

Vera Sonia Mincoff Menegon

MENOPAUSA:
imaginário social e conversas do cotidiano

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob orientação da Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink.

PUC/SÃO PAULO
1998

BANCA EXAMINADORA

MENEGON, Vera Sonia M. (1998) - **Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano**. São Paulo. 237 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/SP

RESUMO

A menopausa é o período da vida da mulher em que a capacidade procriativa cessa, sendo o fim do ciclo menstrual seu sinal mais conhecido (WHO, 1996). Este fenômeno, aparentemente natural na vida da mulher, vem se apresentando como uma rede complexa de conhecimentos e de sentidos, atravessada por conotações negativas, muito próximas da noção de doença.

O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar o uso de repertórios interpretativos (Potter e Wetherell, 1987) sobre a menopausa, presentes 1) nas práticas discursivas das conversas do cotidiano e 2) nos discursos da literatura científica da área da saúde. Partiu-se do pressuposto que neste jogo de intertextos pode-se identificar permanências e rupturas culturais, assim como a polissemia de sentidos (Spink, 1996b).

As conversas (n=18), caracterizadas pelo surgimento espontâneo, constituíram o foco da análise. A literatura científica foi analisada para mapear o contexto maior de circulação das idéias. Como fonte foram utilizados os bancos de dados *Medline* e *Psyclit* (508 títulos de trabalhos, 113 resumos e 13 artigos históricos e de revisão).

De maneira geral, as análises mostraram que o conhecimento e os sentidos atribuídos à menopausa são compostos por versões variadas que foram sendo produzidas, por meio de práticas sociais, em diferentes tempos e espaços, numa verdadeira simbiose entre sentidos novos e antigos.

Percebe-se a hegemonia de repertórios que naturalizam a menopausa como sendo um problema. Além disso, a contextualização dos repertórios explicita que a construção social de conotações negativas é resultante de vários fatores, entre os quais pode-se mencionar: o processo de medicalização da menopausa; a noção de crise como algo inerente a este período; as relações de gênero e poder; e a concepção negativa do envelhecimento na cultura ocidental.

Conclui-se apontando para a necessidade de desconstrução de discursos, científicos ou não, que acabam por cristalizar e naturalizar a menopausa como um período de sofrimento. Esses repertórios circulam pelo imaginário social e compõem as práticas discursivas do cotidiano, limitando as possibilidades de criação de novos sentidos.

Palavras-chave: menopausa, conversas do cotidiano, repertórios interpretativos, produção de sentido e imaginário social.

*A você, João Grubliaskas Júnior, nosso
querido e amado Jú, que se foi sem ter tido o
privilégio de envelhecer.*

AGRADECIMENTOS

Expressar agradecimentos é sempre muito difícil pois sabemos, de antemão, que a lista ficará incompleta...

- à querida orientadora Mary Jane, cuja contribuição foi muito além deste trabalho; sua seriedade e competência como professora e pesquisadora, sem prescindir do calor amigo, ajudou a transformar meu gosto por pesquisa em verdadeira paixão;
- aos professores Denise Sant'Anna e Marcos Reigota, pelas excelentes contribuições e pelo cuidado e seriedade com que trataram este trabalho;
- ao Marco, companheiro querido de tantas jornadas, pelo carinho, paciência infinda e apoio incondicional; às nossas filhas Natasha e Luana, pelo amor e respeito por esta minha empreitada - sem esquecer as eternas reclamações e brincadeiras;
- aos amigos de todas as horas: Osmar, Adriana, Roberta, sempre presentes, na dor mais profunda e nas alegres e longas conversas, que por serem permeadas por tantas concordâncias e discordâncias têm nos mantido juntos há tantos anos;
- à Renata, que além de estar sempre presente, compartilhou de cada momento deste trabalho. Obrigada pelas leituras, revisões e comentários;
- aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde, por terem compartilhado da produção deste trabalho;
- ao grupo de pesquisa sobre menopausa da União de Mulheres de São Paulo, por ter me acolhido e propiciado um espaço privilegiado de discussão;
- às mulheres, homens e crianças que participaram das conversas do cotidiano; sem vocês este trabalho teria uma outra versão;
- à Therê, que com seu jeito especial sempre acha uma maneira de dar soluções. Obrigada por tudo;

- ao querido Benê, um *velho* apaixonado por pesquisa e aprofundamentos teóricos; obrigada pelo incentivo, amizade e realização artística da capa deste trabalho. Valeu amigo, temos um longo caminho de discussões pela frente;
- ao Jorge, que mesmo mergulhado nos caminhos da paternidade adolescente, conseguiu acompanhar este trabalho e dar sugestões;
- ao Luiz, que desde o primeiro dia de curso me cativou com seu sorriso amigo e inconformismo frente a qualquer tipo de injustiça;
- aos amigos: Sidnei, Dráuzio, Lia, Carlos, Érico, Leli, Alê, Kety, Leandro, Roberto, Marga, Vânia, Alejandra, Alexandre, Álvaro, Cláudia, Shirley - pelas conversas no cafezinho ou a cervejinha no escritório, sempre permeadas pela troca de ricas experiências;
- ao Leonardo, um dos sobrinhos do coração: espero que este trabalho o ajude a compreender melhor as “queixas” de suas pacientes que estejam na menopausa;
- ao CNPq pelo apoio financeiro que tornou possível a realização deste trabalho;

Agradecimentos vitais aos meus irmãos Getúlio, Walter, Zoraide e Jandira, que desde muito cedo cuidaram de mim; e aos meus pais, João e Maria, que há muito se foram, mas continuam presentes com suas vozes, principalmente você meu pai, que apesar de não ter sequer presenciado minha alfabetização, deixou uma voz alegre e sonora sobre o valor do conhecimento.

O conhecimento é algo que não pode ser tirado, apenas compartilhado.

João Mincoff

ÍNDICE

RESUMO

INTRODUÇÃO	10
I. MARCO CONCEITUAL: uma visão de mundo	17
1. PRODUÇÃO DE SENTIDO COMO PRÁTICA SOCIAL DO COTIDIANO.....	17
2. CONVERSAS DO COTIDIANO	23
3. LINGUAGENS SOCIAIS E PERMANÊNCIAS CULTURAIS	27
II. OS CAMINHOS DA PESQUISA	31
1. DEFINIÇÃO DO MÉTODO	31
2. PROCEDIMENTOS: MENOPAUSA E IMAGINÁRIO SOCIAL	35
2.1. Utilização de textos científicos	35
2.2. Levantamento da literatura	37
2.3. Amostra e análise	38
3. PROCEDIMENTOS: CONVERSAS DO COTIDIANO.....	40
3.1. Amostra	40
3.2. Registro	41
3.3. Desafios metodológicos	41
3.4. Análise	43
III. MENOPAUSA E IMAGINÁRIO SOCIAL	45
1. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA MENOPAUSA	45
1.1. Considerações	61
2. PAINEL CONTEMPORÂNEO DA MENOPAUSA	64
2.1. Nomeação	64
2.2. Explicação	71
2.3. Conseqüência	76
2.4. Intervenção	79
2.5. Considerações	83

IV. O ASSUNTO É MENOPAUSA: navegando pelas conversas do cotidiano	85
1. MAGIA E PODER DO SANGUE MENSTRUAL	87
2. MEDICALIZAÇÃO	93
2.1. Expansão da medicalização	95
2.2. Intervenção medicamentosa	98
2.3. Aspectos emocionais	102
2.4. Considerações	107
3. A MENOPAUSA NA PERSPECTIVA MASCULINA	108
3.1. Impacto na vida pública	110
3.2. Finitude	112
3.3. Estranhamento	114
V. CONSIDERAÇÕES GERAIS	120
BIBLIOGRAFIA	128

ANEXOS

1. Títulos dos artigos
2. Quadros de resumos : *psyclit e medline*
3. Terminologia da menopausa (OMS - WHO)
4. Conversas do cotidiano: o assunto é menopausa
5. Uma ilustração

INTRODUÇÃO

Desde a época da graduação em Psicologia, pensar a saúde numa perspectiva coletiva tem sido um desafio para mim. Nesse sentido, a opção pela Pós-Graduação em Psicologia Social representou um dos caminhos possíveis para estar trabalhando e aprofundando questionamentos antigos, que acabaram por desencadear tantos outros.

O tema menopausa, escolhido como objeto de estudo desta pesquisa, insere-se nessa trajetória: meu contato inicial com o tema deu-se quando fazia estágio do curso de Psicologia em um hospital geral da prefeitura de São Paulo. Naquela ocasião, tive a oportunidade de auxiliar na coordenação de um grupo de “sala de espera”, composto por mulheres que estavam fazendo acompanhamento médico devido à menopausa. Na época, o que mais me chamou a atenção foi o fato das queixas estarem também ligadas às condições psicossociais da vida daquelas mulheres, constituindo os sintomas físicos uma das parcelas das queixas trazidas.

Posteriormente, já na pós-graduação, meu interesse pelo tema acentuou-se à medida que fui percebendo que assuntos relacionados à menopausa ganhavam espaço na mídia, além de serem discutidos em lugares públicos, principalmente por mulheres de meia-idade.

Nas conversas entre as mulheres um assunto que se destaca é o *tratamento da menopausa* e, em meio a dúvidas, crenças e medos - novos e antigos - debate-se a possibilidade de submeterem-se, ou não, a tratamentos medicamentosos, atualmente melhor representados pela reposição hormonal.

Esta convivência entre o novo e o antigo pode ser exemplificada pela pesquisa desenvolvida por um grupo de mulheres da União de Mulheres de São Paulo que, frente a análise parcial dos dados obtidos¹, formularam um nome provisório, mas bastante sugestivo para a pesquisa: *Menopausa: essa nossa velha (des)conhecida*.

¹ Esses dados referem-se à tabulação de 617 questionários respondidos por mulheres entre 15 e 60 anos, residentes em São Paulo e Grande São Paulo, pertencentes a diferentes classes sócio-econômicas.

Na mídia, em geral, o assunto tem sido abordado de forma um tanto sensacionalista²: contabilizam-se as possíveis conseqüências da menopausa, ao mesmo tempo em que se acena com a possibilidade de novas formas de enfrentamento, utilizando-se o aval de pesquisas científicas. Os discursos veiculados ultrapassam os sinais tradicionalmente associados a esse período - como por exemplo as *ondas de calor* - trazendo para a arena de discussão questões como alívio de sintomas diversos (físicos e psicológicos); prevenção de doenças que podem ser fatais (osteoporose e doenças cardiovasculares); maior expectativa e melhor qualidade de vida; e a reatualização do mito da eterna juventude.

Mas a circulação de idéias sobre a menopausa transcende as conversas entre mulheres, mídia e produção científica, podendo emergir nas mais variadas situações. Por exemplo, um ministro ao criticar o desempenho administrativo de uma prefeita a (des)qualificou de *menopausada*, fazendo uma associação direta entre desempenho profissional e a possível condição de estar atravessando a menopausa³.

Frente a esse quadro, a idéia de pesquisar o tema menopausa numa perspectiva psicossocial foi ganhando contornos. Com esse propósito, realizei um levantamento bibliográfico preliminar que me colocou frente a um reduzido número de pesquisas feitas no Brasil, principalmente no campo da Psicologia Social. Na área da Psicologia, pode-se citar o trabalho de Walkíria H. Grant (1990), que trabalhou com uma abordagem psicanalítica, tendo como objetivo compreender a *"importância psíquica da diferença somática"* causada pelo climatério; e Maria A. L. Abreu (1992), que trabalhou com uma abordagem holística, com o objetivo de compreender a sintomatologia física e psicológica da mulher no climatério.

Posteriormente, tive acesso à pesquisa realizada por Eliana Azevedo P. de Mendonça (1996) em que aponta a ausência de trabalhos sobre menopausa que contemplem fatores sócio-culturais. O objetivo de sua pesquisa foi analisar os fatores

² Exemplos: Folha de São Paulo, 17/01/94: Menopausa é uma "injustiça" natural; matéria capa da Veja, 5/7/95: A batalha começa aos 40 - hormônios, ginástica, cosméticos - como as mulheres estão enfrentando a menopausa; Folha de São Paulo, 25/3/96: Puberdade e menopausa criam "guerra dos hormônios em casa".

³ Revista Veja, 9/10/96.

mais significativos que explicariam a influência dos padrões sócio-culturais na “*problemática da mulher no climatério-menopausa*”.

Nas três pesquisas a amostra foi composta por mulheres pertencentes às camadas mais populares e usuárias de equipamentos de saúde do setor público. Apesar de trabalharem com abordagens distintas, o que chama a atenção é o foco na compreensão de **sintomas** apresentados durante o período da menopausa.

Em outros países, Estados Unidos e Inglaterra, por exemplo, a produção científica deste tema é bastante expressiva, principalmente nas ciências biomédicas. Mesmo assim, segundo Jane M. Ussher (1992), apesar do crescente interesse por explicações psicossociais para a “*sintomatologia reprodutiva*”, incluindo-se a menopausa, não se chegou a desenvolver intervenções psicológicas específicas. Estas seriam ainda bastante escassas frente à extensiva experimentação que tem sido realizada com medicamentos.

Ficou patente, também, o interesse de campos diversos do conhecimento científico pelo tema: ciências biomédicas, psicológicas e sociais. Segundo Karen Matthews (1992), as estatísticas têm apontado para o fato de que as mulheres poderão viver um terço de suas vidas após o advento da menopausa. Este cálculo projetivo tem sido utilizado como justificativa para investimentos em pesquisas sobre o período da menopausa, principalmente nos países mais desenvolvidos.

A menopausa, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization, WHO, 1996), é o período da vida da mulher em que a capacidade reprodutiva cessa, sendo o fim do período menstrual o sinal mais conhecido. De acordo com os dados da OMS, a idade média em que ocorre a menopausa - por volta dos 50 anos - tem permanecido estável ao longo dos séculos, podendo variar entre os 45 e 55. Pode-se portanto afirmar que, como um fenômeno fisiológico, a menopausa faz parte da vida de todas as mulheres.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, censo de 1990, no Brasil, numa população de 147 milhões de habitantes, 75 milhões são mulheres. Estima-se que 8% deste total esteja na faixa de 45 a 54 anos e, portanto,

possivelmente na menopausa; e 12% nas faixas etárias subseqüentes, ou seja, na pós-menopausa.

Em resumo, esse primeiro contato com a literatura científica mostrou a crescente preocupação de áreas ligadas à saúde em compreender, explicar e classificar sinais e sintomas que possam ocorrer durante o período da menopausa, assim como possíveis conseqüências. O envolvimento de diferentes áreas e abordagens amplia o leque de versões sobre o fenômeno, além de demarcar a existência de diferenças entre as idéias que circulam nas culturas ocidentais e orientais, ou entre comunidades mais fechadas - com características tribais - e sociedades industrializadas.

A diversidade de versões aponta que a menopausa, um fenômeno fisiológico natural, não está isenta do processo de construção social, apresentando variações espaciais e temporais.

Isso posto, a pergunta que passou a direcionar meu trabalho foi: como um fenômeno presente na vida de todas as mulheres configurou-se nessa rede complexa de conhecimentos e de sentidos, atravessada por conotações negativas e muito mais próxima da noção de doença?

Esse questionamento levou-me a pensar na importância de compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos à menopausa, tanto pela mulher como pela cultura na qual está inserida. Esse tipo de abordagem poderia estar ampliando os conhecimentos que subsidiam programas de saúde destinados às mulheres de meia-idade e da chamada terceira idade.

Além disso, ampliar o campo de discussões sobre um tema que, apesar de sua aparência de foro íntimo tem sua processualidade na esfera pública, significa aumentar a possibilidade de desconstrução de conceitos negativos que ao longo do tempo foram cristalizados como algo natural e inerente à menopausa.

Essas reflexões foram sendo construídas a partir do levantamento bibliográfico preliminar e da minha participação no núcleo de pesquisa em Psicologia Social e

Saúde⁴. Neste núcleo, a maioria das pesquisas que estão sendo desenvolvidas tem utilizado como referência autores que trabalham com a concepção de construção social dos fenômenos e com a noção de produção de sentido como prática social do cotidiano. Nessa perspectiva teórica estão autores como Jonathan Potter, Brown Davies e Rom Harré, Mary Jane Spink, e Mikhail Bakhtin, entre outros.

Os parâmetros teórico-epistemológicos que discuto nos **capítulos I e II** foram decisivos no direcionamento e desenvolvimento desta pesquisa. Em primeiro lugar, porque apontam para a possibilidade de ampliação do campo de discussão sobre a menopausa, saindo de abordagens intrabiológicas ou intrapsíquicas para uma abordagem voltada à produção coletiva de conhecimento e de sentidos, posicionando a produção de sentido na esfera das inter-relações. Em segundo lugar, porque houve uma identificação pessoal com a postura construcionista.

As reflexões teóricas sobre produção de sentido como uma prática social desenvolvidas por Spink (1996a, 1996b, 1997) têm como pressuposto que o sentido dado aos fenômenos que integram o cotidiano das pessoas expressa-se também nas ações e nos posicionamentos frente a si mesmas e ao mundo. A produção de sentido, por sua vez, constitui-se num processo que articula três tempos distintos: o tempo histórico (das formações discursivas de uma época mais remota), o tempo vivido (dos processos de socialização primária e secundária) e o tempo presente (das inter-relações). Nessa perspectiva, tenta-se entender as práticas discursivas que fazem parte do cotidiano, assim como os repertórios que constituem essas produções lingüísticas.

Com esses subsídios foi ficando mais claro que, para tentar responder à pergunta que eu havia formulado, não se colocava pesquisar *o que é* a menopausa, e sim buscar *o como* implicado na produção de sentidos, sendo necessário compreender os sentidos atribuídos à menopausa tanto pela mulher quanto pela cultura em que está inserida.

⁴ Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde, coordenado pela Profa.Dra. Mary Jane P. Spink do curso de Pós-graduação em Psicologia Social da PUC/SP.

Partindo do objetivo geral de compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos à menopausa e, se possível, detectar aspectos que pudessem estar contribuindo para sua naturalização como doença, centrei o foco deste estudo na explicitação e uso de repertórios interpretativos sobre a menopausa que circulam na cultura ocidental, entendendo serem estes repertórios partes integrantes do processo de produção de sentido.

Para tanto, focalizei as práticas discursivas presentes nas conversas do cotidiano. Não me fixei ao universo feminino pois, como já mencionei anteriormente, as práticas discursivas extrapolam essa esfera, estando presentes na mídia, na produção científica, nas conversas do cotidiano, religião etc. As conversas analisadas neste estudo são caracterizadas pelo surgimento espontâneo, plasticidade temporal e espacial, e pelo descompromisso disciplinar. Ou seja, são fugazes, podem acontecer em qualquer local, com número variado de participantes, diferentes classes sociais, sexo e idade⁵.

