach. *Nursing Research*, 1983, 32 (1): 20-23
- MONTGOMERY, J. et al. Effect of estrogen and testosterone implants on psychological disorders in the climacteric. *Lancet*, 1987: 297-299.
- MURPHY, D. et al. Sex differences in human brain morphometry and metabolism: an in vivo quantitative magnetic resonance imaging and position emission tomography study on the effect of aging. *Archives of Geriatrics Psychology*, 1996, 53: 585-594.
- MUNRO, A. Psychiatric illness in gynaecological out-patients: a preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, 1969, 115: 807-809.
- NETTER, F. *A compilation of paintings on the normal and pathologic anatomy of the reproductive system*. The CIBA collection of medical illustrations. Summit, New Jersey, CIBA, 1965
- NEUGARTEN, B. et al. Women's attitudes toward the menopause. In: NEUGARTEN, B. *Middle age and aging: a reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
- NORRIS, R. *PMS: Premenstrual syndrome*. New York: Berkeley Books, 1984. New York: Berkeley Books, 1984
- NOVAK, E. *Novak's text book of gynaecology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
- OWDOW, M., PHILIPP, E. *The history of obstetrics and gynaecology*. New York - London: The Parthenon Publishing Group, 1994.
- O'NEILL, D. *Menopause and its effect on the family*. Washington D.C.: University Press of America, 1982

- OPPENHEIM, G. Estrogen in the treatment of depression. neuropharmacological mechanisms. *Biological Psychiatry*, 1983, 18: 721-725.
- PALINKAS, I.; CONNOR, E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstetrics Gynaecology*, 1992, 80 (1): 30-36.
- PALMER, H.; SHERMAN, S. The involutinal melancholia process. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1938, 40: 762-788.
- PHILLIPS, S.; SHERWIN, B. "Effects of estrogens on memory function in surgically menopausal women". *Psychoneuroendocrinol.*, 1992, 17 (5): 485-495.
- POQUILLON, J. *De la ménopause, ou de l'âge critique chez le femme*. Thèse de médecine de Paris, 169, 27 août 1846.
- PRANGE, A. J. Estrogen may well affect response to antidepressant. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 1972, 219: 143-144.
- PRILL, H.; LAURITZEN, C. Das Klimakterium. In: SCHWALM; DOEDERLEIN *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. München: Urban & Schwarzenberg. 1970
- RADMAYR, E. Die steroidhormone im Klimakterium. *Wien. Med. Wschr.*, 1970, 120: 903-905.
- RICHARDS, H. Depression after hysterectomy. *Lancet*, 1973, ii: 430-432.
- RIPEAULT, C. H. *De la ménopause*. Thèse de médecine de Paris, n° 88, 6 mai 1848.
- RODHES, L. Women Aging. In: NETT, E. (ED.). *Women as Elders in Resources for Feminist Research*, 1982, 11 (2).
- ROSSOUW, J. E. et al. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2002, 288(3): 321-333.

ROZENBAUM, H.; PEUMERY, J.-J. *Histoire Illustré de la Ménopause*. Paris. L'ès Éditions Roger Dacosta, 1990.

RUIZ, C. *Terapèutica Ginecológica*. Argentina: Ed. Paramericana. 1988. 96-98.

RUSSEL, D. *Women, Madness and Medicine*. Cambridge: Polity Press, 1995

SAINSBURY, P. Psychosomatic disorders and neurosis in out-patients attending a general hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 1960, 4: 261-273.

SCHINDLER, B. The psychiatric disorders of midlife. *Medical Clinics of North America*, 1987, 71 (1): 127-134.

SCHMIDT, P.; RUBINOW, M. Menopause – Related Affective Disorders: A justification for further study. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148 (7): 844-852.

SCHNEIDER, M.A. et al. The effects of exogenous oestrogens on depression in menopausal women. *Medical Journal Aust.*, 1977, 2: 162-163

SEVERNEL, Psycho-Social Aspects of the Menopause. In: HASPELS, A ; MUSAPH, H. *Psychosomatics in Peri-Menopause*. Baltimore: University Park Press, 1979.