Essas conversas, no entanto, estão inseridas num contexto mais abrangente da circulação das idéias na sociedade, uma vez que fazem parte de um mundo que tem história. Como uma das formas de acessar parte dos repertórios que circulam por esse contexto maior, integrei ao meu objetivo um levantamento dos repertórios que compõem os discursos veiculados pelas produções científicas sobre a menopausa na área da saúde.

Utilizando o teatro como metáfora, as conversas do cotidiano podem ser vistas como esquetes⁶ cuja compreensão depende de um contexto, ou seja, um cenário. Esse cenário não é estático e separado do texto, ao contrário, caracteriza-se pela dinâmica interativa, alimentando e sendo alimentado pelo imaginário social, pelos vários campos de domínios do saber e pelas práticas sociais do cotidiano. A produção científica é um desses domínios do saber e as esquetes (as conversas) uma das práticas sociais do cotidiano.

⁵ É importante salientar que a riqueza das conversas do cotidiano foi detectada a partir das anotações feitas no diário de campo, compiladas desde o início deste estudo.

⁶ Esquetes: cenas normalmente breves e improvisadas.

Apesar das conversas terem sido coletadas ao longo de todo o período da pesquisa, para trabalhar com os dois níveis - contexto imediato (conversas) e contexto mais amplo (literatura científica) - observei os seguintes passos.

Primeiramente, realizei o levantamento da literatura científica utilizando dois bancos de dados: *Medline* - base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos⁷; e *PsycLit* - base de dados da Associação Psicológica Americana⁸. No **capítulo II** descrevo os procedimentos metodológicos e discuto a opção por este tipo de literatura científica em detrimento de outros campos tais como: religião, política, artes, romances etc. Para esta discussão baseio-me em autores como Michel Foucault (1969, 1979); Spink (1994); François Laplantine (1986) e Luc Boltanski (1989) que apontam as áreas científicas ligadas à saúde, com destaque para as biomédicas, como *locus* privilegiado de formação e difusão de uma grande variedade de repertórios interpretativos sobre saúde e doença. A amostra selecionada consistiu de 13 artigos históricos e de revisão, 508 títulos e 113 resumos de artigos.

Com esse material produzi uma **retrospectiva histórica** e um **painel contemporâneo** sobre a menopausa, **capítulo III**: a) a retrospectiva histórica, além de contextualizar a formação de repertórios sobre a menopausa, explicita rupturas importantes para compreender o conhecimento sobre a menopausa como uma construção social; b) o painel contemporâneo mostra a complexificação, traduzida pela variabilidade de repertórios interpretativos sobre a menopausa.

Tendo delineado o contexto maior de circulação das idéias, passei a trabalhar nas análises das conversas do cotidiano, centrando o foco no uso dos repertórios associados à menopausa, buscando ressonâncias das linguagens sociais, permanências culturais, rupturas e singularidades de sentidos.

No **capítulo II** descrevo os procedimentos metodológicos utilizados na análise das conversas. Esta análise constou de duas fases: na primeira, analisei 18 conversas do cotidiano (**Anexo4**); na fase seguinte, trabalhei com três grandes temas que

⁷ Levantamento realizado na Bireme (Biblioteca da Escola Paulista de Medicina).

⁸ Levantamento realizado na biblioteca da PUC/SP

emergiram a partir da análise preliminar das conversas (**capítulo IV**). Os temas trabalhados foram os seguintes:

1) Magia e poder do sangue menstrual - engloba repertórios que se referem ao poder depositado no sangue menstrual, tais como: purificação do corpo, definição da feminilidade, da sexualidade e da possibilidade de concepção, além do sentido de ambigüidade ligado ao menstruar/não menstruar.

2) Medicalização - inclui sub-temas, tais como: expansão da medicalização, intervenção medicamentosa (sentido mágico e ambivalência do medicamento), e aspectos emocionais.

3) Menopausa na perspectiva masculina - traduz sentidos que denotam impacto da menopausa na vida pública da mulher, e idéias de finitude e de estranhamento.

Em todo o processo de análise das conversas procurei compreender a utilização de repertórios associados à menopausa, tendo como parâmetro o contexto mais amplo de circulação das idéias.

Retomando o objetivo deste trabalho, é importante destacar que não está em pauta uma proposta de intervenção e sim a produção de subsídios que possam ser utilizados em programas de intervenção. Em meu modo de entender, é necessário trabalhar na desconstrução de conceitos que foram socialmente construídos, mas cristalizados como naturais e inerentes à menopausa.

Para finalizar esta introdução, gostaria de situar a produção desta pesquisa. Apesar de parecer óbvio que toda produção de conhecimento depende do esforço coletivo, sem me eximir da responsabilidade pelo produto que ora apresento, quero destacar a **produção coletiva deste trabalho**. Nesse sentido, os próximos capítulos serão escritos na primeira pessoa do plural como uma forma de presentificar e trazer as vozes das pessoas com as quais estabeleci diálogos ao longo do trabalho: os participantes das conversas, os integrantes do núcleo de pesquisa, os integrantes da banca examinadora e todos os autores citados, para ficar apenas com os mais diretamente implicados nesta produção.

I. MARCO CONCEITUAL: uma visão de mundo

A hermenêutica encara as relações entre discursos variados como as relações entre partes integrantes de uma conversação possível, uma conversação que não pressupõe nenhuma matriz disciplinar que una os interlocutores, mas onde a esperança de concordância nunca é perdida enquanto dure a conversação. Essa esperança não é a esperança da descoberta de terreno comum anteriormente existente, mas simplesmente a esperança de concordância, ou, ao menos, discordância interessante e frutífera (Richard Rorty, 1979: 314).

Partindo do pressuposto de que o conhecimento da realidade é uma construção social, estamos situando o conhecimento sobre a menopausa e os sentidos a ela atribuídos como uma construção social engendrada pelas mais variadas práticas sociais. Incluímos nestas práticas a própria produção de conhecimento. A visão aí implícita é de que o mundo da existência humana é totalmente dependente da atividade humana e, segundo Harré (1993), a construção desse mundo se dá, particularmente, na atividade conversacional conjunta das pessoas, incluindo-se os pensamentos, sentimentos e projetos individuais.

Não estamos nos apoiando em um corpo teórico fechado e sim utilizando como interlocutores autores que tenham desenvolvido, ou estão desenvolvendo, reflexões teóricas no campo do conhecimento psicossocial que, de alguma forma, possam fornecer subsídios para trabalharmos com a produção de sentido dos fenômenos que constituem a vida cotidiana do ser humano. Além disso, esses autores parecem partilhar da capacidade de manter a conversação fluindo, num *“infinito empenho pela verdade em detrimento de toda a verdade”* (Rorty, 1979: 370).

1. PRODUÇÃO DE SENTIDO COMO PRÁTICA SOCIAL DO COTIDIANO

Nosso ponto de partida para compreender a produção de sentido da menopausa como uma prática social do cotidiano está baseado na argumentação teórica que vem sendo desenvolvida por Spink, pautando-se no *“pressuposto de que dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável e o principal motor do ‘fazer humano’”* (1996b: 39).

Segundo a autora, a produção de sentido nesta perspectiva não é entendida como uma atividade cognitiva intra-individual e sim como uma prática social que tem na interação dialógica o seu *locus* processual mais expressivo. A interação dialógica em pauta refere-se às relações face-a-face do cotidiano das pessoas, tendo na linguagem verbal, icônica ou gestual suas formas de expressão.

Nesta abordagem as práticas discursivas cotidianas estão situadas no nível dos micro-contextos. Estes, por sua vez, não existem isoladamente pois sua constituição, alimentação e manutenção dependem da circulação das idéias da cultura e da sociedade em que estejam inseridos. Esta inter-relação entre micro e macro-contextos, na visão de Spink (1995), é vista como uma justaposição de dois textos: o sócio-histórico que nos põe em contato com as construções sociais e alimentam nossa subjetividade, e as práticas discursivas das relações cotidianas. Neste caso, as idéias que circulam na sociedade podem estar vinculadas tanto a produções culturais mais remotas quanto a produções locais e atuais.

A autora propõe que se incorporem três dimensões temporais ao processo de produção de sentido de um dado fenômeno: “*o tempo histórico que marca os conteúdos do imaginário social; o tempo vivido das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização e o tempo do aqui-e-agora, marcado pelas práticas discursivas*” (Spink,1996b: 42). (grifos da autora)

A figura abaixo ilustra a inter-relação dessas dimensões temporais:

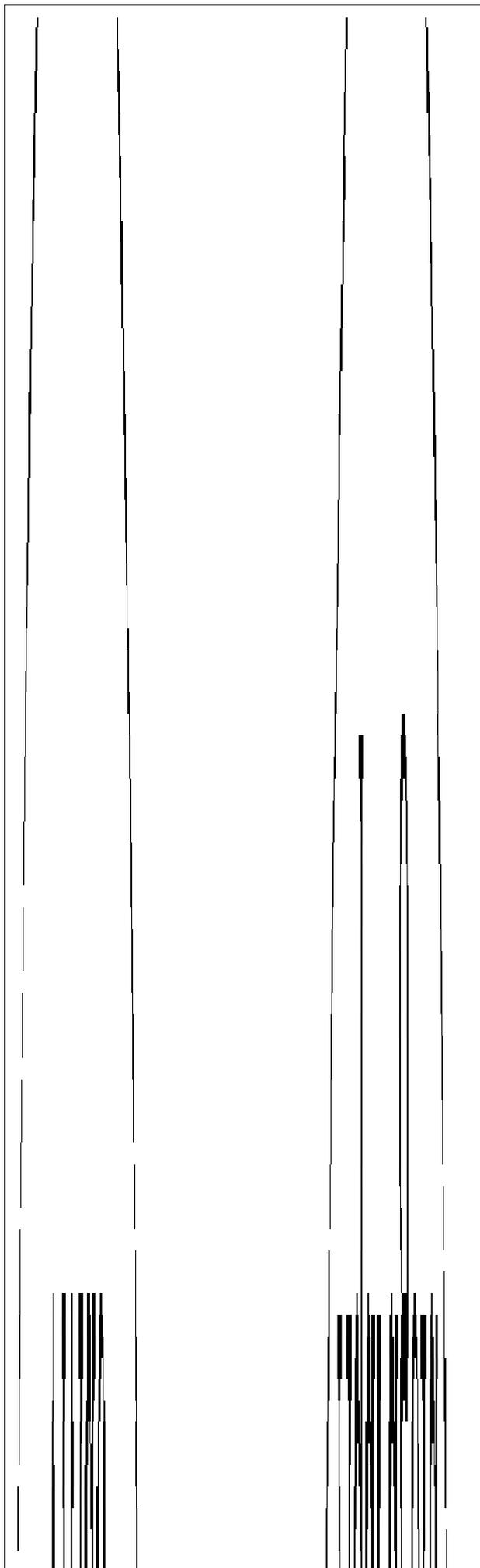


Figura 1. Esquema ilustrativo dos contextos variados em que ocorre a produção de sentido.

Fonte: Benedito Medrado (1997: 52)⁹

No tempo longo ou histórico encontramos impressas idéias resultantes de formações discursivas produzidas em épocas mais remotas que incluem diferentes campos de conhecimento: senso comum, filosofia, religião, ciência, artes, política, literatura em geral etc. Estas idéias continuam circulando pelo imaginário social, podendo ser expressas tanto pelos “*atos de fala escritos*” (Bakhtin, 1929) que chegam até nós, como pela interação verbal do cotidiano. Como bem coloca Solange Jobim e Souza, ao trabalhar texto e contexto, entrecruzando Bakhtin e Walter Benjamin: “*As obras rompem as fronteiras de seu tempo, vivem nos séculos, ou seja, na grande temporalidade, e, assim não é raro que essa vida seja mais intensa e mais plena do que nos tempos de sua contemporaneidade. (...) Não há nada morto de maneira absoluta. Todo sentido festejará um dia seu renascimento*” (Souza 1997: 344,345).

No tempo vivido temos as experiências ontológicas adquiridas durante o processo de socialização de cada pessoa. Este processo, apesar de experienciado na individualidade, circunscreve-se num mundo social que tem uma história e é articulado por meio das linguagens sociais que, segundo Bakhtin (1929), são constituídas pelos jargões profissionais, linguagens de gerações diferentes, linguagens de autoridades de vários círculos e modas, linguagens que servem a propósitos sócio-políticos etc.

No tempo do aqui-e-agora entramos na arena da interação face-a-face em que os participantes, por meio da linguagem verbal, icônica ou gestual, numa interação dialógica, produzem sentidos aos fenômenos que os cercam e fazem parte de suas experiências.

Esta “*divisão tripartite*” permite detectar o paradoxo de enunciados que são constituídos tanto por conteúdos mais cristalizados e passíveis de serem compartilhados, quanto por repertórios polissêmicos que estariam garantindo a singularidade dos processos de produção de sentido.

⁹ Representação gráfica criada a partir dos textos de Spink.

Nesta abordagem da produção de sentido o conceito de práticas discursivas assume um lugar central, referindo-se às diferentes maneiras com que as pessoas, através do discurso, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais, marcadas por opiniões opostas e escolhas contraditórias.

Pensando na construção social dos sentidos que são atribuídos aos fenômenos, pressupondo a inter-relação de diferentes tempos e espaços - expressos pelas idéias em circulação numa dada cultura e sociedade - coloca-se a necessidade de ampliar a compreensão desses campos. Essa necessidade tem sido a tônica das discussões teórico-epistemológicas desenvolvidas no núcleo de pesquisas do qual participamos¹⁰. Um dos focos dessas discussões tem sido a circulação e uso dos repertórios interpretativos que foram sendo associados aos diferentes fenômenos ao longo da história da humanidade.

Sem perder de vista a inter-relação das três dimensões temporais, a figura 2, uma adaptação realizada por Benedito Medrado (1997), ajuda-nos a visualizar os campos nos quais procuramos compreender a formação e circulação das idéias na sociedade:

¹⁰O Núcleo de Pesquisa de Psicologia Social e Saúde, coordenado pela Profa. Dra. Mary Jane P. Spink do curso de Pós-graduação em Psicologia Social da PUC/SP, vem se constituindo num espaço em que, além do aspecto prático de desenvolvimento de pesquisas de seus integrantes, permite discussões de cunho teórico-pistemológico que têm levado a avanços e trocas frutíferas, propiciando uma produção coletiva de conhecimento.

Figura 2: A produção de conhecimentos na teia de significados construídos pelo Homem ao longo da história.

Fonte: Medrado (1997: 54), adaptado de Spink (1993: 305)

Como podemos ver, os três tempos - longo, vivido, aqui-e-agora - dão sustentação aos campos representados na figura.

O imaginário social, apesar de estar ocupando o espaço do **tempo longo ou histórico**, rompe com a idéia de que o tempo longo seja algo estático circunscrito ao “está lá atrás”. A frase de Cornelius Castoriadis: “*É impossível compreender o que foi, o que é a história humana, fora da categoria do imaginário*” (1975: 192) reafirma a dimensão dinâmica do imaginário social ao situá-lo com os tempos verbais *foi* e *é*. O desenvolvimento desta pesquisa nos ajudou a entender essa característica, pois mesmo sendo uma dimensão que aparentemente estaria guardando as produções de conhecimentos de vários matizes, a polissemia de repertórios é mantida em circulação através do tempo e dos espaços por meio de um sistema de retroalimentação entre os vários campos: imaginário social, domínios do saber e cotidiano. No processo de produção de sentido as idéias de diferentes épocas e espaços podem assumir sentidos cristalizados, ressignificados ou de vanguarda.

O espaço reservado ao *habitus* atuaria como um filtro das idéias em circulação e, neste sentido, podemos pensar no *tempo vivido* em que as linguagens sociais, constituintes do processo de socialização, estariam instrumentando as pessoas em suas práticas sociais do cotidiano. Na introdução que Sergio Miceli (1992) faz para o livro organizado com textos de Pierre Bourdieu, “*o habitus seria um conjunto de esquemas implantados desde a primeira educação familiar, e constantemente repostos e reatualizados ao longo da trajetória social restante, que demarcam os limites à consciência possível de ser mobilizada pelos grupos e/ou classes, sendo assim responsáveis, em última instância, pelo campo de sentido em que operam as relações de força* (1992: XLII).

Na figura 2 podemos ver que as produções dos campos de saber e das interações no cotidiano estão fortemente marcadas pelo *habitus* regulador de um dado grupo, uma dada cultura e sociedade. A presença do *habitus* explicita que o acesso aos conhecimentos produzidos e colocados em circulação dependem de restrições hierárquicas. No entanto, a idéia de filtro, cuja consistência traz uma imagem de porosidade, aponta para a existência de fissuras nas regras hegemônicas

e, portanto, para a possibilidade de produção de novos sentidos e transformação social.

Estudar os fenômenos, sua construção social e produção de sentidos a partir deste marco conceitual, implica no posicionamento frente ao leque possível de entradas, ou seja, apesar dos campos serem inter-relacionados, ao estudarmos um fenômeno estaremos centrando o foco em pelo menos um dos campos, sem perder de vista o contexto maior.

Para compreendermos a produção de sentido da menopausa enfocamos as conversas informais que ocorrem no cotidiano das pessoas (tempo presente). O nosso foco, apesar de pressupor a existência da interação dialógica, centrou-se na circulação e uso dos repertórios interpretativos. Na leitura que Spink faz de Potter e Wetherell¹¹ (1987) os repertórios interpretativos seriam:

Conjuntos de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagens que estão freqüentemente agrupadas em torno de metáforas ou imagens, utilizando construções e estilos gramaticais próprios. São as unidades de construção dos discursos e demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros: o contexto em que as práticas discursivas têm lugar e os 'speech genres'. Há, também, possíveis aproximações com o conceito de Representações Sociais¹² (Spink, 1997¹³).

Coerentes com a premissa de que as conversas do cotidiano estão inseridas num contexto mais amplo da circulação das idéias, trabalhamos também com os discursos científicos sobre a menopausa (domínios do saber). A incursão por essa literatura incluiu tanto produções de um tempo mais remoto como do contemporâneo, centrando-se na busca de repertórios utilizados nas formações discursivas de diferentes épocas. No caso da literatura contemporânea, além de trazer ressonâncias do tempo longo apresenta-se fortemente marcada pelas linguagens sociais do tempo vivido, ou seja, está circunscrita às regras do *habitus* de seu tempo.

¹¹ Potter, J. & Wetherell, M. (1987) *Discourse and Social psychology*. London: Sage Publications.

¹² Em nosso entendimento, a aproximação com o conceito de Representações Sociais estaria mais ligada à procura de repertórios compartilhados por um determinado grupo, sociedade ou cultura. Neste caso, o foco não estaria na busca de sentidos polissêmicos veiculados pelos repertórios.

¹³ Definição utilizada em aula do curso de Análise das Práticas Discursivas, ministrado pela Profa. Dra. Mary Jane P. Spink no curso de Pós-graduação em Psicologia Social da PUC/SP.

No que se refere aos participantes de uma conversa, o tempo vivido está presente no processo de socialização de cada pessoa, podendo ser detectado na classe social, nas relações de gênero, crenças religiosas etc. Uma explicitação maior desse tempo poderia emergir nas narrativas ontológicas - história de vida, autobiografia - mas que não se aplicam a esta pesquisa.

Esta forma de abordar os fenômenos representa uma restrição a estudos monodisciplinares e, por mais recortes que se faça, a exigência de uma perspectiva transdisciplinar estará sempre presente. No caso do estudo sobre a menopausa foi necessário estabelecermos interlocução com campos tais como: Psicologia, Biomédicas, História, Sociologia, Antropologia, Linguística, além da Psicologia Social.

2. CONVERSAS DO COTIDIANO

Uma conversa pode ser entendida como uma situação informal de interação entre pessoas. Apoiamo-nos em John Shotter (1993) para compreendermos as especificidades desta informalidade:

- os participantes podem ter clareza e expressar o seu ponto de vista sobre o tema em pauta, compartilhando, ou não, do mesmo ponto de vista;
- a fala dos locutores não é disciplinada em função de uma única narrativa; caso uma expressão não seja compreendida pelo(s) ouvinte(s) é passível de ser substituída imediatamente;
- a ordem que porventura exista na conversação não obedece a regras formais, sendo estabelecida no próprio curso da conversa;
- as pessoas sabem sobre o que estão falando, mas o assunto sobre o qual se fala vai desenvolvendo-se e é desenvolvido no decorrer das inter-relações;
- cada participante sabe, na prática, **o como** e **o que** da sua produção frente ao tipo de responsividade obtida dos outros participantes da conversa.

Entendemos que seja nos sulcos da flexibilidade, da frouxidão de regras e na possibilidade de vários posicionamentos frente ao leque de repertórios existentes que se estabeleçam condições propícias para a produção de novos sentidos, ou reafirmação de antigos.

Transpondo estas particularidades aos constructos teóricos vistos até o momento, a conversa cotidiana insere-se na escala da interação face-a-face, possibilitando que os repertórios interpretativos adquiridos presentifiquem-se e sejam enunciados através do gesto e da fala. Nesta perspectiva, quanto maior o leque de repertórios disponíveis maior serão as chances de manter o fluxo da conversação, criando-se possibilidades de produção de sentidos. Segundo Spink, o momento da interação engloba *“a possibilidade de compreensão da comunicação e a construção discursiva de nossos selvos”* (1996b: 43).

Encontramo-nos no reino das práticas discursivas que, segundo a autora, pertencem à ordem da interação, sendo melhor entendidas a partir dos conceitos de “vozes” e “*dialogicidade*” postulados por Bakhtin.

Na leitura que James Wertsch (1991) faz de Bakhtin, a noção de enunciado está inerentemente ligada à noção de “voz”, mesmo porque, para que um enunciado seja feito pressupõe-se a existência de uma voz, verbal ou escrita. Para Bakhtin (1929), o ato da fala, que tem na enunciação o produto da interação entre falantes, não pode ser considerado como um ato individual, estrito senso, pois isto o restringiria às condições psicofisiológicas do emissor da fala (locutor). Segundo o autor, a enunciação é de natureza social, sendo expressa pelo indivíduo por meio de palavras e sentenças, articuladas em ações situadas. O indivíduo ao formular um enunciado expressa o seu horizonte conceitual, intenção e visão de mundo. A “voz” é entendida como sendo o ponto de vista do sujeito, resultante da significação e/ou ressignificação de “*n*” vozes.

A noção sobre as vozes que antecedem os enunciados e nele se presentificam fica clara quando Bakhtin (1994) afirma que o próprio locutor é sempre um respondente em maior ou menor grau, não se constituindo “*no primeiro locutor a quebrar o silêncio do universo*”. Ao emitir um enunciado, o locutor utiliza-se de um sistema de linguagem pré-existente, assim como de enunciações precedentes, suas e de outros, estabelecendo algum tipo de relação: constrói sobre elas, provoca polêmica, ou simplesmente pressupõe-se que seja conhecida do ouvinte. Qualquer enunciado, portanto, constitui-se num dos elos de uma corrente de outros enunciados, complexamente organizados. Já os enunciados são compostos por repertórios interpretativos uma vez que as palavras, frases e sentenças são elementos básicos em sua formação.

Bakhtin (1929) situa a conversação e suas formas de práticas discursivas na arena da comunicação da vida cotidiana, entendendo ser esse tipo de comunicação extremamente rica e importante por estar diretamente vinculada aos processos de produção, assim como às esferas das diversas ideologias especializadas e formalizadas.

É importante ressaltar que, segundo Bakhtin, sua abordagem de enunciado - efetivo apenas entre falantes - difere da perspectiva advogada por Ferdinand Saussure em que a língua - *la langue* - é entendida como um sistema de formas sociais e a fala - *la parole* - como o ato da “*enunciação individual*”. Para Bakhtin, “... o ato de fala individual (no sentido estrito do termo ‘individual’) é uma *contradictio in adjecto*” (1929: 127).

a) Conversa contextualizada

O contexto refere-se à especificidade da situação: **onde** ocorre a conversa, **quem** está falando, **que vozes** podem ser percebidas e **a quem** é direcionado o enunciado. É este contexto que vai definir a tipicidade da conversa.

Bakhtin (1929) lista algumas situações típicas, enfatizando sua importância como prática social:

A psicologia do corpo social¹⁴ é justamente o meio-ambiente inicial dos atos de fala de toda a espécie, e é neste elemento que se acham submersas todas as formas e aspectos da criação ideológica ininterrupta: as conversas de corredor, as trocas de opiniões no teatro e no concerto, nas diferentes reuniões sociais, as trocas puramente fortuitas, o modo de reação verbal face às realidades da vida e aos acontecimentos do dia-a-dia, o discurso interior e a consciência auto-referente, a regulamentação social etc. A psicologia do corpo social se manifesta essencialmente nos mais diversos aspectos da enunciação sob a forma de diferentes modos de discursos. Sejam eles interiores ou exteriores (Bakhtin, 1929: 42). (grifos do autor)

Nas conversas acima citadas, as práticas discursivas ocorrem nos mais variados contextos que, por sua vez, imprimem formas típicas de comunicação que o autor denomina de “*speech genres*”, caracterizados pelas formas estáveis de enunciados: bom dia, meus pêsames, parabéns, comandos etc. Não se trata de uma forma de linguagem, mas de uma forma típica de enunciação, com temas também típicos. Nas interações do cotidiano, “...a situação e os participantes mais imediatos determinam a forma e o estilo ocasionais da enunciação. Os estratos mais profundos da sua

¹⁴ Psicologia do corpo social é utilizada na concepção marxista como uma espécie de elo de ligação entre estrutura sócio-política e ideologia no sentido estrito do termo (ciência, arte, religião etc.) que tem na interação verbal sua materialização. Não é utilizado no sentido metafísico de “alma coletiva”, “inconsciente coletivo”, “espírito do povo” etc.

estrutura são determinados pelas pressões sociais mais substanciais e duráveis a que está submetido o locutor” (Bakhtin, 1929: 114).

Nesta citação, o autor explicita a inter-relação estabelecida entre o tempo presente da situação relacional e o contexto mais amplo de circulação das idéias numa dada cultura. As pressões sociais estariam conectadas às linguagens sociais mais hegemônicas e estruturadas que se configurariam como estruturas cristalizadas e compartilhadas.

Mas é na especificidade da situação que o enunciado e o direcionamento assumem grande importância no entendimento das práticas discursivas do cotidiano. Como já mencionamos, a noção de enunciado está inerentemente ligada ao constructo de voz, constituindo-se no produto do ato de fala que envolve pelo menos duas “vozes”. Esta noção de voz aplica-se tanto à comunicação escrita quanto falada, estando ligada a uma visão mais abrangente da perspectiva do locutor.

Segundo este constructo, para analisarmos uma conversa, torna-se necessário entendermos quem está falando - a enunciação tem um autor, mesmo que seu enunciado esteja povoado por múltiplas vozes - e a quem a enunciação está sendo direcionada. Este duplo caminho significa que as práticas discursivas que compõem uma conversa são marcadas pela dialogia, pois como aponta Wertsch (1991) os enunciados estão em constante interação e se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos.

Este pressuposto embasa a idéia de que uma visão mais ampla e diversificada de mundo estará povoando de múltiplas vozes o processo de enunciação, aplicando-se tanto ao locutor quanto ao receptor da enunciação. No caso do receptor, quanto mais diversificado for seu repertório sobre um determinado tema, maior e mais substancial será o seu entendimento do enunciado.

Para Bakhtin (1929) o diálogo, no sentido estrito do termo, é uma das formas mais importantes de interação verbal. O diálogo pode, ainda, ser entendido num sentido mais amplo, não se restringindo à comunicação face-a-face das pessoas. O livro, por exemplo, é considerado um “*ato de fala impresso*”, constituindo-se um

elemento de comunicação verbal. Esse veículo provoca discussões ativas, pode ser comentado, criticado, pode orientar trabalhos posteriores e traz impressas orientações anteriores, seja do próprio autor ou de outros autores.

Segundo Wertsch (1991) a voz ou vozes às quais um enunciado é direcionado podem estar temporalmente, espacialmente e socialmente distantes: o enunciado pode ser endereçado a um interlocutor-participante de um diálogo cotidiano, a especialistas de áreas específicas, grupos específicos, pessoas hierarquicamente diferentes, com maior ou menor grau de familiaridade etc., podendo, também, configurar-se num outro indefinido.

Outra característica do direcionamento é sua forma bi-direcional: **anterior**, com que vozes estabelecemos o diálogo interior; e **posterior**, configurado pelo diálogo exterior.

3. LINGUAGENS SOCIAIS E PERMANÊNCIAS CULTURAIS

Vivemos num mundo social que tem uma história. As linguagens sociais e as vozes que nos servem de referência foram histórica e culturalmente constituídas. Trabalhar ao nível da produção de sentido implica em retomar também a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no nosso métier cotidiano de dar sentido ao mundo (Spink, 1996b: 41).

As linguagens sociais, na perspectiva de Bakhtin (1929), são entendidas como discursos peculiares de um estrato específico da sociedade (profissional, faixa etária etc.) inseridas, por sua vez, num dado sistema social e num dado tempo. O traço característico dessas linguagens localiza-se no estrato social do locutor.

Como já mencionamos, as linguagens sociais podem ser entendidas como sendo os dialetos, os comportamentos característicos de um grupo, jargões profissionais, linguagens de gerações diferentes, linguagens de autoridades de vários círculos e modas, linguagens que servem a propósitos sócio-políticos etc.

No caso desta pesquisa, que teve como recorte as linguagens sociais da área da saúde, encontramos discursos produzidos primordialmente pelas ciências biomédicas, psicológicas e sociais, circunscrevendo-se ao campo de domínios do

saber. Estes discursos são institucionalizados e, segundo Davies e Harré “*podem competir entre si ou podem criar versões da realidade distintas e incompatíveis*” (1990: 3).

O rastreamento das produções científicas da área da saúde de um tempo mais remoto não se traduziu na pretensão de construirmos a história da menopausa, mas sim detectarmos os repertórios que foram sendo produzidos ao longo da história. Nessa busca procuramos tanto a diversidade quanto a permanência dos repertórios, tentando entender a permanência de um tipo de enunciado em detrimento de outros possíveis (Foucault, 1969).

Esta postura tem como base a concepção trazida na esteira da nova história. Por exemplo, Gianni Vattimo (1990) nos alerta para o fato da história linear e unitária ser normalmente contada pelos dominadores e vencedores, gerando como consequência a exclusão de uma multiplicidade de possibilidades de valores e imagens que fizeram parte das práticas sociais e da memória de um dado tempo e espaço.

Denise B. Sant’Anna (1995) explicita com clareza o sentido subjacente a esta forma de abordar os fatos:

Menos do que reconstituir o passado, seguindo uma narrativa linear dos fatos, como se fosse possível revelá-los tais quais eles ocorreram, tratou-se de colocar em questão as indagações e verdades do presente tanto quanto aquelas de outrora. (...) A história tornou-se assim um dos campos privilegiados para a constituição do homem enquanto sujeito de si, da produção da subjetividade enquanto processo ao mesmo tempo cultural e político, que se transforma no curso do tempo e varia de acordo com as sociedades (1995: 243).

Finalmente, a busca de repertórios sobre a menopausa, principalmente em produções da cultura ocidental, é necessária para entendermos o seu processo de construção social e o leque de repertórios que, disponibilizados no imaginário, vão integrar diferentes processos de produção de sentido. Estamos fazendo referência à inserção das conversas situadas num campo mais amplo da circulação das idéias na sociedade. O olhar mais atento à história “*...significa não apenas descobrir o quão diferentes são os corpos do passado, seus modelos de conduta e os valores a eles atribuídos, mas principalmente, ter o privilégio de tornar estranho, nem que seja por alguns instantes, os*

gestos, as verdades, os hábitos que hoje nos são familiares e indispensáveis" (Sant'Anna, 1995: 244).

Ao estudarmos a menopausa estamos falando de corpos, psiquismos, relações sócio-culturais que se alteram e são alterados. Sant'Anna (1995) afirma que o corpo, apesar de sua aparente imutabilidade, sempre esteve sujeito a variações temporais e espaciais não escapando do processo de construção social. Constitui-se, também, num objeto manipulado pela antiga ambição de programar e de controlar os corpos. Esta ambição não estaria limitada aos aspectos fisiológicos, abarcando: o psíquico e o orgânico, a ciência e o imaginário, a tecnologia e a sociedade. A ambição, por sua vez, também é mutável e dependente de valores e de explicações que vão se alterando ao longo dos anos e em conformidade com os diferentes tipos de culturas.

Nesta perspectiva, a menopausa deve ser abordada como parte da história dos corpos e da própria história das mulheres, que segundo Michelle Perrot (1993) deve ser entendida na relação entre os sexos e nas transformações dessas relações ao longo da história.

Outro aspecto relevante é que a menopausa faz parte da própria história da medicalização do corpo feminino. Segundo Foucault, o antigo movimento de ver o corpo da mulher como frágil e doentio acelerou-se no século XVIII, chegando à patologização de seu corpo: *"o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência"* (1979: 234). Acatamos o alerta feito por Spink (1994) para não cairmos na falácia reducionista de que as teorias médicas teriam o poder de instituir uma determinada ordem social, até porque constituem-se elas próprias em produtos. No entanto, não se pode ignorar o seu poder na legitimação de uma determinada ordem social: *"...seja por produzirem um discurso natural sobre uma realidade que é socialmente construída, seja porque este discurso naturalista sobre o corpo se traduz em práticas disciplinares que efetivamente moldam as relações entre indivíduos e classes sociais"* (Spink, 1994: 94).

Com relação às formações discursivas, Foucault (1969) afirma que a formação dos enunciados não se manifesta somente em disciplinas de *status* e pretensões científicas. Como exemplo, o autor menciona que as *"doenças da cabeça"* ou as *"doenças nervosas"* descritas nos tratados de medicina do século XVIII, foram engendradas por

um jogo de relações entre hospitalização, internação, procedimentos de exclusão social, regras de jurisprudência, normas de trabalho industrial e da moral burguesa daquele período. Temos, portanto, um conjunto de fatores envolvidos na formação dos enunciados articulados nas práticas discursivas que subsidiavam as práticas sociais.

No que se refere à difusão desses discursos, Boltanski (1989) é taxativo ao afirmar que a familiarização com as explicações e classificações dos quadros mórbidos e sintomatológicos produzidos na área científica, assim como a aquisição de novas categorias de percepção do corpo, estão fortemente ligadas aos contatos estabelecidos com a classe médica que, segundo o autor, é um canal privilegiado de difusão do vocabulário médico. Em segundo plano viriam a leitura de artigos ou obras de divulgação médica.

Esta afirmação é reforçada por Laplantine (1986), segundo o qual, atualmente, qualquer representação da doença ou saúde é construída por meio do contato e sob a influência da cultura biomédica. O autor deixa claro, porém, que a doença é um fenômeno social, ou seja, um produto que a todos pertence, não se restringindo aos especialistas.

A escolha das produções científicas (biomédicas, psicológicas e das ciências sociais) que se reportam à menopausa para buscarmos pelo menos uma parcela das idéias que circulam pelo imaginário social em detrimento de outras áreas - como por exemplo a religião, filosofia, artes etc - pautou-se pelas considerações acima.

Entendemos que a área científica seja uma fonte privilegiada para acessarmos discursos sobre a saúde e a doença. No caso específico da menopausa, em função de seus aspectos biológicos, o imaginário social carrega marcas hegemônicas do saber científico, sendo esses discursos uma das formas de compreendermos o porquê da imagem negativa que tem sido associada à menopausa.

II. OS CAMINHOS DA PESQUISA

A metodologia utilizada nesta pesquisa levou em conta dois níveis de aproximação do tema abordado:

- menopausa e imaginário social, que inclui uma retrospectiva histórica e um painel contemporâneo sobre a menopausa, tendo como recorte a produção científica sobre o tema (contexto maior);
- conversas e depoimentos do cotidiano que fazem menção à menopausa (contexto imediato).

1. DEFINIÇÃO DO MÉTODO

Utilizamos a epistemologia construcionista como aporte de nossa proposta metodológica, ancorando-se aí a escolha do método qualitativo de pesquisa, que teve como objetivo compreender a circulação e a utilização de repertórios interpretativos associados à menopausa, observando sua processualidade histórica e contextual.

A opção pelo método qualitativo foi definida a partir da pergunta que direcionou esta pesquisa: como um fenômeno presente na vida de todas as mulheres configurou-se nessa rede complexa de conhecimentos e sentidos, atravessada por conotações negativas e muito próximas da noção de doença?

Esta pergunta apontava para a necessidade de entendermos o processo de construção social dos sentidos atribuídos à menopausa. Apesar de utilizarmos a quantificação em um dos itens da análise, o eixo da pesquisa girou em torno da noção de processualidade, pautando-se pelo método qualitativo. O método quantitativo poderia nos levar a um outro enfoque do problema, como por exemplo pesquisar a incidência de sintomas em mulheres que estivessem na menopausa.

Como afirma Potter (1996) a utilização da quantificação pode ser apropriada para certas situações, dependendo do recorte e limites das considerações analíticas e teóricas. O autor recomenda precaução no trabalho quantitativo devido às dificuldades que surgem quando se tenta transformar material discursivo em

linguagem numérica. Reconhece, no entanto, que a quantificação poderá ganhar maior importância com o desenvolvimento de pesquisas realizadas com material discursivo.

Inserida nessa discussão, tendo como interlocutores vários estudiosos da vertente construcionista, Spink (1997) entende que o eixo de discussão sobre a escolha do método desloca-se da dicotomia quantitativo-qualitativo para a dicotomia realismo-construcionismo.