SHANGOLD, M. Exercise in the menopausal women. *Obstetric Gynaecological*, 1990, 75 53-58.

SHEPHERD, J. Effects of estrogen on cognition, mood and degenerative brain diseases. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 2001, 41 (2): 221-228.

SHERWIN, B. Affective changes with estrogen and androgen replacement therapy in surgically menopausal women. *Journal of Affective Disord.* 1988, 14: 177-187.

SHERWIN, B., GEIFAND, M. Sex steroids and affect in the surgical menopause: a double-blind cross-over study. *Psychoneuroendocrinology*, 1985, 10 325-335

SHERWIN, B. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in post menopausal women. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 1991, 72: 336-343.

SHERWIN, B. Menopause: myths and realities. In: STEWART and STOTLAND. *Psychological Aspects of Women's Health Care - the interface between psychiatry and obstetrics and gynaecology*. Washington D. C.: American Psychiatric Press, 1993.

SMITH, D. et al. Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *N. Engl. J. Med.*, 1975, 293: 1164-1167.

SMITH-ROSEMBERG. Puberty to menopause: the cycle of femininity in nineteenth-century America. In: MARY HARTMAN; LOIS W. BANNER, eds. *Cléo's consciousness raised*. New York: Harper and Row, 1974.

SOLOMON, E. P. *Human Anatomy and Physiology*. New York: CBS College Publishing, 1983

STENGEL, E. et al. The postoperative psychoses. *Journal of Mental Science*, 1958, 104: 389-410.

STEINBERG, K. et al. A meta-analysis of the effect of estrogen replacement therapy on the risk of breast cancer. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1991, 265: 1985-1989.

STENDSTEDT, A. Involutional melancholia: an etiologic clinical and social study of endogenous depression in later life, with special reference to genetic factors. *Acta Psychiatrica Neurological Scandinavica*, 1959, 127: 1-71.

STONE, A.; PEARLSTEIN, T. Avaliação e tratamento dos transtornos de humor no padrão de sono e na função sexual decorrentes da menopausa. *Clin. Obstet. Ginec. Am.*, 1994, 2: 405-417.

- STREIB, G. Mechanisms for change – viewed in a sociological context. In *No longer young: the older women in America*. The Institute of Gerontology, University of Michigan State University, 1975.
- TITLEY, W. Pre-psychotic personality of involutional melancholia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1936, 36: 19-33.
- THOMSON, J. Effect of oestrogen on the sleep, mood and anxiety of menopausal women. *British Medical Journal*, 1977, 2: 1317-1319.
- UTIAN, N. Menopause – a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*, 1997, 26: 73-82.
- VANDER, J.; SHERMAN, H.; LUCIANO, S. *Human Physiology: the mechanism of body function*. New York: Mc Graw Hill, 1980.
- VERTINSKY, P. *The eternally wounded woman: women, doctors and exercise in the late nineteenth-century*. Manchester: Manchester Univ. Press, 1990.
- WARNOCK, J. On some of the relationships between menstruation and insanity. *North American Practitioner*, 1890, 2: 49-59.
- WINOKUR, G. Depression in Menopause. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130 (1): 92-93.
- WINTER, G. Natürliche konjugierte oestrogene im klimakterium. *Zbl. Gynäk.*, 1967, 89, 296-300.
- YAFFE, K. et al. Estrogen therapy in post-menopausal women. effects on cognitive function and dementia. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279: 688-695.
- ZOCCOLILLO, M.; CLONINGER, R. Excess Medical Care of Women with somatization disorder. *Southern Medical Journal*, 1986, 79 (5): 532-535.

ZOLA, J. K. *Social-Medical inquiries: recollections, reflections and reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press, 1983.

## **B – Publicações Nacionais**

ABREU, E. *Das causas da menstruação. Diagnóstico da prenhez composta*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

ALDRIGHI, J.; PIRES, A. Efeitos dos estrogênios sobre a cognição, o humor e as doenças cerebrais degenerativas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2001, 47 (2): 87.

ALDRIGHI et al. Esquemas de terapia de reposição hormonal no climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2001, 47 (2): 98.

ANDRADE, J. *A puberdade na mulher*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

ANDRADE, L. *Da responsabilidade legal das histéricas*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1888.