De forma resumida, o realismo alinha-se à concepção da mente como “*espelho da natureza*”. Na vertente tradicional de pesquisa, alinhada ao realismo, as discussões giram em torno da dicotomia sujeito-objeto. Na extremidade do continuum assim criado, situa-se o objetivismo que postula terem os objetos uma existência real e independente dos sujeitos que os acessam. Na outra extremidade, temos a postura idealista em que as categorias de entendimento são constitutivas da mente humana, sendo elas universais e necessárias para que se chegue ao conhecimento.

No construcionismo não se estabelece a primazia nem do objeto e nem do sujeito, dando aos dois o *status* de construções histórico-sociais: “...o nosso modo de acessar a realidade institui os objetos de que é constituída a realidade. Dito de outra forma, a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la” (Spink, 1997: 207).

Nessa perspectiva, o que está em pauta é a opção epistemológica que, em última instância, vai definir a proposição metodológica, podendo a escolha recair sobre a utilização do método único ou múltiplo (quantitativo e/ou qualitativo). A autora alerta para que não se caia na cilada de associar o método quantitativo à epistemologia realista e o qualitativo ao construcionismo, entendendo que ambas as metodologias produzem versões sobre o mundo.

É importante ressaltar que a autora cita outras posturas epistemológicas, muitas delas alinhadas ao construcionismo, que contestam as formas tradicionais de pesquisa, entre elas várias vertentes da pesquisa feminista.

Um outro aspecto a ser considerado na explicitação da proposta metodológica desta pesquisa é que a escolha do método, quantitativo ou qualitativo, não nos isenta de pensarmos sobre questões como rigor e validação e implicações éticas.

a) Rigor e validação

Na leitura que Spink (1997) faz de Woolgar (1988)¹⁵, a discussão sobre o rigor na pesquisa qualitativa pressupõe a reconceituação de três formas que Woolgar denomina de “*horrores metodológicos*”: indexicalidade, inconclusividade e reflexividade, fornecendo-lhes novas conotações.

- **Indexicalidade**

Refere-se às características presentes num dado contexto, em que o sentido do fenômeno estudado pode alterar-se à medida que a situação muda. Por exemplo, ao trabalhar com repertórios interpretativos, o mesmo repertório, dependendo do contexto, pode ser utilizado para dar versões diferentes e até mesmo contraditórias. Essas variações podem ocorrer temporal e espacialmente.

Na perspectiva realista o controle de variáveis situacionais é feito através de critérios de validade (grau de correspondência entre a medida e o que está sendo medido) e fidedignidade (definida pela replicabilidade das medidas). Na perspectiva construcionista, sendo a realidade entendida como um fenômeno histórico, cultural e dinâmico, o objetivo da pesquisa qualitativa centra-se na especificidade e não na replicabilidade. Dessa forma, a indexicalidade passa a ser considerada um elemento intrínseco dos procedimentos de pesquisa, colocando o(a) pesquisador(a) como responsável pela descrição e exploração plena do contexto de pesquisa.

- **Inconclusividade**

O que está em pauta é a complexidade dos fenômenos sociais e o desafio que isto representa no controle das variáveis intervenientes.

¹⁵ Woolgar, Steve (1988) - *Science: the very idea*. Chelchester: Ellis Horwood; Londres: Tavistock.

Na vertente realista a complexidade implica na impossibilidade de generalizações dos resultados. Na pesquisa qualitativa a complexidade é plenamente aceita, apontando para a processualidade e mudança dos fenômenos sociais e, portanto, para a possibilidade de transformação social. Aceita-se também que a generalização em termos de conteúdo fica comprometida. Por outro lado, se vista na *“perspectiva dos ‘processos de produção de sentidos’, continua sendo possível, mesmo se re-interpretada como ‘ilustração’ das inúmeras possibilidades de sentido”* (Spink, 1997: 215).

Nessa vertente, a clareza e reconhecimento da variabilidade de experiências coloca a necessidade de explicitação dos critérios de escolha dos participantes, assim como a discussão sobre possíveis conseqüências advindas dessa escolha. Entendemos que esse critério seja válido para outras fontes que possam ser utilizadas como dado empírico.

- **Reflexividade**

Refere-se a problemas que possam advir do processo de interpretação e da possível interferência da presença do pesquisador nos resultados da pesquisa.

O que se coloca na reflexividade é a antiga discussão sobre a neutralidade do pesquisador. Novamente, o que pode ser considerado um empecilho na perspectiva realista é contabilizado como um recurso a mais nas epistemologias construcionistas, ou seja, coloca-se a possibilidade de explorar a influência da subjetividade do(a) pesquisador(a) na própria estruturação da pesquisa. Nesse caso, o rigor da pesquisa qualitativa passa também pela explicitação do posicionamento de quem realiza a pesquisa.

b) Implicações éticas

A explicitação dos passos e opções presentes no processo do fazer científico abre espaço para reflexões sobre os aspectos éticos da produção em pauta. Para Spink (1997), a pesquisa qualitativa pressupõe três cuidados éticos essenciais: os consentimentos informados, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes.

- **Consentimento informado**

Obter o consentimento por parte dos participantes da pesquisa constitui-se exigência dos órgãos financiadores de pesquisa. Este consentimento implica na transparência quanto aos objetivos da pesquisa frente aos participantes que se disponham a colaborar. Além disso, o acordo selado inicialmente é passível de ser revisto durante o desenvolvimento da pesquisa.

No caso específico desta pesquisa, no que se refere às conversas do cotidiano, temos uma situação mista: dependendo do contexto da conversa coloca-se a necessidade do consentimento informado; em situações de caráter explicitamente público, entendemos não haver essa necessidade desde que se mantenha o anonimato das pessoas envolvidas. Um outro aspecto a ser considerado é o uso que se pretende dar ao material coletado. Essa discussão será retomada nos procedimentos das conversas do cotidiano.

- **Anonimato**

Consiste no mecanismo necessário à proteção e sigilo frente à identificação dos participantes.

- **Resguardo das relações de poder abusivos**

Pressupõe uma relação de confiança entre pesquisador(a) e participantes, esperando-se sensibilidade por parte do(a) pesquisador(a) no que se refere aos limites para a obtenção de informações, ou seja, não se deixar levar pela curiosidade pessoal e respeitar o direito da não resposta por parte do participante.

2. PROCEDIMENTOS: MENOPAUSA E IMAGINÁRIO SOCIAL

2.1. Utilização de textos científicos

Conforme discussão feita no capítulo do referencial teórico, partimos do pressuposto de que o imaginário social seja o conjunto de conhecimentos que foram e continuam sendo produzidos num determinado contexto sócio-cultural. Longe de

ser algo estático, os conhecimentos que circulam pelo imaginário social têm no dinamismo a fonte de sua existência, sendo alimentado e ao mesmo tempo alimentando os vários campos de domínios do saber, entre eles a produção científica, e as práticas sociais que se expressam nas inter-relações do cotidiano das pessoas.

Entre os vários campos de domínios do saber como ciência, religião, política, arte, romances, outros tipos de literatura etc., nosso recorte recaiu sobre a produção científica ligada à área da saúde, envolvendo abordagens biomédicas, psicológicas e sociais. Esse recorte não foi aleatório pois como vários autores têm afirmado (Foucault 1995 a, 1995b; Spink 1994; Laplantine 1991; Boltanski 1989), a produção discursiva das áreas da saúde, principalmente a de biomédicas, contribuiu de maneira expressiva para a formação e difusão de uma grande variedade de repertórios interpretativos sobre saúde e doença.

Ora, ao trabalharmos com um tema impregnado de conotações negativas e frente ao poder hegemônico que o conhecimento científico adquiriu na cultura ocidental, partimos do pressuposto de que essa literatura nos daria pistas sobre a formação, manutenção e difusão de repertórios que têm contribuído para a produção de sentidos atribuídos à menopausa, sejam eles de valoração negativa ou positiva.

Não estamos negando a contribuição de outros campos do saber, apenas não se constituem no foco de nossa busca de repertórios. De qualquer forma, como poderemos observar no decorrer deste trabalho, a presença desses outros campos poderá, de alguma forma, ser detectada na literatura científica, uma vez que trabalhamos com o pressuposto de que o imaginário social constitui-se, também, num contexto para as produções científicas.

Tomando como base as quatro dimensões de narrativas propostas por Margaret Somers¹⁶ (1994), a literatura com que estamos trabalhando situa-se no nível

¹⁶ Somers (1994) propõe quatro dimensões para o campo da narratividade: 1) as narrativas ontológicas referentes às histórias que os atores sociais utilizam para dar sentido às suas vidas; 2) as narrativas públicas que estão coladas às formações culturais e institucionais; 3) as metanarrativas que se referem aos conceitos e explicações nos quais estamos imersos como atores contemporâneos de um período histórico e como cientistas sociais; e 4) as narrativas conceituais que se constituem nos conceitos e explicações que construímos como pesquisadores sociais.

das narrativas conceituais que, na perspectiva da autora, transcendem limites espaciais e temporais.

Ao abordarmos a menopausa numa perspectiva de construção sócio-histórica, tendo como fonte a literatura científica, transcendemos os limites temporais e o espaço geográfico de nosso país. Além disso, estamos falando de uma produção científica majoritariamente voltada à área da saúde, que tem grande parte de seus repertórios normatizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A opção por esse tipo de literatura em detrimento de narrativas identitárias (ontológicas e públicas), que no caso estariam mais restritas a espaços específicos, por ex. Brasil ou, mais especificamente a cidade de São Paulo, deve-se a dois motivos: primeiro o reduzido número de trabalhos com esse enfoque; segundo, e mais relevante, a nossa ênfase na busca de repertórios que foram sendo produzidos ao longo da história.

Buscávamos, portanto, uma literatura que nos permitisse detectar repertórios produzidos tanto em épocas mais remotas quanto atuais, de forma que pudéssemos produzir uma **retrospectiva histórica** e um **painel contemporâneo sobre a menopausa**.

Partindo dessa ótica, optamos por trabalhar com dois bancos de dados: 1) *Medline*, base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, que inclui resumos de publicações de 48 países, incluindo o Brasil, cobrindo o período de 1966 a 1995; e 2) *Psyclit*, base de dados da Associação Psicológica Americana (APA), que inclui resumos de publicações de aproximadamente 50 países, período de 1973 a 1995¹⁷.

2.2. Levantamento da literatura

Fontes

a) Banco de dados *Medline*¹⁸

¹⁷ Os dois acervos incluem os anos de 1996 e 1997, mas como realizamos nosso levantamento no fim de 1995 - início de 1996, tivemos acesso às referências incluídas até 1995.

¹⁸ Levantamento realizado na Bireme (Biblioteca da Escola Paulista de Medicina).

Inicialmente, utilizamos os descritores **menopausa** e **climatério**, delimitando para análise o período de 1966 a 1995, restringindo-nos às publicações em português, espanhol e inglês¹⁹. Obtivemos um total de aproximadamente 4500 referências.

Visando a operacionalização da análise de tão vasto acervo, decidimos direcionar o levantamento para artigos de revisão. Cruzamos os descritores **menopausa** e **climatério** com outros descritores disponíveis na base de dados, a saber: **artigos de revisão** (revisão acadêmica, revisão de casos relatados, revisão de múltiplos casos e revisão tutorial); **artigos de bibliografia**; **artigos históricos** e **biografias históricas**, obtendo um total de **388 referências**.

Pressupondo que os artigos de revisão estariam sintetizando parte expressiva das produções científicas desse banco de dados, consideramos a amostra de 388 referências representativa das 4500 iniciais.

b) Banco de dados *Psyclit*²⁰

Nesse banco de dados utilizamos os mesmos descritores, **menopausa** e **climatério**, cobrindo o período de 1973 a 1995, os mesmos idiomas (português, espanhol e inglês), porém sem o segundo cruzamento, uma vez que o total de referências obtidas foi de **334**.

c) Total de referências obtidas:

$$\text{Medline} + \text{Psyclit} = 722$$

¹⁹ Os resumos estão todos em inglês, independentemente do idioma utilizado na publicação do artigo.

²⁰ Levantamento realizado na PUC/SP.

2.3. Amostra e análise

De posse desse material (722 títulos e resumos)²¹, gravado em disquete, realizamos uma leitura flutuante de todos os resumos para nos familiarizarmos com seu conteúdo. O passo seguinte foi transformar cada resumo em esquemas, procurando detectar os nomes utilizados (pré-menopausa, peri-menopausa, climatério, menopausa e pós-menopausa) e as associações direta ou indiretamente a eles conectadas. Essa prática foi de grande valia para nos aproximarmos do tema, mas sua sistematização mostrou-se extremamente complexa, principalmente para a montagem do painel contemporâneo.

Diante da quantidade de dados com que nos defrontamos, optamos por fazer mais um recorte, resultando na seguinte configuração:

Tabela 1. Resumo da amostra da literatura analisada

	Painel contemporâneo da menopausa	
Retrospectiva histórica	Nomeação	Explicação/Consequência/ Intervenção
13 artigos	508 títulos	113 resumos

a. Retrospectiva histórica da menopausa

Para este item selecionamos artigos históricos e de revisões que se reportassem a períodos anteriores aos constantes nos acervos dos bancos de dados consultados, perfazendo um total de **13 artigos completos**.

Num primeiro momento, realizamos várias leituras dos artigos (N = 13) para apreendermos algumas idéias que circulavam sobre a menopausa numa época mais remota. Num segundo momento, fomos alinhavando essas idéias, tentando apreender a formação de repertórios, suas permanências e a contextualização das rupturas. Para nos auxiliar na compreensão dos fatos que fizeram parte do contexto

²¹ Algumas referências traziam apenas o título da matéria, sem o resumo.

de formação de repertórios recorreremos a outras literaturas com abordagens históricas.

b. Painel contemporâneo da menopausa

A leitura inicial dos resumos nos permitiu detectar algumas categorias que estariam aglutinando grande parte dos dados, a saber: nomeação, explicação, consequência e intervenção.

* Nomeação

Dos 722 títulos excluímos 214 pois, apesar de tratarem do tema menopausa não continham, no título, nenhuma das nomeações. Utilizamos **508 títulos: Medline 298 e Psyclit 210.**

Frente à pluralidade de nomes encontrados listamos os 508 títulos, agrupando-os conforme o nome utilizado: pré-menopausa, peri-menopausa, climatério, menopausa e pós-menopausa (Anexo 1).

Nesse caso, realizamos um levantamento quantitativo para obtermos a frequência da utilização de cada nome, assim como as associações a ele vinculadas.

* Explicação, Consequência, Intervenção

Para trabalharmos com essas categorias realizamos um sorteio quinquenal com os 722 títulos originalmente levantados, obtendo os seguintes números:

Psyclit: 51 títulos, com igual número de resumos.

(anos sorteados 1975, 1980, 1985, 1990 e 1995 [n = 5 anos])²².

Medline: 88 títulos, dos quais 26 não incluíam resumo, restando-nos 62 resumos.

(anos sorteados: 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995 [n = 6 anos])²³

Total da amostra de resumos analisados: 113

Com base nos 113 resumos, realizamos um mapeamento em busca de repertórios utilizados nas explicações, consequências e intervenções (Anexo 2). A partir desse mapeamento procuramos explicitar os repertórios, centrando-nos na

²² Apesar do acervo incluir os anos de 1973 e 74, as referências traziam apenas os títulos, sem os resumos dos artigos.

²³ Apesar do acervo incluir os anos de 1966 a 1969, as referências traziam apenas os títulos, sem os resumos dos artigos.

diversidade e não na frequência com que eram utilizados, detectando, ainda, possíveis permanências e rupturas.

Como suporte para a compreensão do material levantado nos resumos, recorreremos ao nosso referencial teórico e à literatura utilizada na retrospectiva histórica.

3. PROCEDIMENTOS: CONVERSAS DO COTIDIANO

No início desta pesquisa começamos um diário de campo, anotando conversas espontâneas sobre menopausa que tínhamos oportunidade de presenciar em diferentes lugares. Percebemos que esse material, composto por breves instantâneos do cotidiano, era extremamente rico para trabalharmos com a circulação e uso de repertórios associados à menopausa.

As conversas do cotidiano, como já discutimos no referencial teórico, configuram-se como formas privilegiadas de interação social e *locus* de resignificação de conteúdos que circulam pela sociedade.

Nosso material empírico caracteriza-se pela plasticidade temporal, espacial, número de participantes, idade, sexo etc. Em contrapartida, tivemos que enfrentar um desafio metodológico que envolveu procedimentos de registro, de análise e de aspectos éticos.

3.1. Amostra

A amostra consiste de conversas do cotidiano que fazem referência à menopausa. Analisamos ao todo 18 situações, das quais participamos ou apenas presenciamos. O número de conversas que seriam analisadas não foi fixado *a priori*.

Em função de algumas especificidades do material coletado, optamos por dividi-lo em depoimentos e conversas:

a) Depoimentos (N= 4)

Referem-se a relatos, predominantemente feitos em discurso indireto. A pessoa narra uma situação presenciada ou vivida por uma terceira pessoa. Esses relatos nos chegam como imagens congeladas, ou seja, trazem apenas o retrato de uma cena. Das 18 situações analisadas, temos quatro depoimentos em que a situação caracterizou-se pelo simples relato de uma ocorrência. Nos quatro casos as pessoas tinham conhecimento sobre a pesquisa que estávamos desenvolvendo e relataram um fato que se relacionava à menopausa.

b) Conversas (N = 14)

Nas conversas temos o predomínio do discurso direto com dois ou mais participantes, apresentando uma dinâmica interacional que permite rupturas nas linhas argumentativas. Numa conversa, a emergência de repertórios associados à menopausa pode se dar de maneira extremamente fugaz ou constituir-se no assunto em pauta.

3.2. Registro

Por se tratarem de situações do cotidiano em que o inesperado e a plasticidade das situações são características do dia-a-dia, foi impossível padronizar a forma de coleta do material: os registros acompanharam a plasticidade das situações.

No caso dos depoimentos, após o relato, feito pessoalmente ou mesmo por telefone, eu escrevia enquanto ouvia o relato ou logo em seguida. Em dois casos a própria pessoa, além de fazer o relato, entregou-me anotações por escrito. Do total de 14 conversas, foi possível gravar apenas duas delas. Em resumo, a grande maioria das situações dependeram de registros de memória.

Essa forma de coleta exigiu alguns cuidados e reflexão de nossa parte. Se por um lado, devido à espontaneidade das situações obtivemos um material rico para ser analisado, por outro tivemos que aceitar o desafio que representou utilizar esse material.

3.3. Desafios metodológicos

a) Registro de memória

O registro tinha que ser feito concomitantemente à conversa ou logo em seguida, caso contrário dificultava a reconstituição dos enunciados e das associações feitas com a menopausa. Em função dessa dificuldade, excluimos cinco situações de nossa análise (havíamos coletado 23 situações). Por questões contingenciais não pudemos fazer o registro logo em seguida e ao tentarmos a reconstituição sentimos dificuldade em resgatar as principais associações. Optamos, então, por excluir esse material da análise.

b) Restrições analíticas

Os dados coletados com registros de memória não se prestam a todo tipo de análise e, nesse caso, cabe a(ao) pesquisador(a) ter clareza de seus objetivos. Nesse sentido as conversas registradas de memória:

- não podem ser trabalhadas numa análise que tenha como foco o fluxo da conversa em si, ou seja, a interação de seus participantes. Como exemplo podemos citar as análises de conversação (AC) - realizadas pelos analistas de discurso ligados à etnometodologia - cujo foco está na interação e todos os elementos da conversa são passíveis de análise.
- não podem ser utilizadas como subsídios de uma análise que tenha os participantes da conversa como objeto de análise. Isto é, utilizar os enunciados para apreender aspectos de personalidade, ou correlatos, do emissor da fala.