APPOLINÁRIO, J. C. et al. Terapia hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, 1995, 44 (4): 169-176.

AZEVEDO, A. *Das psicoses puerperais e suas relações com os processos auto-tóxicos*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.

AZEVEDO, G. Efeitos da terapia com Ralovifeno na pós-menopausa sobre a espessura endometrial. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2001, 23 (4): 261.

BADALOTTI, M. Ultra-sonometria de calcâneo em mulheres pré e pós-menopausicas, comparação com densitometria óssea. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1998, 20 (4): 225.

BALL, Dr. *A loucura menstrual*. Brazil Medico, 1890: 329.

- BARACAT, E.; AGUIAR, L. et al. Eficácia e segurança de um novo sistema matricial para liberação transdérmica de estradiol comparativamente ao sistema clássico de reservatório. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1996, 106 (8): 281-289.
- BARACAT, E.; HAIDAR, M. Análise dos níveis de fibrinogênio em mulheres na menacme e na pós-menopausa com ou sem reposição estroprogestativa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1996, 18 (9): 755-759.
- BARBOSA, L. *Desordens catameniais*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1891.
- BARROS, C. *As simpatias do útero com os outros órgãos da economia animal e sobre a metrite aguda*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1840.
- BARROS, J. *Considerações gerais sobre a mulher e sua diferença do homem, e sobre o regime que deve seguir no estado de prenhez*. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1815.
- BASTOS A. *Noções de Ginecologia*. São Paulo: Atheneu, 1982.
- BEDONE, A. et al. Luteoma estronal como causa de hirsutismo pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1995, 17 (3): 381-382.
- BORTOLETTO, C. Estudo morfológico e morfométrico do endométrio de mulheres na pós-menopausa durante terapêutica estrogênica contínua. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1998, 20 (7): 423.
- CAETANO, J. Avaliação dos efeitos vasculares do 17-beta-estradiol sobre as artérias uterinas de mulheres na pós-menopausa através da dopplervelocimetria transvaginal colorida. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1999, 21 (7): 422.
- COSTA, A. Neoplasia trofoblástica gestacional pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1996, 18 (4): 365-367.

- FAVARATO, S.; ALDRIGHI, J. A mulher coronariopata no climatério apos a menopausa implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2001, 47 (4), 339-345.
- FIRMINO, J. *Sobre a menstruação, precedida de breves considerações sobre a mulher*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1840.
- GABRIEL, U.; COSTA, J. Depressão na clínica ginecológica: considerações básicas. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1991, 101 (7): 255-259.
- GONÇALVES, R. *A histeria*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.
- HALBE, H. Climatério Descompensado. In: *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca, 1987: 933-958.
- HOWARD, W. et al. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1983: 673-675.
- HUAYLLAS, M. et al. Hiperparatireoidismo primário na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (4): 239-241.
- IANNETTA, O. et al. Avaliação antropométrica no climatério feminino. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1991, 13 (4): 168-171.
- JASZMANN, L. Epidemiologia das queixas climatéricas e pós-climatéricas. In: KEEP, A.; LAURITZEN, C. *Envelhecimento e Estrogênios*. São Paulo: Medisa, 1975.
- KEEP, A. e KELLERHALS, J. A mulher madura. In: KEEP, A. e LAURITZEN, C. *Envelhecimento e Estrogênios*. São Paulo: Medisa, 1975.
- KOPERA, H. Estrogênios e Funções Psíquicas. In: KEEP, A.; LAURITZEN, C. *Envelhecimento e Estrogênios*. São Paulo: Medisa, 1975.

LAURITZEN, C. Conduta na paciente pré e pós-menopáusicas. In: KEEP, A. :

LAURITZEN, C. *Envelhecimento e Estrogênios*. São Paulo: Medisa, 1975.

LISBÔA, K. Estudo transversal de base populacional de mulheres climatéricas pré e perimenopáusicas da cidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2000, 22 (2): 117.

LOPES, C. *Da loucura puerperal*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1877.

MACKAY, E. et al. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

MAIA, C. *Ovariectomia*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1866.