Como já mencionamos, o foco de nossa pesquisa está na circulação e uso de repertórios interpretativos associados à menopausa, tendo como contexto imediato as situações do cotidiano. Nosso interesse analítico está no fluxo de associação das idéias, o que é perfeitamente possível de ser apreendido com um registro de memória. O foco não está na interação, apesar de pressupormos a existência da dialogia nas associações presentes nos enunciados. As associações podem ser feitas por vozes que estejam presentes ou ausentes da conversa, uma vez que procuramos detectar ecos de vozes que circulam pelo imaginário social.

c) Aspectos éticos

Os aspectos éticos envolvidos na coleta e uso das conversas do cotidiano representaram um outro desafio. Das 18 situações que analisamos, em 15 delas foi possível solicitar autorização para o uso do material na pesquisa, com a garantia do anonimato das pessoas envolvidas; em três situações de caráter eminentemente público não se colocava a possibilidade de fazer tal solicitação.

Discutimos os aspectos éticos envolvidos no uso deste material com os integrantes do núcleo de pesquisa do qual fazemos parte, assim como durante a apresentação das análises que fizemos durante um seminário²⁴. Apesar das controvérsias geradas na discussão, estabeleceu-se um ponto de consenso: a responsabilidade ética que o(a) pesquisador(a) deve ter com o uso que será feito dos dados, discussão que fizemos ao delimitar os objetivos da análise.

Como uma forma de assegurar ainda mais o anonimato, além de utilizarmos nomes fictícios, ao descrevermos o contexto conservamos os elementos que permitissem visualizar a peculiaridade da situação, mas alteramos alguns fatores que pudessem dar margem ao reconhecimento das pessoas envolvidas.

3.4. Análise

A análise das conversas do cotidiano centrou-se na circulação e uso de repertórios interpretativos associados à menopausa, procurando detectar também possíveis ressonâncias e rupturas dos sentidos que encontramos em nosso levantamento da literatura científica e que circulam pelo imaginário social.

O processo de análise deu-se em duas etapas: a) análise preliminar de cada conversa; e b) análise temática do conjunto das conversas.

a) Análise de cada conversa

A primeira etapa constou de uma análise detalhada de cada conversa. O produto desta análise forneceu subsídios para desenvolvermos a análise temática.

²⁴ Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde e a disciplina Técnicas de Análise: Práticas Discursivas, ambos ministrados pela Profa. Dra. Mary Jane Spink no curso de Pós-graduação de Psicologia Social da PUC/SP.

Por se constituir em matéria prima da análise final incluímos, no Anexo 4, todas as conversas e suas respectivas análises.

Listamos a seguir os passos observados na primeira etapa da análise:

- a) caracterizar o material como sendo depoimento ou conversa;
- b) descrever o contexto de cada depoimento ou conversa: local, número de participantes e sexo. A idade, o nível de escolaridade e a profissão foram incluídas dependendo do contexto da conversa, ou seja, da possibilidade de obter esses dados;
- c) fazer várias leituras das conversas/depoimentos para detectar o fluxo de associação das idéias;
- d) detectar a dinâmica da conversa (não se aplica ao depoimento);
- e) montar o fluxo de associação das idéias;
- f) detectar os repertórios associados à menopausa;
- g) detectar repertórios que dessem conotação de afetividade, isto é, que permitissem rastrear o investimento afetivo depositado na menopausa. Por afetividade estamos falando de todo tipo de manifestação emocional;
- i) detectar o uso dos repertórios, buscando ressonâncias (vozes) das linguagens sociais, permanências culturais, rupturas e singularidades de sentidos.

b) Análise temática das conversas

Após a primeira fase da análise detectamos os repertórios interpretativos que se aglutinavam em torno de alguns temas, possibilitando a definição de três temas de análise, a saber: a) magia e poder do sangue menstrual; b) medicalização; e c) a menopausa na perspectiva masculina.

Trabalhamos essas categorias tendo como foco a utilização dos repertórios associados à menopausa, cujos sentidos foram visualizados a partir do fluxo de associação das idéias construído na primeira fase da análise. O eixo condutor desta

etapa da análise foi a busca dos sentidos dados nas conversas do cotidiano e suas inter-relações com o contexto maior da circulação das idéias: imaginário social e os campos de domínios do saber; em nosso caso, as idéias em circulação na literatura científica por nós analisada.

Não fez parte de nosso objetivo procurar generalizações dos sentidos atribuídos à menopausa, nem entender **o que é a menopausa** e sim compreender **como se dá a circulação e uso dos repertórios associados à menopausa**, assim como detectar possíveis conseqüências decorrentes de discursos que, além de cristalizar algumas idéias, acabam naturalizando sentidos que são, na realidade, socialmente construídos.

III. MENOPAUSA E IMAGINÁRIO SOCIAL

1. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA MENOPAUSA

It is difficult to see how our current scientific ideas are infused by cultural assumptions; it is easier to see how scientific ideas from the past, ideas that now seem wrong or too simple, might have been affected by cultural ideas of an earlier time (Emily Martin, 1988: 237).

Iniciamos nossa busca a partir das pesquisas realizadas por Darrel Amundsen e Carol Diers (1970, 1973)²⁵. Estes trabalhos trazem os registros mais antigos com que entramos em contato. Mostram que nos períodos clássico, Roma e Grécia, e medieval, Europa, o cessar do sangue menstrual não possuía nome específico, sendo descrito pela presença ou ausência do sangue.

The beginning of child bearing in women and the capacity in men to impregnate and the cessation of each of this coincides with the emission of seed in the one and of the menses in the other...The menses cease in most women around the fortieth year, and in those in whom it goes on longer, the menses continue until the fiftieth, and at this time some women of that age have borne children; but none beyond that age (Aristóteles²⁶, 384-322 a.C., citado por Amundsen e Diers, 1970: 80).

The retention [of the menses] is natural in old ages just as it is contrary to nature from the fifteenth year up to the sixtieth year (John Platearius, the Younger²⁷, XI-XII d.C., citado por Amundsen e Diers, 1973: 607).

Estas citações fazem referência à idade do início e fim da menstruação, mostrando a preocupação em demarcar o período procriativo da mulher. Fica claro que o sentido atribuído ao cessar do ciclo menstrual restringia-se ao fim da capacidade de procriação.

Com relação à idade do cessar do mênstruo, tendo por base as pesquisas de Amundsen e Diers (1970, 1973), montamos a seguinte tabela:

²⁵ Os estudos referem-se à idade da menopausa nos períodos clássico (séc. IV a.C ao séc. VII d.C) e medieval (séc. VI d.C ao séc. XV d.C).

²⁶ Aristóteles (384-322 a.C.). *História Animalium*, VII, 5, 585a. Citação traduzida do grego para o inglês por Amundsen e Diers (1970).

²⁷ Platerios, J. (XI-XII d.C.) - De Renzi ed. (1852-59) *Collectio Salernita*, del Filiatre-Sebezio, Naples. Vol. II: 331). Citação traduzida do latim para o inglês por Amundsen e Diers (1973).

Tabela 2 - Idade da menopausa nos períodos clássico e medieval

Períodos	Idade da Menopausa		
	Máxima	Mínima	Média
Clássico Roma e Grécia	60	35	40-50
Medieval Europa	60-80	35	50

Estes dados mostram que nos períodos clássico e medieval as mulheres entravam na menopausa numa idade muito próxima à média contemporânea, por volta de 50 anos.

Pelas citações abaixo, podemos observar que a variação existente na idade do cessar do mênstruo era explicada pelas diferenças anatômicas ou condições físicas. O cessar precoce estava associado à obesidade ou a algum tipo de debilidade física, sendo o tardio considerado um sinal de saúde.

The menses cease around the fiftieth year, very few menstruate until sixty, and in some, specially those who are very fat, the menses begin to abate from the thirty-fifth year (Oribasius²⁸, sec. IV d.C., citado por Amundsen e Diers, 1970: 82).

But in women the menses are lacking after the fiftieth year, except in those who are entirely health and strong, as in those the menses continue clear up to the seventieth year (Hildegard of Bingen²⁹, XII d.C., citado por Amundsen e Diers, 1973: 607).

Nesse período da humanidade tínhamos uma concepção, praticamente hegemônica, de que as forças divinas exerciam total domínio sobre o corpo e a natureza. O equilíbrio deste corpo, aberto à natureza, era alcançado por meio das trocas humorais regidas pelo poder do sagrado. O sangue, mais especificamente, era marcado por uma presença sagrada muito forte e aglutinava um leque de simbolismos que incluíam desde o bem até o seu oposto, o demoníaco.

Estas concepções estavam presentes no conceito hipocrático de equilíbrio dos humores e permaneceram como base explicativa da saúde e da doença durante

²⁸ Oribasius (séc. IV d.C.) *Eclogae Medicamentorum*, 142. Citação traduzida do grego para o inglês por Amundsen e Diers (1970).

²⁹ Hildegard of Bingen (séc. XII d.C.) - *Cause et Curae*. Book II. Germany. Citação traduzida do latim para o inglês por Amundsen e Diers (1973).

muitos séculos³⁰. Segundo Laplantine (1991) ser saudável significava poder manter o equilíbrio de quatro humores: o sangue, a fleuma, a bílis amarela e a bílis negra. Além dos quatro humores, esta teoria pressupõe a inter-relação de outros grupos: quatro estações do ano, quatro idades da vida, quatro temperamentos, quatro grupos de planetas e quatro grupos do zodíaco, conforme afirma Sant'Anna (1995).

O sangue menstrual era considerado um elemento chave desse sistema de equilíbrio, assumindo diferentes sentidos:

Alimento para o feto...

A menstruação periódica mostrava que seus corpos não conseguiam queimar os excedentes pesados que se coagulavam dentro delas. No entanto, justamente esses excedentes é que eram necessários para alimentar e conter a cálida semente masculina, assim produzindo filhos. Se assim não fosse, acrescentava o doutor Galeno, os homens poderiam achar que 'o Criador deliberadamente fizera metade de toda a raça imperfeita e, por assim dizer, mutilada (Peter Brown, 1988: 19)³¹.

Purificação ...

Women were of a colder and less active disposition than men, so that while men could sweat in order to remove the impurities from their blood, the colder dispositions of women did not allow them to be purified in that way. Female menstruated to rid their bodies of impurities (Crawford³², 1981, citado por Martin, 1988: 238).

Fertilização e cura....

Segundo Thomas Buckley e Alma Gottlieb (1988), no Império Romano, atribuía-se ao sangue menstrual o poder de fecundar os campos de trigo, além do seu valor terapêutico no tratamento de moléstias (gota, hemorragia, inflamação das glândulas salivares, epilepsias, furúnculos, febre puerperal, vermes e dores de cabeça.

Contaminação...

Nada é mais notável do que o fluxo menstrual das mulheres. Ao seu contato, o vinho novo azeda, as colheitas estragam, as plantas enxertadas morrem, as sementes dos

³⁰ "A idéia de troca é uma tendência da relação do homem com seu corpo, estando presente nos tratados médicos, desde Hipócrates até os dias de hoje. O vocabulário muda, as justificativas mudam: ora são morais, ora estão ligadas à vida urbana. Mas a tendência persiste. Na verdade, uma tendência dupla: a vontade de fazer com que o corpo elimine, expulse toxinas, gorduras - tudo que há de acúmulo; e, a tendência de fortalecer o corpo, que também é muito antiga." (Contribuição da Profa. Dra. Denise B. Sant'Anna durante o exame de qualificação desta dissertação, maio/1997).

³¹ Este trecho foi extraído da discussão que Brown (1988) faz sobre as relações entre os homens de classes privilegiadas do Império Romano e as mulheres, os escravos e os bárbaros, no século II d.C.

³² Crawford P. (1981). Attitudes to menstruation in seventeenth-century England. *Past and Present*, 91: 47-73.

jardins secam, os frutos das árvores caem, a superfície brilhante dos espelhos, na qual simplesmente se refletem, se turva, o fio de aço e o brilho do mármore se perdem, as colméias morrem, até o bronze e o ferro são atingidos pela ferrugem e um cheiro horrível se espalha pelo ar; ao senti-lo os cães ficam loucos e sua mordida transmite um veneno sem antídoto (Plínio³³, o Velho, 23-79 d.C. citado por Cecília M.B. Sardenberger, 1994: 321).

Na cultura ocidental o conceito de contaminação tem fortes raízes na tradição judaico-cristã, cujas filosofias religiosas acham-se impregnadas de restrições e interdições à mulher menstruada, incluindo-se várias esferas: preparo de alimentos, relações sexuais e participação em determinadas cerimônias religiosas. Apesar dessas idéias estarem mais próximas ao judaísmo, Brown (1988) afirma que não foram inteiramente abandonadas no cristianismo.

Associando-se o conceito de contaminação à saúde da mulher, a retenção do sangue poluído é vista como causa de grandes males, justificando, portanto, a necessidade de curar casos de retenção, que ocorressem fora do período considerado natural: *“caso a retenção dos mênstruos ocorra após os 60 anos de idade, é incurável”*³⁴ (Copho³⁵, sec. XI/XII d.C., citado por Amundsen e Diers 1973: 607).

No entender de Joel Willbush (1979) a retenção definitiva do sangue menstrual estava bastante colada à idéia de envelhecimento. Até o século XVIII a explicação para o envelhecimento feminino, compartilhada pela ciência, médicos e mulheres da época, fundamentava-se no conceito de que o sangue, poluído e carregado de toxinas, ao ser retido no organismo provocaria sua destruição interna, redundando no envelhecimento e degeneração dos órgãos.

A indução para liberar o fluxo retido e carregado de *“venenos”* assumia maior importância quando o *status* da mulher dependia mais de sua aparência do que do poder econômico, ou mesmo da posição social como mãe. Conseqüentemente, a prática da indução tinha maior aceitação e demanda em um meio social mais liberal. Como exemplo, Willbush (1979) cita as mulheres patrícias de Roma e das suntuosas

³³ Plínio, o Velho, (23-79 d.C.). *História Natural*. Fonte: Wade, Carlson (1989) - *Síndrome Pré-menstrual*. São Paulo: Ground, p. 9.

³⁴ *“Since retention of the menses does occur after sixty years (of age), it is not curable.”* Citação traduzida do latim para o inglês por Amundsen e Diers (1973). Tradução livre para o português.

cortes europeias dos séculos XVI - XVIII. Tratava-se de uma prática mais utilizada pelas mulheres das classes privilegiadas, que gozavam de maior liberdade social e sexual. Ainda segundo o autor, as queixas iniciais das mulheres referiam-se à perda do apetite sexual e ao temor da desvalorização social frente ao envelhecimento.

O cuidado com a saúde da mulher esteve durante séculos nas mãos das mulheres sábias, parteiras e curandeiras, tradicionalmente consideradas mais confiáveis para tratar de queixas ligadas aos problemas íntimos das mulheres. Além disso, segundo a literatura, na Europa a profissão médica firma-se como representante oficial do cuidado com a saúde somente a partir dos séculos XVII-XVIII (Barbara Ehrenreich e Deirdre English, 1976a, 1976b, 1979)³⁶.

Segundo Willbush (1979), na tentativa de retardar o envelhecimento, o amenogogo, nome dado aos medicamentos à base de ervas, era um dos tratamentos mais utilizados para liberar a retenção do sangue menstrual. Caso não funcionasse, recorria-se a vias alternativas de excreção do “*veneno retido*”, normalmente via intestinos e pele, utilizando-se: purgantes (*enemata*), cataplasma de mostarda (*moxas*) e aplicação de ventosas ou sanguessugas na genitália. Esgotados esses métodos, recorria-se à sangria (flebotomia) que era realizada pelos cirurgiões barbeiros.

Em resumo, o que encontramos nos períodos clássico e medieval, estendendo-se até o século XVII, são referências à idade sobre o início e fim do ciclo menstrual, listas de remédios para liberar a retenção do mênstruo, mas, praticamente, nada sobre distúrbios neste período. Os registros de sintomas associados à menopausa aparecem a partir do século XVIII (Martin, 1988; Willbush 1979) - período que coincide com a perpetuação da medicina como provedora oficial de cuidados com a saúde.

É importante salientar que mesmo com a falta de registros sobre distúrbios associados ao fim do ciclo menstrual, Ballinger (1990) afirma ser antiga a associação

³⁵ Copho (séc. XI/XII d.C). In: De Renzi, (ed) 1852-59). *Collectio Salernitana, del Filiatre-Sebezio*, v. II, p. 332.

³⁶ Segundo as autoras, a passagem do cuidado com a saúde das mãos dessas mulheres para os cuidados da medicina de forma oficial foi lenta e dolorosa, passando pela “caça às bruxas” que

entre distúrbios de comportamento e função reprodutiva da mulher, geralmente expressos pela palavra histeria, derivada do termo grego (*hustera*), útero. Segundo o autor³⁷, esta associação foi encontrada num papiro egípcio de 1900 a.C., em que os distúrbios de comportamento tinham como causa explicativa o “*deslocamento uterino*”. Esta idéia é encontrada também nos escritos hipocráticos, em que o “*útero errante*” seria o grande causador das misérias e loucuras femininas.

Mary Del Priore (1995), em seu estudo sobre a condição feminina no Brasil Colônia, aponta para a difusão, no Brasil, do conceito de que a saúde da mulher dependia dos humores uterinos:

O critério do útero regulador da saúde mental e física irradiara-se na Europa do Antigo Regime e, portanto, na Metrópole portuguesa, difundindo uma mentalidade na qual a mulher era física e mentalmente inferior ao homem. Essa natureza própria e ordenada pela genitália reverberava os problemas da alma feminina, fazendo da mulher um monstro ou uma criança incontrolável. Vítima da melancolia, seu corpo abria-se para males maiores como a histeria, o furor da madre³⁸, a ninfomania (Del Priore, 1995: 190).

Voltando aos registros de sintomas, temos que até o século XVIII a problemática estava colocada na procura de artefatos para retardar o envelhecimento. Martin (1988) afirma que apesar da menstruação ser vista como repugnante e suja, não era considerada patológica, o mesmo acontecendo com a menopausa. Foi a partir do século XVIII que a menstruação, de processo impuro, passa a ser significada como um processo inerentemente doentio. Acompanhando a mesma lógica, o cessar da menstruação começa a ser explicado como uma época debilitante para a saúde e responsável por vários distúrbios. A autora entende que subjacentes a essas mudanças estejam as ideologias e as novas relações de poder que se constituem a partir do século XVII.

Willbush (1979) endossa essa relação ao afirmar que até as convulsões sociais da Revolução Francesa não havia registros sobre distúrbios na menopausa. Os

estendeu-se do século XIV ao XVII. Ainda segundo as autoras, 85% das execuções, desse período, eram de mulheres: velhas, jovens e crianças.

³⁷ Ballinger (1990) baseia-se no livro de Veith I. (1965) - *Hysteria: the History of a Disease*. Chicago University of Press.

³⁸ Segundo Del Priore (1995), o termo madre era utilizado como sinônimo de útero.

regimes que se seguiram teriam contribuído para cristalizar vários sinais do climatério como expressão de doença, reforçando o *stress* social a que as mulheres eram submetidas.

Estamos frente a um processo de mudança no que se refere aos sentidos atribuídos à menopausa. Esta ruptura, por sua vez, está atrelada a outras rupturas localizadas em esferas mais amplas.

Para entender as mudanças de sentidos sobre a menstruação e a menopausa, Martin (1988) baseia-se no historiador norte-americano Thomas Laqueur (1986)³⁹, que analisou a ruptura contida na mudança de sentido sobre as diferenças sexuais anatômicas entre homem e mulher.

Segundo a autora, o conceito de sexo único perdurou desde a Grécia antiga até final do século XVIII. Nesta concepção, os corpos do macho e da fêmea eram considerados estruturalmente similares: *“as mulheres tinham os mesmos genitais que os homens, exceto que o delas era dentro do corpo e não fora dele”*⁴⁰, ou seja, o que podia ser visto no corpo dos homens era assumido como padrão para o que não poderia ser visto no corpo das mulheres.

A diferença residia no grau de calor. O homem possuiria maior calor vital que a mulher, o que lhe reservava o lugar de maior perfeição no eixo hierárquico, constituindo-se o corpo masculino na referência do ideal de corpo humano. A mulher apresentaria um grau menor de perfeição, mas ainda assim seria mais perfeita que outras criaturas, os animais por exemplo⁴¹. A relativa frieza do corpo da mulher impediria que seus genitais fossem exteriorizados, garantindo um lugar protegido para a concepção e gestação. Homem e mulher, portanto, diferiam em

³⁹ Laqueur, T. (1986) Female orgasm, generation, and the politics of reproductive biology. *Representations*, 14: 1-82.

⁴⁰ *“women have the same genitals as men, except that theirs are inside the body and not outside it.”* (Frase de Nemésius, Bispo de Emesa, Síria, século IV, citado por Martin, 1988). Tradução livre para o português.

⁴¹ Podemos ver ressonâncias dessa hierarquia no seguinte texto publicitário, veiculado para uma campanha de vacinação (julho, 1997) no município de Santarém, estado do Pará: *“Participe da Campanha Municipal de Multivacinação na Grande Área de Santarém, para crianças, mulheres e animais domésticos* (Sec. Municipal de Saúde)”. Neste caso, a idéia subjacente é que o homem seja mais forte (perfeito), ficando à margem das campanhas de prevenção. (foto da campanha: Anexo 5)

grau de hierarquia, mas ambos eram considerados como sendo da mesma natureza biológica.

Ainda segundo esta autora, mesmo com os avanços do conhecimento da anatomia humana, como por exemplo as dissecações anatômicas e a “descoberta” da natureza dos ovários no final do século XVII, os médicos continuaram acreditando que os órgãos internos das mulheres fossem estruturalmente análogos aos órgãos externos dos homens. Na verdade, quando tiveram a oportunidade de observar os órgãos internamente, ancorados em prova empírica, reafirmaram a certeza sobre o conceito de sexo único.

Spink (1994), também partindo da análise feita por Laqueur (1990)⁴² sobre esta ruptura, entende que a permanência do modelo explicativo do sexo único durante um milênio, apesar das substanciais mudanças sociais, políticas e culturais ocorridas ao longo daquele período, podem ser duplamente explicadas:

Em primeiro lugar, porque o corpo não constituía a base biológica de definição da diferença: a ordem e a hierarquia eram impostas ao corpo de fora. Em segundo lugar, porque em um mundo público predominantemente masculino, o modelo do sexo único demonstrava o que era culturalmente evidente: ou seja, que o homem era a medida de todas as coisas e a mulher não existia como categoria ontologicamente distinta (Spink, 1994: 96).

A partir do século XVII, com as idéias liberais de Hobbes e Locke e a Revolução Francesa no século XVIII, a certeza de que a organização social estivesse baseada em uma ordem natural é colocada em cheque (Martin, 1988). Abre-se a possibilidade de novos espaços para as mulheres, discutindo-se a extensão dos direitos de cidadania às mulheres (Spink, 1994). Ao se conceber a organização social como mera convenção, essa não mais poderia servir de base segura para conservar homem e mulher em seus lugares. Para substituir o eixo hierárquico anteriormente existente, lança-se mão das diferenças anatômicas: “...as novas teorias médicas que então despontavam, centradas na fragilidade ovariana, acabaram gerando as justificativas biológicas necessárias para a política sexual de separação das esferas pública e privada, confinando a mulher à esfera privada” (Spink, 1994: 95).

Uma perspectiva semelhante de análise pode ser vista nesta citação feita por Martin (1988), segundo a qual, a partir de 1800, “...scientists in areas as diverse as zoology, embryology, physiology, heredity, anthropology, and psychology had little difficulty in proving that the pattern of male-female relations that characterized the English middle classes was natural inevitable, and progressive (Fee, 1976⁴³, citado por Martin, 1988: 239).

Uma das reverberações desta ruptura nos sentidos atribuídos à menopausa é que a estrutura biológica da mulher distancia-se da estrutura do homem. A diferença não mais reside no grau de calor, a menstruação deixa de ter o suor do homem como parâmetro na excreção de impurezas. Da mesma forma, as ondas de calor e sudorese que pudessem surgir na menopausa deixavam de ser uma forma de equilíbrio compensatório.

Pelos estudos de Willbush (1979), foi a partir do século XVIII que as mulheres, em sua maioria da aristocracia e da nascente burguesia, começaram a consultar os médicos para falar de seus problemas e queixas mais íntimas. Foi por meio desse diálogo com as mulheres que os médicos foram entrando em contato com os “distúrbios” que as mulheres “freqüentemente sofriam na mudança de vida”.

O passo seguinte foi a sistematização desse corpo de conhecimento. Neste sentido, a partir da segunda metade do século XVIII surgem os primeiros relatos médicos⁴⁴ sobre os distúrbios da “mudança da vida”. Inicialmente, os trabalhos descreviam as “hemorragias” e “irregularidades mais brandas da menstruação”. Segundo Willbush (1979), o primeiro trabalho escrito especificamente sobre os “distúrbios” do cessar da menstruação, foi o *On the management proper at the cessation of the menses*, escrito por Fothergill em 1776⁴⁵. A este autor credita-se a “revolucionária idéia” de que os sintomas deste período da vida da mulher, excluindo-se os mais leves, seriam em

⁴² Laqueur, T. (1990) - *Making sex - body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press

⁴³ Fee, E. (1976) - Science and the woman problem: Historical perspectives. In: Teitelbaum, M.S. (ed.) *Sex difference: social and biological perspectives*. P. 175-223. Doubleday, New York.

⁴⁴ Willbush (1979) cita o trabalho de Astruc J. (1761) *Traité des maladies des femmes*. Cita ainda duas teses de doutorado, ambas em latim, sem contudo citar os nomes dos autores: “ De fine mensium, initiis morborum variorum opportuno etc. e Fata ac incommoda ex menstruis etc., por volta de 1789.

sua maioria sintomas iatrogênicos (pêlos, estrangúria⁴⁶, hemorragia uterina excessiva e dores nos quadris) causados por medicamentos e tratamentos inadequados.

Ainda segundo Willbush (1979), por volta de 1800, na França, vários outros trabalhos e livros médicos dedicaram bastante espaço ao cessar do mêsruo, referindo-se aos tempos críticos e aos males secretos experienciados pelas mulheres.

Portanto, antes que surgisse um nome para o fenômeno, um corpo de conhecimentos havia sido construído, predominantemente sobre queixas e condições mórbidas que, por sua vez, foram interpretadas por homens (médicos) que tiveram como matéria prima para dar sentido às queixas das mulheres os repertórios interpretativos disponíveis no imaginário social da época.

O termo *Le menespausie* foi utilizado pela primeira vez em 1816 por Gardanne, na França, em seu livro intitulado *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*⁴⁷ (em 1821 o termo foi abreviado para *ménopause*). No prefácio do livro o autor propõe o novo nome, *Menespausie*, “para substituir a embaraçosa nomeação de cessar do mêsruo”⁴⁸. Para Willbush, “o caráter essencialmente feminino da nova doença estava expresso em seu novo nome” (1979: 148)⁴⁹. Foi somente a partir de 1840 que o novo nome tornou-se difundido nos dois lados do Atlântico e, mesmo assim, só em 1880 é que foi incluído nos dicionários médicos ingleses. Merece destaque o sentido de embaraço que o médico atribui ao cessar do sangue menstrual, tanto que propõe um nome que se afaste da descrição do fenômeno. O *embaraço*, que é do médico, exemplifica o quanto as interpretações dadas às queixas estão impregnadas pelas idéias que circulam pelo imaginário social.

Ainda na primeira metade do século XIX, o inglês Marshall Hall utilizou pela primeira vez o termo “*climatério feminino*”, em substituição à denominação popular

⁴⁵ Fothergill, J. (1776). On the management proper at the cessation of the menses. *Medical Observations and Inquiries*. 5: 160-186, citado por Willbush (1979).

⁴⁶ Eliminação lenta e dolorosa da urina em consequência de espasmos uretral ou vesical.

⁴⁷ Gardanne, C.P.L. (1816) - *Avis aux femmes qui entrent dan l'âge critique*. Paris.

⁴⁸ “... to replace the cumbersome appellation cessation des Menstrues” (Gardanne, 1816, citado por Willbush, 1979: 148). Tradução livre para o português.

⁴⁹ “The essentially feminine character of the new disease was thus expressed in its new name” (Willbush, 1979: 148). Tradução livre para o português.

de “*mudança de vida*”⁵⁰. Em sua concepção, a mal-nutrição influenciaria em muito as doenças apresentadas pelas mulheres de meia-idade, uma vez que a menorragia (excesso de fluxo sangüíneo) estaria afetando principalmente as mais debilitadas (Willbush, 1988a).

É interessante ressaltarmos a migração do termo climatério. Este termo foi utilizado, em 1813, por Sir Henry Halford, médico do Rei George III da Inglaterra que, por desconhecer a doença sofrida pelo Rei, nomeou-a a “*doença do climatério*” (*the climacteric disease*), apropriando-se do termo climatério dos gregos⁵¹, aliado ao conceito hipocrático de que envelhecimento seria doença (Brian Livesley, 1977). Portanto, do termo genérico de doença do envelhecimento passa a ser termo especificamente feminino.

Continuando a nos apoiar nos estudos de Willbush (1979, 1987, 1988a, 1988b), destacamos que os discursos dos médicos europeus do fim do século XVIII e início do XIX, sustentavam a versão de que os “*sintomas do climatério*” estariam ligados a fatores sociais. As mulheres seriam discriminadas pelo seu envelhecimento, redundando em grande sofrimento, principalmente pela perda de seus amantes. Esta situação teria levado as mulheres francesas e inglesas, de classes privilegiadas, a submeterem-se a terapêuticas extremamente agressivas, resultando na troca das “*doenças climatéricas*” por outras iatrogênicas, levando os médicos da época à constatação de seu erro no tratamento de tais mulheres.

Segundo esses registros, enquanto as damas da corte de Paris e da Inglaterra, assim como de outros grandes centros urbanos, ficavam sujeitas às doenças iatrogênicas, as mulheres do campo passavam por um climatério bastante sereno. Para alguns médicos da época este resultado explicava-se pela vida saudável e ar puro do campo, ao lado da posição social que ocupavam como mães de família. Nesta perspectiva condenavam a vida sedentária, a compulsão por comidas não

⁵⁰ Vale lembrar que o termo menopausa apesar de ser utilizado na França desde 1816, só em 1880 é que foi incluído nos dicionários médicos ingleses.

⁵¹ Climatérios no grego era utilizado para denominar as cinco fases da vida do ser humano, nas quais o corpo seria particularmente afetado: 7, 21, 49, 63 e 81 anos (Livesley, 1977: 165).

saudáveis e pela “*sexualidade desregrada*”, entendendo serem esses fatores os responsáveis pelos sintomas apresentados, principalmente a hemorragia climatérica.

Haney (1986) nos traz um exemplo de como essa mulher, de classe alta, poderia ser vista por ocasião da menopausa:

She now resembles a de-throned queen, or rather a goddess who adorers no longer frequent her shrine. Should she still retain a few courtiers, she can only attract them by the charm of her wit and the force of her talents. (...) compelled to yield to the power of time, women now cease to exist for the species and henceforward live only for themselves. Their features are stamped with the impress of age, and their genital organs are sealed with signet of sterility... everything calculated to cause regret for charms that are lost, and enjoyments that are ended forever (Colombat de L'Isere⁵², 1845, citado por Haney 1986: 397).

As explicações para a etiologia dos sintomas estavam menos ancoradas nos aspectos biológicos do que nos psicossociais. No entanto, apesar dos fatores políticos, sociais, culturais, econômicos e morais envolvidos nas grandes transformações ocorridas a partir do século XVII, com destaque para a Revolução Francesa e Revolução Industrial, atribuía-se ao comportamento da mulher, principalmente à sua conduta sexual, as adversidades que pudessem sofrer por ocasião da menopausa.

A citação abaixo reflete o comportamento considerado politicamente correto para um determinado segmento social:

...a lady who has during the whole of her wifehood eschewed fashionable society and has lived simply, plainly, and sensibly, and who has taken plenty of outdoor exercise, will during the autumn and winter of her life reap her reward by enjoying what is her greatest earthly blessing – health (Charasse⁵³, 1868, citado por Haney, 1986: 398).

Uma vez mais fica demarcado o público com o qual os médicos estabeleceram o diálogo sobre a menopausa: mulheres da classe alta, que segundo os médicos deveriam ocupar seu tempo disponível com ocupações saudáveis. Naquela período, com certeza, as mulheres que porventura estivessem trabalhando de 14 a 16 horas diárias nas indústrias não tiveram suas adversidades relatadas pela literatura aqui considerada.

⁵² Colombat de L'Isere M. (1845) - *Treatise on the diseases of females*. Blanchard L. Philadelphia.

⁵³ Charasse, H. (1868). *Advise to a wife*. Philadelphia, Lippincott.

Em 1857, surge no cenário Edward John Tilt, um médico irlandês, que publica a obra *The change of life in health and disease*⁵⁴. Nessa obra abordava “os efeitos nocivos deste período da vida”. Segundo Ballinger (1990), a visão negativa que vinha sendo construída a respeito da menopausa ganha mais força com as concepções advogadas por Tilt.

Credita-se a este médico o conceito de “*ninho vazio*”, ligado à idéia de que a mulher perderia sua função com o crescimento e saída dos filhos de casa (Willbush, 1979). É de Tilt, também, a versão de que os “*sintomas climatéricos*” seriam devidos à “*involução ovariana*”.

Willbush (1980) relata ter sido Tilt quem sugeriu estarem os ovários em conexão com o sistema nervoso central e, nessa lógica, a mulher poderia ter problemas em sua vida emocional por ocasião da “*involução ovariana*”. Partindo desta concepção, Tilt rejeita a “*teoria do sangue sobre as doenças ligadas à mudança de vida*” e propõe a “*teoria dos nervos*”:

Diseases of the change of life should be thought of as having their fons et origo in the ovaries whether their power be their own, or borrowed from the spinal cord. While the involution is taking place, the ovaries disturb the viscera with which they have worked harmoniously for 30 years... I do not pretend to know the nature of this disturbing influence, but I suppose it is similar to that made manifest by the coming into power of the ovaries at puberty (Tilt, 1857, citado por Willbush, 1980: 261).

Detectamos neste período uma ruptura com o eixo explicativo até então presente nos discursos. Não se trata mais dos benefícios ou malefícios do fluxo sangüíneo; o eixo desloca-se para a “*involução ovariana*” e suas conexões com o sistema nervoso. Isto não significa o abandono total dos antigos parâmetros, podendo subsistir durante séculos ao lado do novo paradigma. O próprio Tilt serve de exemplo pois ao lado de sua versão, em que postulava serem os “*sintomas climatéricos*” resultantes da “*involução ovariana*”, sua explicação para as ondas de calor e sudorese fundamentava-se, em parte, nos conceitos hipocráticos pois continuava

⁵⁴ Tilt, E.J. (1857) *The change of life in health and disease. A practical treatise on the nervous and other affections incidental to women at the decline of life*. John Churchill, London, citado por Willbush, 1980: 263).

afirmando que o equilíbrio seria atingido através de um sistema de entrada e saída de substâncias:

As for thirty-two years it had been habitual for women to loose about 3oz. of blood every month, so it would have been indeed singular, if there did not exist some well-continued compensating discharges acting as wastegates to protect the system, until health could be permanently re-established by striking new balances in the allotment of blood to the various parts... The flushes determine the perspirations. Both evidence a strong effect of conservative power, and as they constitute the most important and habitual safety-valve of the system at the change of life, it is worth-while studying them (Tilt, 1857, citado por Martin, 1988: 238).

O uso que se fez da conexão ovário → sistema nervoso mostrou-se tremendamente nefasto para as mulheres que viveram na virada do século XIX - XX, com conseqüências para as gerações futuras. Aqui abrimos um parêntesis para dar um painel sobre um contexto que diz respeito às mulheres em geral, não se restringindo à mulher na menopausa.

Na virada do século, com o desenvolvimento de novos instrumentos e técnicas cirúrgicas, a medicina sofisticava suas intervenções. Ao se eleger os ovários como fonte de tantos males, desenvolve-se uma intervenção: a ooforectomia (remoção dos ovários) que, segundo Ehrenreich e English (1979), torna-se uma das cirurgias mais comuns indicada para tratar “*problemas de personalidade*” da mulher. As autoras relatam que em 1906 um renomado obstetra americano estimou que havia cerca de 150.000 mulheres nos Estados Unidos que tinham perdido seus ovários sob o bisturi. Em 1893, os entusiastas desta técnica propagavam que as pacientes submetidas a esta intervenção apresentavam melhora, ou mesmo cura, passando a ter um senso de moral mais elevado (por exemplo, deixavam de se masturbar), tornavam-se mais tratáveis, ordenadas, laboriosas e asseadas.