MAIA, V. *A menstruação na etiologia das neuroses e psicoses*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1896

MELLO, J., COSTA, V. Menopausa/Climatério – Conceito, Definição, Considerações. *Femina*, 1979, 7 (9): 697-699.

MAMEDE, M., SOUZA, L. et al. Menarca e Menopausa: quando ocorrem? *Journal Brasileiro de Ginecologia*, 1992, 102 (11-12): 441-444.

MAURICIO Jr., R. *A hysteres*. Rio de Janeiro. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1838

- MENDONÇA, M.; TRINDADE, C. et al. Hipoenstrogenismo -- Diagnóstico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1995, 105 (9): 371-374.
- NAIÍAS, E. et al. Avaliação colpocitológica de mulheres menopausadas com terapia de reposição hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 1996, 18 (3): 249-252.
- NAIÍAS, J. Avaliação da densidade mamográfica em mulheres na menopausa, sob terapia de reposição hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2000, 22 (4): 243.
- NETO, J.; LIMA, J. Terapia de reposição hormonal e sistema nervoso central – parte I, funções cognitivas. *Femina*, 2001, 29 (7): 451-156.
- NEVES, J. et al. Reposição hormonal no climatério: a avaliação de uma questão polêmica. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1994, 105 (5): 121-128.
- OLIVEIRA, V. Aspectos clínicos e epidemiológicos das mulheres climatéricas de um Programa de Saúde da Família em Cuiabá. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2001, 23 (10): 674.
- PAIVA, C.; PINTO-NETO, A. Fatores de risco associados à diminuição da massa óssea em mulheres climatéricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 1996, 18 (8): 625-627
- PEREIRA FILHO, A. Efeitos sobre o endométrio e o padrão de sangramento da adição do acetato de ciproterona à terapêutica de reposição estrogênica contínua em pacientes pós-menopáusicas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2000, 22 (3): 181-182
- PINTO-NETO et al. Adesão a terapêutica de reposição hormonal no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 1995, 17 (8): 787-790.

PINTO-NETO, A. et al. Causas básicas de morte em mulheres com 40 anos ou mais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1995, 17 (1). 44-47

PINTO-NETO, A. et al. Prevalência de ateromas aórticos calcificados em mulheres climatéricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1995, 17 (2): 171-178.

PINTO-NETO, A. et al. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1997, 19 (8): 589-591.

PINTO-NETO, A. et al. Variação da densidade mamográfica em usuárias e não-usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1998, 20 (6): 303-308.

PINTO-NETO, A. et al. Fatores associados à obesidade e ao padrão andróide de distribuição da gordura corporal em mulheres climatéricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (7): 435-441.

PINTO-NETO, A. et al. Variação da pressão arterial em usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (5): 287-292.

PINTO-NETO, A. et al. Variação no índice de massa corporal em usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (4): 227-231.

PINTO-NETO, J.; LIMA, J. Terapia de Reposição Hormonal e Sistema Nervoso Central. *Femina*, 2001, 29 (7): 451-456.

PINTO-NETO, A.; PAIVA, L. Densidade mineral óssea de mulheres na pós-menopausa com e sem antecedente de histerectomia com conservação ovariana bilateral. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (8): 475-479.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988: 17.

RIBEIRO, G. *Estudo clínico da insuficiência ovariana*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1922.

RODRIGUES, J. Fatores prognósticos em câncer de mama em mulheres pré e pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1999, 21 (9): 560-561

SANTA ROSA, J. *Das desordens menstruais nas psicoses e nevroses*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1900.

SARTORI, J.; BARACAT, E. Distúrbios urinários no climatério: avaliação clínica e urodinâmica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1999, 21 (2): 77-81.

SCALCO, M. Depressão e Menopausa. *Femina*, 2002, 30 (1): 51-55.

SOARES, C. et al. Depressão e Menopausa: um século após a melancolia climática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1995, 22 (2): 45-50.

SOUZA, T. *A insuficiência ovariana*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1904.

TAVARES, A. Impacto do hipotireoidismo entre mulheres climatéricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1999, 21(9): 560.

VIANNA, M. *Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e, em particular, do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro*, 1869.