Como podemos ver, vivia-se a psicologia dos ovários. É neste contexto que Freud começa a desenvolver sua teoria psicanalítica, tendo como ponto de partida os sintomas histéricos femininos. Segundo as autoras, em alguns aspectos a proposta de Freud representou um avanço no olhar sobre a mulher: não a classificava como “*fisicamente defeituosa*” e admitia a presença de desejos sexuais (mesmo restringindo-os às sensações vaginais - na mulher adulta as sensações clitoriais seriam interpretadas como sinais de imaturidade e masculinidade). Um olhar mais atento,

porém, mostra que em outros aspectos houve uma simples passagem do campo da Ginecologia para o da Psiquiatria: histeria era uma doença mental. Para as autoras, em última instância, a nova teoria postulava que a personalidade feminina era inerentemente defeituosa, desta vez, devido à ausência do pênis, voltando-se às bases anatômicas (Ehrenreich e English, 1976b).

Vale ressaltar que a ênfase dada aos distúrbios psíquicos e emocionais associados à menopausa, na literatura médica produzida no final do século XIX até meados do século XX, assumindo maior expressão após a “teoria dos nervos” de Tilt, tem sido alvo de debates na área da Psiquiatria, conforme afirma Ballinger (1990):

In the debates about the association between mental illness and the menopause, the psychiatric approach contradicts assertions by the gynaecological and psychoanalytic literature that the menopause has a negative effect on mental health. (...) The belief that the menopause is a time of high risk for psychiatric disorder in women is not upheld in the psychiatric literature. Indeed, there is a striking lack of comment on the menopause in psychiatric textbooks and journals. However, there has been discussion of a specific psychotic syndrome, involuntional melancholia, occurring at this time of life (Ballinger, 1990: 773- 774).

A Psicanálise é apontada por Ballinger (1990) como uma área que, na primeira metade deste século, teria produzido mais explicações de cunho negativo do que positivo sobre a menopausa. Esta relação pode ser vista em sua revisão de textos psicanalíticos sobre a menopausa:

- Freud (1917)⁵⁵ relacionou a “perda do potencial reprodutivo a luto e melancolia”;
- Helen Deutsch (1945)⁵⁶ concebia a menopausa como um período de grande perda da feminilidade e do potencial reprodutivo, em que a vida tornava-se “opaca e sem sentido”. Neste caso, nem psicoterapia adiantaria, uma vez que nada poderia ser feito a não ser “resignação sem compensação”;
- Fessler (1950)⁵⁷ também concebia a menopausa como um período ruim para a saúde mental da mulher, devido ao aumento da importância da inveja do pênis.

⁵⁵ Freud, S. (1917) - Mourning and Melancholia. In *Collected Papers*, vol. 4 (1956), London: Hogarth Press.

⁵⁶ Deutsch, H. (1945) - Epilogue: the climacterium. In *The Psychology of Women*, 2: 456-487, N.York: Grune & Stratton.

⁵⁷ Fessler, L. (1950) - The psychopathology of climacteric depression. *Psychoanalytic Quarterly*, 19: 28-42.

Durante o período reprodutivo a inveja seria mitigada pelo potencial reprodutivo. Com a perda deste poder, a mulher retornaria às atitudes infantis;

- Achte (1970)⁵⁸ enfatizava o medo de envelhecer e a perda da feminilidade com a conseqüente perda da auto-estima, apontando para fatores da personalidade que estariam determinando como a mulher estaria enfrentando o período da menopausa;
- Benedek (1950)⁵⁹ enfatizava as possíveis vantagens e a oportunidade de promover uma reorganização. Sugeriu que a dessexualização das necessidades emocionais estaria liberando energia psíquica para esta reorganização. Enfatizava, porém, a importância da personalidade para esta realização;
- Prados (1967)⁶⁰ entendia que a menopausa poderia trazer estabilidade e satisfação;
- Ballinger (1976)⁶¹ preconizava que mulheres apresentando distúrbios psiquiátricos na menopausa em geral teriam uma história pregressa desses problemas ou de rotineiras consultas a médicos com queixas de “*problemas dos nervos*”.

Martin (1988) menciona que apesar da visão negativa construída acerca da menstruação e da menopausa este sentido não era compartilhado por todos: muitos médicos entendiam ser a “*doença do climatério*” uma doença muito mais genérica da velhice, apresentando maior gravidade nos homens do que nas mulheres. Circulava, também, a idéia de que a mulher, após a menopausa, poderia ter um período de crescente vigor, otimismo e até mesmo de beleza física. A autora cita um discurso popular que circulava no final do século XIX, começo do século XX:

[Menopause] is merely a conservative process of nature to provide for a higher and more stable phase of existence, an economic lopping off a function no longer needed, preparing the individual for different forms of activity, but is in no sense pathologic. It is not sexual or physical decrepitude, but belongs to the age of invigoration, marking

⁵⁸ Achte, K. (1970) - Menopause from the psychiatrists point of view. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 49 (suppl. 1): 7-17.

⁵⁹ Benedek, T. (1950) - Climacterium: a developmental phase. *Psychoanalytic Quarterly*, 19 - 1-27.

⁶⁰ Prados, M. (1967) - Emotional factors in the climacterium of women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 15: 231-244.

⁶¹ Ballinger, C.B. (1976) - Psychiatric morbidity and the menopause. *British Medical Journal*, i: 1183-1185.

the fullness of the bodily and mental powers (Taylor⁶², 1904, citado por Martin, 1988: 242).

Na análise que Suzan Bell (1987) faz sobre a medicalização da menopausa, no século XIX os médicos entendiam a menopausa como uma “*crise fisiológica*” que poderia redundar tanto em tranqüilidade como em doença, dependendo do comportamento anterior da mulher assim como de sua pré-disposição a doenças. Porém, no século XX, a menopausa em si passou a ser definida e tratada como uma doença. Para a autora, esta nova abordagem contou com o subsídio de um vocabulário médico (*falência ovariana* e *deficiência hormonal*), construído e usado para definir a menopausa como uma doença de deficiência (*deficiency disease*). A autora discute que cientistas sociais norte-americanos divergem sobre quando se deu a medicalização da menopausa: se na década de 30 ou na de 60.

Para a autora, a medicalização ocorre em três níveis: conceitual, institucional e relacional. Ao nível relacional ocorre quando o vocabulário ou modelo médico é utilizado para definir um problema. Neste caso, as “descobertas” médicas são publicadas por um pequeno segmento, membros da elite da profissão, em jornais e revistas especializadas; no institucional ocorre quando os profissionais legitimam essas diretrizes na rede organizacional de sua profissão; e no interacional (interação médico-paciente) ocorre quando o médico define ou trata as queixas do paciente como sendo um problema médico.

No entender de Bell (1987), a análise da literatura médica permite argumentar que, pelo menos conceitualmente, essa transformação tenha ocorrido entre 1930 e 1940, período em que se investigava a possibilidade de utilizar o DSE, um estrogênio sintético (hormônio), para tratar a menopausa. Esse hormônio, segundo a mesma fonte, foi sintetizado pela primeira vez em 1938 e aprovado para comercialização em 1941. Em 1975, já era o quinto medicamento mais receitado para a menopausa nos Estados Unidos.

⁶² Taylor, J.M.(1904) - The conservation of energy in those of advancing years. *Popular Science Monthly*, 64:541-549.

Estes dados são reforçados por Arie Birkenfeld e Nathan Kase (1991), que relatam que foi após a hipótese de Tilt (1857) de que a menopausa e seus sintomas estariam ligados à “*involução ovariana*” e “*teoria dos nervos*”, que se notou o aumento da demanda e oferta de remédios para o climatério no final do século XIX. Segundo os autores, em 1923 Doisy isola o hormônio estrogênio da urina; em 1929 Allen isola outro hormônio - progesterona, do corpo lúteo.

Segue-se um período de numerosos preparados sintéticos introduzidos pela indústria farmacêutica. Esses fatos acarretaram o florescimento da pesquisa e da terapia hormonal nas décadas de 40 e 50. É neste contexto que o médico Robert Wilson (1966)⁶³ publica seu livro *Feminine Forever* em que descreve a *Revolução Biológica (Biological Revolution)*, referindo-se a um “*grupo pioneiro de mulheres que estavam apontando um novo destino biológico para todas as mulheres*”⁶⁴ (Wilson, 1966, citado por Birkenfeld e Kase, 1991: 36).

Para Bell (1987), a medicalização, ao nível conceitual, foi possível devido ao paradigma da endocrinologia sexual (*paradigma of sex endocrinology*), acrescentando que esta nova diretriz biológica não descartou a importância dos distúrbios psíquicos e emocionais da chamada “*síndrome menopáusica*”. Postulava-se que mulheres cuja personalidade fosse “*destemperada*” apresentariam mais sintomas nervosos e neuróticos do que mulheres “*bem equilibradas*”. Para estes sintomas recomendava-se psicoterapia em lugar de terapia hormonal: “*... os médicos não devem ter a expectativa de mudar a personalidade de um indivíduo nervoso e queixoso, cujas queixas são anteriores à menopausa*” (Allan, 1938⁶⁵, citado por Bell, 1987: 539).

Ainda na primeira metade do século XX, alguns especialistas apontavam para a influência dos fatores psicossociais na etiologia dos sintomas da menopausa. Mesmo assim, a resposta estaria centrada nas ações individuais como forma de resistência à conjuntura adversa representada pelo envelhecimento:

⁶³ Wilson, R.A. (1966) - *Feminine Forever*. Evans, New York.

⁶⁴ “*pioneer group of women who are pointing the way to a new biological destiny for every human female*” (Wilson, R. op. cit., citado por Birkenfeld & Kase, 1991: 36). Tradução livre para o português.

⁶⁵... *physicians could not expect to change the personality of a nervous, complaining individual whose complaints preceded the menopause*”(Allan, F.N., 1938, The Treatment of artificial menopause. *Surg. N.*

A large proportion of women are of the opinion that at the change of life their libido will be at an end, that they will be unattractive and perhaps repulsive to their husbands, that they will grow fat and flabby.. [Os médicos deveriam aconselhar suas pacientes, enfatizando ser esta nova fase uma oportunidade de buscar novos interesses, alertando sobre a...] “...importance of a proper mode of living, including sufficient rest, sleep, some exercise, fresh air, reading of good books and other activities to occupy their time (Greenhil, 1940⁶⁶, citado por Bell 1987: 539).

Neste último trecho podemos detectar a permanência de uma linha argumentativa, em que se utiliza repertórios cujo sentido é similar ao trecho extraído do livro *Advise to a wife* de 1868 (vide p. 60).

1.1. Considerações

Com esta retrospectiva histórica pudemos entrar em contato com alguns discursos relacionados à menopausa que, apesar de não traduzirem o leque de sentidos possíveis, nos apontam alguns referenciais utilizados na ancoragem das explicações dadas, assim como marcos importantes para entendermos a menopausa como uma construção social.

Inicialmente, as referências à menopausa restringiam-se em colocá-la como sinalizador de que a mulher chegara ao fim de sua capacidade de procriação. Com as profundas transformações sócio-política-históricas, transforma-se também o conhecimento sobre a menopausa. Entre fatores de impacto podemos citar a participação da mulher na vida pública e o desenvolvimento das várias ciências, principalmente das ciências naturais que forneceram subsídios à medicina acerca do funcionamento e constituição dos corpos.

Em termos biológicos, os órgãos ligados à função reprodutiva da mulher foram sendo constituídos como depositários de sintomas diversos. Na antigüidade, apesar de não haver referência direta à menopausa, falava-se em “*útero errante*” como causador de distúrbios; mais ligada à menopausa estava a idéia de retenção do “*sangue poluído*” que provocaria a destruição interna do organismo; a partir do século

Am., 18: 834). Segundo Bell (1987), Allan era um respeitado especialista da Lahey Clinic de Boston. Tradução livre para o português.

⁶⁶ Greenhill, J.P. (1940) *Gynecology*. In: *Year Book of Obstetrics and Gynecology*. Chicago, Ill. Segundo Bell (1987), Greenhill era um dos editores do *Year Book*.

XVII, com as definições sobre a função ovariana, as explicações deslocam-se para a “*involução ovariana*” conectada à “*teoria dos nervos*” (séc. XIX); e entre 1930-40 chega-se à idéia de “*falência ovariana*” com a conseqüente “*deficiência hormonal*”.

No que se refere aos aspectos psicossociais podemos apontar a imagem negativa do envelhecimento, o culto à juventude e a desvalorização social da mulher como conseqüência da perda do potencial procriativo. Merece destaque o peso dado ao comportamento da mulher: entendia-se que os sintomas seriam mais graves nas mulheres que reagissem ao seu “destino” biológico e social.

Mesmo entendendo que as ressignificações e as transformações sejam processuais, vale ressaltar três acontecimentos que exerceram impacto no conhecimento, na formação de discursos e de repertórios sobre a menopausa:

- 1) A rejeição do conceito de sexo único (séc. XVIII) que ocorre em meio a uma diversidade de transformações sociais e culturais. Os primeiros registros sobre sintomas associados à menopausa também datam dessa época.
- 2) A “*teoria dos nervos*” (séc. XIX) em que se conecta a concepção de “*involução ovariana*” ao sistema nervoso central. Esta ligação permite, com aval científico, que se amplie o leque de sintomas emocionais creditados à menopausa.
- 3) A formulação da teoria psicanalítica (Freud), na virada do século, que amplia o leque de repertórios, impregnados de conotações negativas, para dar sentido aos aspectos emocionais associados à menopausa.
- 4) A junção das versões sobre o “*fim da atividade ovariana*” e da “*deficiência hormonal*”, acoplados à sintetização de hormônios em laboratório (1938-40), inaugurando-se a *era do hormônio*.

Outro fator de relevância a ser considerado é que por volta da década de 40, segundo Steve Woolgar (1996), a atividade científica foi sendo, cada vez mais, orientada e embasada por preocupações industriais.

Assinalamos, ainda, que a seqüência de versões não significa a substituição total de uma pela outra. Mesmo que uma das explicações torne-se hegemônica numa

dada época, as outras versões terão, com certeza, deixado seus rastros. Além disso, existem as versões que ficam relegadas à posição periférica, por exemplo, a versão sobre a menopausa como sendo um período de revigoração, que indica a completude de um período e pode abrir espaço para outras perspectivas de vida, apesar de reaparecer em diferentes épocas, ficou encoberta pela força hegemônica de versões associadas à medicalização da menopausa.

É com as idéias e repertórios até aqui apresentadas que entramos em contato com as produções mais contemporâneas.

2. PAINEL CONTEMPORÂNEO DA MENOPAUSA

Entendida como um problema de saúde pública a menopausa é um fenômeno do século XX (Janet W. McArthur, 1981: 141).

A menopausa representa o exemplo de uma área de pesquisa na qual a abordagem multidisciplinar é indispensável e sem essa perspectiva não se pode obter avanços no conhecimento do assunto (José Carlos Appolinário et alii, 1995: 169).

Estas duas citações revelam o grau de complexidade que passou a envolver a abordagem de um fenômeno que à primeira vista poderia parecer simples e “naturalmente” demarcado.

Sem perder de vista o pressuposto de que a apreensão e compreensão dos repertórios interpretativos utilizados na abordagem da menopausa nos dão pistas sobre o seu processo de construção, analisamos a literatura contemporânea trabalhando com categorias que emergiram no processo de análise a saber: nomeação, explicação, conseqüência e intervenção.

2.1. Nomeação

Como pudemos constatar pela retrospectiva histórica, iniciamos o século XX com duas designações: menopausa e climatério. Na literatura científica contemporânea deparamo-nos com o desdobramento do termo menopausa em: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa⁶⁷.

Não encontramos na literatura pesquisada referências quanto à época exata e circunstâncias desse desdobramento. Porém, acreditamos poder inferir que tenha sido a partir do paradigma endocrinológico, uma vez que estas nomeações começam a surgir na literatura após sua emergência, ou seja, a partir das décadas de 40 - 50. Este paradigma pressupõe a possibilidade de medir os níveis hormonais em laboratório, o que facilitaria a demarcação de diferentes fases do período da menopausa, tornando possível falar-se em pré-menopausa, peri-menopausa, pós-menopausa, além de menopausa e climatério.

⁶⁷ Não estamos incluindo as variações terminológicas ligadas a processos cirúrgicos ou medicamentosos.

Frente a este desdobramento, procuramos entender as definições e a utilização dada para cada um dos termos.

Segundo Appolinário *et alii* (1995), no primeiro congresso internacional sobre menopausa, realizado em 1976, foram estabelecidos três critérios básicos, com o objetivo de padronizar a terminologia aplicada a diferentes manifestações desta fase da vida da mulher:

1. *o climatério é a fase da vida da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo;*
2. *a menopausa é o termo utilizado para designar a última menstruação espontânea na vida da mulher, ocorrendo durante a fase do climatério;*
3. *o climatério associa-se, em alguns casos, mas não em todos, à sintomatologia (Appolinário et alii, 1995: 170).*

Nestas definições temos o climatério sendo utilizado de forma abrangente, nomeando todo o período de transição. A menopausa seria uma especificidade nesse processo, nomeando apenas o fenômeno da última menstruação. Nesta perspectiva, devido a sua maior abrangência, o climatério estaria mais associado a quadros sintomatológicos.

Ainda segundo os autores, em 1981 a Organização Mundial da Saúde (OMS), frente aos desencontros e falta de padronização, sugeriu as seguintes definições:

1. *a menopausa deveria ser definida como a cessação permanente da menstruação, resultante da falta de atividade folicular ovariana;*
2. *os termos peri-menopausa ou climatério deveriam ser utilizados para incluir o período que precede imediatamente a menopausa, com as características endocrinológicas, biológicas e clínicas da aproximação da menopausa, e, pelo menos, o primeiro ano após a menopausa;*
3. *a pós-menopausa deveria ser definida como o período que se inicia na menopausa, apesar de não poder ser definida como tal até que se completem 12 meses de amenorréia (Appolinário et alii, 1995: 170).*

Com um espaço temporal de cinco anos entre os dois blocos de definições temos que: a menopausa continua nomeando a especificidade da última menstruação, acrescentando-se uma explicação causal para o fenômeno; o climatério recebe um sinônimo, a peri-menopausa, ao mesmo tempo em que se delimita o

chamado período de transição, acrescentando-se características consideradas próprias a ele; e a pós-menopausa tem seu ponto-zero demarcado na menopausa.

Pelas definições fica patente que a base utilizada para conceituar os nomes restringe-se ao funcionamento fisiológico e endocrinológico. No entanto, a tentativa de padronizar e definir a terminologia adequada continuou escapando aos limites sugeridos:

Deve-se ressaltar, entretanto, que a própria literatura médica consagrou e continua empregando o termo menopausa em referência ao período que se segue ao evento da menopausa. Por ser a designação mais amplamente utilizada por estudiosos do assunto, será também adotada no texto presente o termo menopausa para designar o período de falência ovariana como um todo, ou seja, a pós-menopausa (Appolinário et alii, 1995: 170).

'Menopause' refers to the time of cessation of menstrual periods and can therefore only be noted in retrospect. The word 'climacteric' is defined as a critical phase in life when a major change is occurring, but 'menopause' is now also used with this wider meaning and is so used in this review (Ballinger, 1990: 773).