VICELLI, J. Desempenho da mamografia no diagnóstico do câncer da mama em mulheres de 35 a 50 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22(3): 182.

WEHBA, S. et al. Aspectos clínicos e histologia endometrial em mulheres na pós-menopausa submetidas à terapêutica estro-progestativa contínua. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1990, 12 (6): 207- 210.

WEHBA, S.; BARACAT, E. Aspectos clínicos e metabólicos de mulheres na pós-menopausa tratadas com tibolona. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000, 22 (1): 37-41.

# ANEXO

## ANÚNCIO A

**BELEZA, SENSUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA À FLOR DA PELE.**

Linha LIBBS de Terapia de Reposição Hormonal. Tratamento fácil. Apenas um comprimido ao dia.



- Mantém a mulher jovem e sadia: pele mais viçosa, cabelos mais brilhantes;
- Aumenta a auto-estima e melhora o humor de suas pacientes, normalizando sua atividade sexual;
- ✓ Mais energia, mais disposição, mais vida para suas pacientes.

Tratamento indicado para a fase do climatério.



**LIBBS**

## ANÚNCIO B



Qualidade de vida  
sem os riscos da  
TRH convencional.

Sua paciente  
totalmente livre  
dos sintomas  
do climatério.

 Serviço de  
Atendimento LIE  
0800-13504  
[www.libbs.com.br](http://www.libbs.com.br)

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 21 (6).

ANÚNCIO B

# Libiam®

## Tibolona 2,5mg

Trata o climatério sem os riscos  
da TRH convencional

- Redução dos sintomas climatéricos
- Melhora do humor e da libido
- Mínima estimulação endométrica
- Ganho de massa óssea
- Incidência mínima de sangramento irregular
- Pouca sensibilidade mamária

Toda essa qualidade de vida,  
por um custo acessível

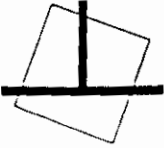


Dose única  
diária

Posologia: 1 comprimido uma vez por dia  
Apresentação: embalagem com 28 comprimidos

**LIBB'S**

ANÚNCIO C

**LIVIAL®**   
 tibolona

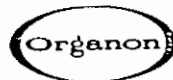
## INOVAÇÃO EM TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL



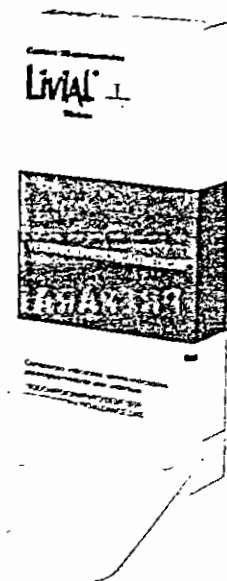
- Livial é eficaz nos sintomas vasomotores da pós-menopausa
- Livial melhora o humor e aumenta a libido
- Livial exerce um efeito favorável sobre a massa óssea
- Livial não prolifera o endométrio
- Livial não necessita administração cíclica de progestágenos
- Livial não induz sangramento

ORGANON

Maiores informações do produto  
vide bula antes da página 329



Rua João Alfredo, 353 - CEP 04747-000 - São Paulo - SP - Brasil



Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 18 (4).

## ANÚNCIO D



ESTRADIOL  
**estraderm**  
sistema  
terapêutico  
transdêmico  
**TTS**

reposição  
natural  
transdêmica  
de  $17\beta$ -estradiol  
em apenas  
microgramas<sup>1</sup>



- Eficaz no alívio dos sintomas vasomotores.<sup>2</sup>  
Previne a perda óssea associada à menopausa.<sup>3</sup>
- 73% das mulheres preferem Estraderm TTS® quando comparado ao tratamento oral e outros.<sup>4,5,6</sup>

- Iniciar com Estraderm TTS® 50 caso necessário, adaptar a dose às necessidades da paciente
- Trocar apenas 2 vezes por semana

1. CHEKOWSKI R J et al.  
Biologic effects of  
transdermal estradiol  
N Engl J Med 314: 1015  
1986

2. RADWICK M L et al.  
Efficacy, acceptability and  
metabolic effects of  
transdermal estradiol in  
the management of

postmenopausal women  
Am J Obstet Gynecol  
152(1): 1085-1085  
3. ADAMI S et al.  
Transdermal estradiol in  
the treatment of  
postmenopausal bone  
loss Bone and Mineral 7  
70-1080

4. ESTRADERM Clinical Trial

Study 1077-21-84  
Pharmaceuticals  
Company  
5. ESTRADERM Study Report  
Study 1077-21-84  
Pharmaceuticals  
Company  
6. Phase II Clinical Study  
Pharmaceuticals  
Company

**Apresentação.** Sistema terapêutico transdêmico para suplementação fisiológica de estrogênios. Contém, respectivamente, 2, 4 e 8 mg de estradiol, que libera 25, 50 e 100 mcg de substância ativa por dia. **Indicações.** Síndromes e sintomas decorrentes da deficiência de estrogênios. Devido à menopausa natural ou cirurgicamente induzida, como: ondas de calor, distúrbios do sono, atrofia vaginal, alterações do humor, como, também, perda de massa óssea da pós-menopausa que pode levar a osteoporose. Em mulheres com útero intacto, a estrogênio-terapia deve ser sempre suplementada com a administração sequencial de um progestágeno. **Dosagem.** Normalmente, deve-se iniciar o tratamento com Estraderm TTS 50. Aplicar duas vezes por semana, isto é, o sistema deve ser trocado a cada 3 ou 4 dias. Administração contínua: aplicação intermitente, 2 vezes por semana. Administração cíclica: 3 dias por semana de tratamento, seguidos por 1 semana sem tratamento. Para o tratamento de manutenção, usar sempre a menor dose. **Contra-indicações.** Carcinoma de mama ou de endométrio, endometriose, sangramento vaginal de origem não determinada, insuficiência hepática grave, processos trombóticos ativos, história prévia de trombose, trombose ou processos trombóticos com uso de estrogênios, gravidez e lactação. **Precauções.** Insuficiência cardíaca, hipertensão, distúrbio da função renal ou hepática, epilepsia, enxaqueca, doença fibrocística da mama, feomoma do útero, diabetes, história familiar de câncer da mama. A administração sequencial de um progestágeno. **Reações adversas.** Pele: eritema transiente e irritação no local de aplicação com ou sem prurido frequente; dermatite alérgica de contato; pigmentação pós-inflamatória transitória, prurido generalizado e exantema raramente associados. Urogênica: envolvimento de microrganismos em microrganismos da flora vaginal (locais), tontura (raros). Sistema Cardiovascular: tromboflebite, agravamento de veias varicosas, aumento da pressão arterial (casos isolados). Outros: ganho de peso (raro). **Informações adicionais para prescrição** ao dispor da classe médica mediante solicitação.

BIOGALÊNICA

S - Marca registrada da CIBA-GEIGY, Basileia, Suíça

CIBA-GEIGY

SCHERING

# Ginedisc<sup>50</sup>® Plus

estradiol + acetato de noretisterona

*O plus que faltava à TRH transdérmica*

**Ginedisc 50 Plus**  
é a associação  
perfeita entre  
estrogênio e  
o progestogênio.  
Proporciona maior  
aderência ao  
tratamento, boa  
tolerabilidade e  
rápida remissão  
da sintomatologia.

**O TRATAMENTO TRANSDÉRMICO COMPLETO**

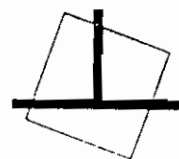
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 20 (2).

## ANÚNCIO F



# LIVIAL®

libolona



*O novo conceito em TRH para pós-menopausa*

*Eficaz nas queixas vasomotoras<sup>1</sup>*

*Não induz a sangramentos indesejados<sup>2</sup>*

*Dispensa associação com progestagênios*

*Tratamento contínuo em dose única diária*

<sup>1</sup> Vitor A. Furber, E. Frasso A. et al. - *Medicinas* 1996; 8: 527-534

<sup>2</sup> Gosselin A. P. - *Menopausa* 1996; 1: 100-104

<sup>3</sup> Vitor A. P. M. - *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 1996; 15: 107-111

## ANÚNCIO G

Osso com  
osteoporose

Adaptado de Dempster DW, Shane E, Hober W, Lindsay R - J Bone Min Res, 1986; 1: 15-21.

## Ajude a deter a osteoporose antes que ela comece.

Em mulheres com risco de osteoporose não-tratadas,  
50% da perda óssea relacionada à deficiência estrogênica  
pode ocorrer nos primeiros 7 anos da pós-menopausa.<sup>1</sup>

**PREMARIN** comprovadamente previne a osteoporose,  
reduzindo as fraturas de quadril e antebraço em até 60%  
e as de vértebras em até 80%.<sup>2,3,4,5</sup>

# PREMARIN\*

(estrogênios conjugados)

## Osteoporose. A única cura é a prevenção.

Referências: 1 - DeFazio J, Speroff L - Estrogen replacement therapy: current thinking and practice. Geriatrics 1983; 40: 32-48. 2 - Weiss NS, Urie CL, Ballard JH et al - Decreased risk of fractures of the hip and lower forearm with postmenopausal use of estrogen. N Engl J Med 1980; 303: 1155-1158. 3 - Campbell SM - Update on hormone replacement therapy. Am Fam Phys 1992; 46(5): 875-885. 4 - Gonzalez Campos O - Hormone replacement therapy: Rationale for use, presented at the Latin American Conference on HRT: Focus on Compliance. Abstracts, Miami-Florida (USA) June 4-6, 1992; p 2-3. 5 - Fogelman I - Osteoporosis. A growing epidemic. BJCP 1991; 45(7): 189-196.



Trabalhando por um mundo com mais saúde

  
**CLIMENE®**  
VALERATO DE ESTRADIOL +  
ACETATO DE CIPROTERONA

- Previne e alivia a sintomatologia climatérica. \* \*
- Melhora do quadro de androgenização cutânea \* \*
- Não influencia no peso corpóreo e na pressão arterial.

[illegible]

## ANÚNCIO I

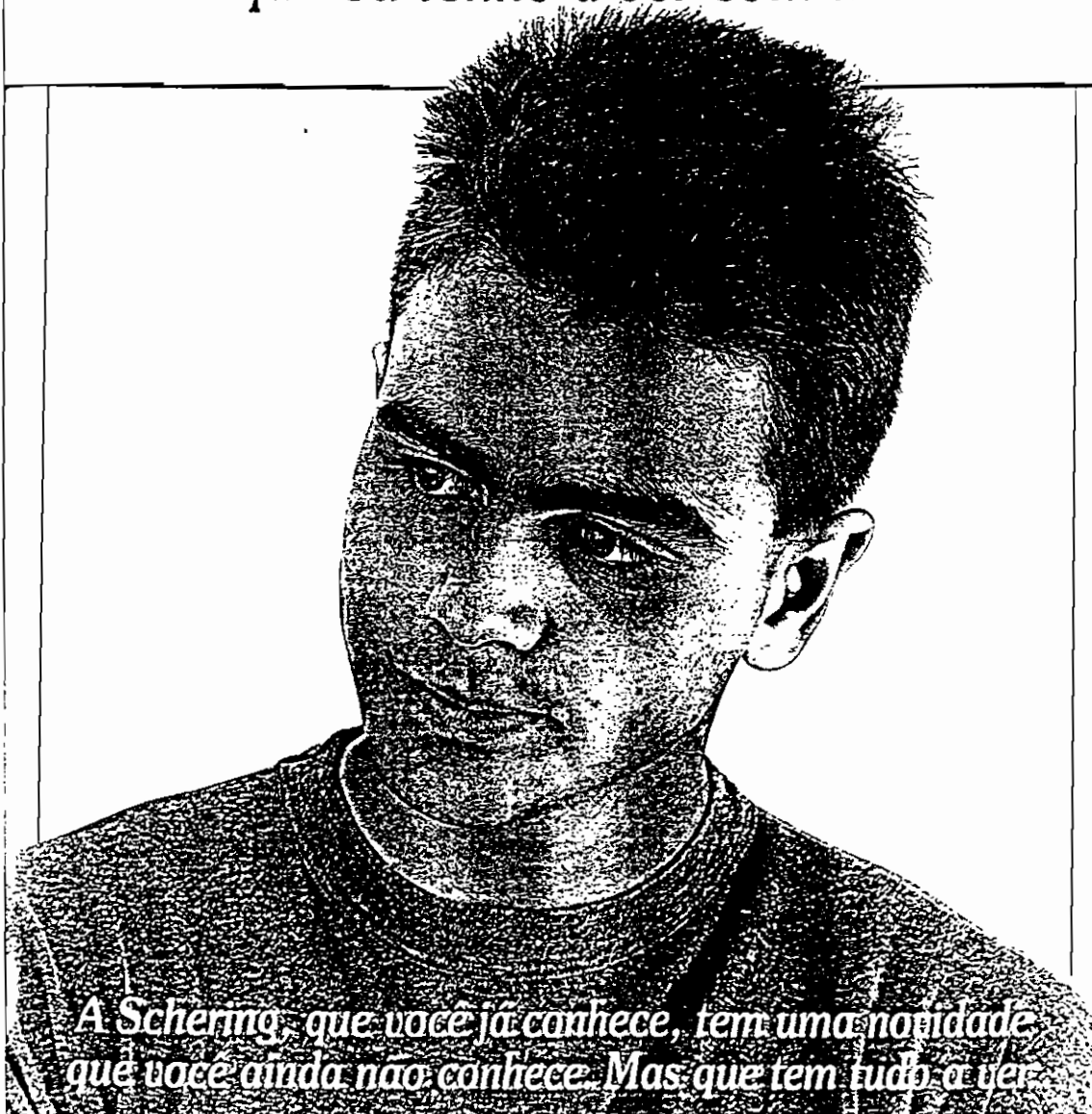
UNIVERSO OCULIMET



Terapia Endócrina

# CLIMATÉRIO.

*O que eu tenho a ver com isso?*



*A Schering, que você já conhece, tem uma novidade que você ainda não conhece. Mas que tem tudo a ver.*



## ANÚNCIO J

NOVO

# ESTRÓGENOS CONJUGADOS SINTOFARMA 0,625 mg

## A REPOSIÇÃO HORMONAL NA MEDIDA CERTA.

Recentes e numerosos ensaios clínicos internacionais confirmam que a reposição hormonal de estrógenos conjugados na dose de **0,625 mg** ao dia, constitui-se no tratamento ideal dos sintomas e prevenção dos riscos do climatério.



Sintofarma

### OS ESTRÓGENOS CONJUGADOS SINTOFARMA OFERECEM...

#### ...Proteção cardiovascular

Por aumentar o HDL - colesterol e diminuir o LDL - colesterol, ficam reduzidos os riscos de obstrução coronariana.

#### ...Prevenção e tratamento da Osteoporose

Por retardar, ou mesmo interromper a perda de massa óssea na climatéria, reduz extraordinariamente a incidência de fraturas.

#### ...Bem - estar e conforto

Por reduzir a intensidade e frequência de sintomas como fogachos, sudorese, insônia, depressão e irritabilidade.

#### ...Prevenção e tratamento das atrofia urogenitais

Por manter a tônus e a elasticidade das estruturas urogenitais.

### POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO

Administração contínua (embalagem com 28 drágeas) ou cíclica, sendo três semanas com medicação e uma semana sem (embalagem com 21 drágeas).

A critério médico, recomendam-se as seguintes doses:

- Sintomas vasomotores: 0,625mg a 1,25 mg por dia (1 a 2 drágeas).
- Osteoporose: 0,625mg por dia (1 drágea).
- Vaginite atrófica e uretrite atrófica: 0,625mg a 1,25mg por dia (1 a 2 drágeas).
- Insuficiência ovariana primária e castração feminina: 1,25mg por dia (2 drágeas).

As doses devem ser ajustadas de acordo com a gravidade dos sintomas e resposta da paciente.

### COMPOSIÇÃO

Cada drágea contém:  
Estrógenos conjugados..... 0,625mg  
Oblitos de fontes naturais (urina de éguas prenhes)

### APRESENTAÇÃO

Caixa com 21 e 28 drágeas