Parece-nos que a dificuldade em nomear fenômenos relacionados à menopausa acaba refletindo uma dificuldade maior: a dificuldade para compreender e classificar a menopausa. Esta dificuldade adquire maior visibilidade frente ao último relatório preparado pelo grupo técnico de pesquisa sobre menopausa na década de 90, publicado pela OMS (WHO, 1996).

Tendo em vista que a literatura por nós analisada antecede as recomendações incluídas no último relatório⁶⁸, achamos oportuno mencionar as mudanças propostas para a terminologia, como uma forma de exemplificar o grau de controvérsia e complexidade existente no tema em que estamos trabalhando.

Apesar destas mudanças emergirem como um flagrante do contexto de produção de novos repertórios interpretativos no campo de domínios do saber, vamos tecer apenas algumas considerações. Entendemos que uma análise sobre o sentido e as implicações contidas nas redefinições dos termos, além de não se constituir no objeto de estudo desta pesquisa, considerando-se as alterações efetuadas desde o primeiro congresso internacional sobre menopausa em 1976,

⁶⁸ Tivemos acesso a este material apenas em 1997. Nosso levantamento da literatura nos bancos de dados incluiu o ano de 1995, pois fechamos nosso levantamento no primeiro semestre de 1996.

teríamos material para uma nova pesquisa, cuja complexidade envolveria a participação de outras áreas de conhecimento.

Terminologia - OMS (WHO, 1996)⁶⁹

Na introdução deste item o grupo técnico de pesquisa sobre menopausa da OMS aponta as dificuldades detectadas na utilização dos termos, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de pesquisas. Este grupo recomenda a eliminação, inclusão e redefinição de nomes que compõem a terminologia aplicada à menopausa, a saber: menopausa natural, peri-menopausa, transição menopáusica, pré-menopausa, menopausa induzida⁷⁰, histerectomia simples⁷¹, pós-menopausa, menopausa precoce. Sugere-se que o termo climatério seja retirado de uso: “O termo ‘climatério’ deve ser abandonado para evitar confusão”⁷² (WHO, 1996: 13).

A definição utilizada na introdução do relatório, mostra que o termo menopausa, sem adjetivação, prefixos e sufixos, é utilizado para referir-se ao fenômeno como um todo.

A menopausa é o período da vida da mulher quando a capacidade reprodutiva cessa. Os ovários param de funcionar e sua produção de esteróides e hormônios peptídicos cai. O corpo passa por várias mudanças fisiológicas; algumas resultantes da cessação do funcionamento ovariano e eventos relacionados à menopausa e outras referem-se ao processo de envelhecimento. Muitas mulheres experienciam sintomas em torno do período da menopausa, sendo a maioria sintomas auto-restritivos (self-limiting), não representando ameaça à vida (life-threatening), mas nem por isso menos desagradáveis, e algumas vezes incapacitantes (disabling). A prevalência de sintomas relacionados à menopausa entre mulheres de países em desenvolvimento não é bem conhecida (WHO, 1996: 1)⁷³.

Pela definição acima podemos ver que o termo menopausa volta a designar, como no século passado, o fenômeno todo. A grande diferença está nas subclassificações nele contidas:

⁶⁹ O texto original sobre esta terminologia pode ser consultado no Anexo 3.

⁷⁰ Menopausa induzida é o cessar da menstruação em decorrência da remoção cirúrgica dos dois ovários, ou por efeitos iatrogênicos, por exemplo quimioterapia e efeitos radioativos.

⁷¹ Histerectomia simples - retirada do útero em que se conserva pelo menos um dos ovários. Neste caso, a função ovariana persiste por um período variável após a cirurgia.

⁷² “The term ‘climacteric’ should be abandoned to avoid confusion.” (WHO, 1996) Tradução livre para o português.

⁷³ Tradução livre para o português. Original no Anexo 3.

- **pré-menopausa** - com o argumento de que este termo tem sido utilizado de forma ambígua, podendo referir-se a um ou dois anos imediatamente anteriores à menopausa ou a todo o período reprodutivo da mulher, o grupo de pesquisa recomenda que se utilize a última opção; ou seja, que o termo pré-menopausa refira-se a todo o período reprodutivo, terminando com o cessar da menstruação (FMP - *final menstrual period*). Isto significa que a partir da menarca (primeira menstruação), a mulher entraria também na pré-menopausa;
- **menopausa prematura** - termo utilizado para mulheres cuja menopausa ocorra antes dos 40 anos. Esta idade foi arbitrariamente demarcada para servir como ponto de referência;
- **peri-menopausa** - antes utilizado como sinônimo de **climatério** (1981), inclui o período imediatamente anterior à menopausa (com as características clínicas, biológicas e endocrinológicas da aproximação da menopausa), e o primeiro ano após a menopausa. Esta definição permanece a mesma dada em 1981.
- **climatério** - recomenda-se abandonar o uso desta terminologia, sem maiores explicações sobre o que se denomina *evitar confusão*;
- **transição menopáusica** - incluído para referir-se a uma especificidade, aumento na variabilidade do ciclo menstrual, antes incluída no período nomeado de peri-menopausa;
- **menopausa natural** - tem como referência o último período menstrual, podendo ser definida, com certeza, após um ou mais anos a partir da última menstruação.
- **pós-menopausa** - tem como referência o período final da menstruação, seja ela induzida ou espontânea.

A nova redefinição da terminologia, principalmente do termo pré-menopausa, ampliado para designar toda a vida reprodutiva da mulher, com certeza, a longo prazo, poderá exercer impactos diversos na produção de sentidos, tanto para a menopausa quanto para outros fenômenos que fazem parte do período procriativo da mulher. Para termos a dimensão da mudança proposta, na literatura por nós

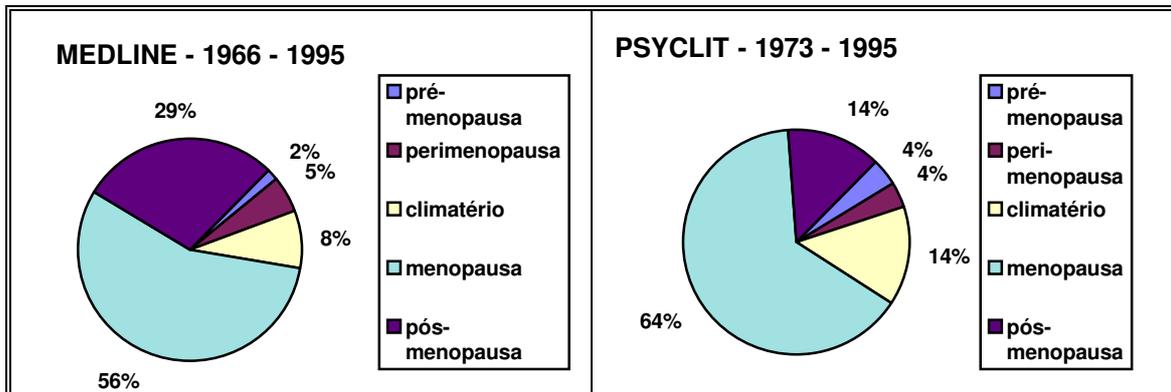
analisada a referência à pré-menopausa é feita em estudos comparativos e discussões sobre a prevenção de possíveis distúrbios ou doenças que possam advir com as fases subseqüentes. Alguns estudos dão como referência a faixa etária que vai dos 35-45 anos.

A explicitação de repertórios interpretativos que têm sido associados às terminologias utilizadas na literatura por nós analisada, além de mostrar o atual uso desses repertórios, pode nos dar pistas sobre as possíveis conseqüências das últimas recomendações da OMS.

Neste sentido, procuramos mapear a freqüência de uso e as idéias associadas à terminologia em circulação na literatura científica. Para detectar a freqüência de utilização, baseando-nos apenas nos títulos dos artigos (*Medline* e *Psyclit*⁷⁴), construimos a seguinte figura:

⁷⁴ Medline = Index Médico 1966 - 1995
Psyclit = Associação Psicológica Americana 1973 - 1995

Figura 3: Distribuição do número percentual sobre a utilização da nomenclatura tendo por base os títulos dos artigos indexados pelo Medline e Psyclit.



obs.: Total de títulos: 298

obs.: Total de títulos: 210

Dos títulos extraídos dos artigos dos dois bancos de dados, o termo menopausa apresenta a maior porcentagem de utilização. Além de ser a primeira nomenclatura específica a ser empregada na literatura científica, pelos títulos (Anexo 1) podemos notar um uso mais abrangente. Este uso mais genérico também é empregado na definição geral dada pela OMS em suas últimas recomendações.

A nomenclatura utilizada nos títulos mostra que, na maioria das vezes, o termo é aplicado descolado do conceito ou definição oficial. Este fato é utilizado pelo grupo de pesquisa da OMS para justificar as últimas proposições. Uma explicação possível para as divergências talvez esteja no fato de que a fragmentação dos nomes tenha como base os níveis hormonais, as alterações fisiológicas e a sintomatologia a eles atribuídas. No entanto, como os fenômenos escapam às classificações, sua abordagem prática parece forçar a utilização de uma nomenclatura menos restritiva. Entendemos que o problema continuará existindo com a nova terminologia proposta.

Conforme mostra a tabela abaixo, todas as nomenclaturas estão expressivamente associadas a sintomas, doenças ou tratamentos.

Tabela 3: Número e porcentagem de associações com sintomas, doenças ou tratamento.

Medline + Psyclit			
Nomeação	No. Títulos	Associações: sintoma, doença e tratamento	%
pré-menopausa	13	8	61.53
peri-menopausa	24	14	58.33
climatério	55	38	69.09
menopausa	300	169	56.33
pós-menopausa	116	103	88.79
total	508	332	65.35

Estes dados indicam que apesar de ser utilizado de uma forma mais abrangente, o termo menopausa não está isento de ser associado a sintomas ou doenças. Em posição de destaque temos a pós-menopausa que apresenta o maior índice de associações com quadros sintomatológicos, podendo ser entendido pela associação feita com a osteoporose e as doenças cardiovasculares que, segundo a literatura, apresentam maior probabilidade de ocorrência na terceira idade.

A fragmentação e classificação dos nomes revelam uma outra face da menopausa que denominamos de expansão temporal do fenômeno na vida das mulheres. A maior parte dos pesquisadores têm concordado que a menopausa (cessar do fluxo menstrual) acontece em média por volta dos 50 anos. Esta média tem permanecido estável desde a antiguidade até nossos dias, independentemente da população enfocada (WHO, 1996; Haney, 1986; Amundsen e Diers, 1970, 1973). Se a esta média acrescentarmos cinco anos anteriores e cinco posteriores, vamos ter um período que vai dos 45 aos 55 anos como um possível período de ocorrência da menopausa.

Com a nomeação utilizada na literatura analisada, o nome menopausa, acrescido dos prefixos pré e peri e sufixo pós, passaria a acompanhar a vida da mulher a partir dos 35 anos até a sua morte. Com a nova recomendação, a

denominação pré-menopausa expande-se para toda a vida procriativa da mulher, iniciando-se com a primeira menstruação.

Se tomarmos como base a literatura aqui considerada, que aparece atravessada por conotações negativas, temos que admitir que esta nomenclatura é uma companhia *non grata* para designar fenômenos que acompanham a mulher desde sua menarca até sua morte. Para complicar a situação, esses nomes acabam sendo utilizados como adjetivos, passando a qualificar tanto a mulher como os sintomas e doenças. Vejamos como exemplo os títulos abaixo:

- *Leaness, peptide hormones and premenopausal breast cancer* (Hill, 1989);
- *Perimenopausal menstrual problems* (Meldrum, 1983);
- *Sleep, psychological distress, and somatic symptoms in perimenopausal women* (Shaver & Paulsen, 1993);
- *The construction and development of a Menopausal Symptom Checklist* (Sharma, 1983);
- *Exercise in the menopausal woman* (Shangold, 1990);
- *Impact of stress on objectively recorded menopausal hot flushes and on flush report bias* (Swartzman et alii, 1990);
- *Menopausal headaches: Psychogenic or metabolic?* (Greenblat et alii, 1974);
- *Social and psychological correlates of menopausal symptoms* (Polit & LaRocco, 1980);
- *Postmenopausal osteoporosis* (Lindsay, 1989);
- *Abordagem dos distúrbios do trato urinário na mulher pós-menopausada* (Fernandes et alii, 1990);
- *Postmenopausal women: Factors in osteoporosis preventive behaviors* (Ali & Bennet 1992);
- *Postmenopausal breast cancer. Drug therapy in the 1990s* (Falkson et alii, 1993).

Antes de passarmos para o próximo item, gostaríamos de frisar que nesta pesquisa estamos utilizando o termo menopausa de forma genérica, ou seja, não estamos nos atendo a nenhuma das subdivisões apresentadas neste item.

2.2. Explicação

Os estudos sobre a menopausa, conforme evidenciado na tabela 3, estão mais centrados nos sintomas e em possíveis seqüelas. As explicações concentram-se em torno da presença ou ausência de sintomas e dos prováveis fatores etiológicos. Mesmo quando o estudo aponta para a necessidade de desvincular determinados sintomas da menopausa, a discussão gira em torno deles.

Com referência à etiologia vamos encontrar três eixos básicos: fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. A possível inter-relação e o peso dado a eles é que pode variar.

a) Fatores biológicos

O sistema fisiológico da vida reprodutiva da mulher e da menopausa está ligado à função ovariana que compreende o fornecimento de óvulos e a produção de hormônios (estrogênios e progesterona). Segundo Janet McArthur (1981), os ovários de uma recém-nascida possuem de 2 a 3 milhões de folículos⁷⁵ primordiais, e já na puberdade ficam reduzidos a 300 - 400 mil. Por volta dos 40 anos serão de aproximadamente 8000, e aos 50 anos quase todos os oócitos terão “desaparecido”. Na mulher, o número de folículos e óvulos de que disporá durante toda a vida está estabelecido desde o nascimento. No entanto, alguns folículos ainda permanecem por mais cinco anos após a menopausa, o que leva a autora a entender que a menopausa não pode ser explicada apenas pelo fim da população de óvulos.

Com base nos resumos (Anexo 2), arrolamos os aspectos etiológicos utilizados, na perspectiva biológica, para explicar a menopausa e seus prováveis sintomas:

- *sistema hipotalâmico/hipófise/ovário;*
- *alterações hormonais, principalmente a “deficiência” de estrogênio;*
- *“falência” ovariana;*
- *diminuição e fim da capacidade reprodutiva;*
- *processo de envelhecimento.*

⁷⁵ Os folículos são compostos por um grupo de células em torno de um óvulo que é liberado mensalmente durante a fase reprodutiva da mulher, da menarca à menopausa (Arthur C. Guyton, 6ª. edição, 1984).

O eixo explicativo está nas conexões hipotálamo⁷⁶-glândula hipófise⁷⁷-ovário⁷⁸. A citação feita por Martin (1988) nos retrata as relações hierárquicas atribuídas a esta tríade:

>From first menstrual cycle to menopause, the hypothalamus act as the conductor of a highly trained orchestra. Once its baton signals the downbeat to the pituitary, the hypothalamus-pituitary-ovarian axis is united in purpose and begins to play its symphonic message, preparing a woman's body for conception and childbearing (Norris⁷⁹, 1984: 6, citado por Martin, 1988: 245).

Na menopausa, com a “perda da função” ovariana, essa orquestra entraria em dissonância: *A deficiência de estrógenos, seja cirurgicamente induzida ou conseqüência da falência natural dos ovários, exerce efeitos destrutivos no funcionamento de muitos órgãos⁸⁰ (Young,R.L. et alii, 1990: resumo).*

Bell (1987) chama a atenção para o fato de que no modelo biológico da menopausa, a despeito de outras mudanças fisiológicas (sistemas endócrino, reprodutivo, nervoso, circulatório, metabólico, digestivo e cutâneo) que possam ocorrer durante este período da vida da mulher, a “perda da função ovariana” tem sido tratada como o evento de maior importância.

b) Fatores psicológicos

As emoções e sentimentos que perpassam o corpo que se transforma têm sido alvo de atenção de vários pesquisadores⁸¹. Mostram a necessidade de ampliar a visão sobre o fenômeno, tirando o foco apenas dos aspectos biológicos que acabam enfatizando mais o processo involutivo do envelhecimento. Esses autores afirmam

⁷⁶ “O hipotálamo é a parte encefálica mais importante para o controle das funções vegetativas do corpo, expressão que define o conjunto das funções orgânicas internas subscientes, incluindo a maioria das funções do sistema nervoso autonômico. Funções reguladoras: regulação do sistema cardiovascular, da temperatura corporal, da água corporal, da alimentação, controle da excitação e da raiva, controle da secreção de quase todos os hormônios pituitários (hipófise); o hipotálamo controla, pelo menos, a metade de todas as funções metabólicas do corpo” (Guyton, 6ª. ed., 1984).

⁷⁷ “Glândula hipófise, antigamente conhecida como pituitária. Formada pelas glândulas hipófise anterior e posterior. A anterior produz, entre outros, os hormônios folículo estimulante e luteinizante” (Guyton, sexta edição, 1984).

⁷⁸ “Ovário - produção dos hormônios estrogênios e progesteronas” (Guyton, sexta edição, 1984).

⁷⁹ Norris, R.V. (1984) - *PMS: premenstrual syndrome*. Berkeley Books, New York.

⁸⁰ “Estrogen deficiency, whether surgically induced or as a consequence of natural ovarian failure, has destructive effects on many organs systems” (Young,R.L. et alii, abstract, 1990). Tradução livre para o português.

não haver evidência que permita associar problemas emocionais à menopausa, no que se refere à diminuição de taxas hormonais. Quando da ocorrência de tais problemas durante a menopausa, uma multiplicidade de fatores podem estar envolvidos: sócio-econômicos, história de vida, “*status*” dado ao envelhecimento numa dada cultura, algum outro tipo de disfunção biológica, efeitos iatrogênicos etc.

Falar de uma dimensão psicológica na menopausa não significa a dissociação do biológico e do social. Bell (1987) ressalta que a abordagem psicológica representa um avanço no entendimento da menopausa. Muitas vezes, porém, o foco nos sintomas psicológicos tem se mantido fiel à tradição de atribuir ao comportamento anterior das mulheres a causa das dificuldades vividas durante a menopausa. Essa abordagem estaria limitada a questões intrapsíquicas, sendo a mulher a única responsável por achar uma solução para os seus sintomas: “... se a mulher *livorar-se de suas neuroses, seus sintomas menopáusicos podem desaparecer*”⁸². Neste caso, continuar-se-ia andando em círculos, saindo de uma abordagem intrabiológica para cair na armadilha do intrapsíquico como explicação majoritária.

As explicações etiológicas direcionadas aos aspectos emocionais, geradores de sofrimento, que encontramos nos resumos (Anexo 2), estão centradas em determinantes intrapsíquicos.

- *aceitação ou rejeição por parte da mulher das mudanças de papel social e da fisiologia dos órgãos genitais;*
- *falta de adaptação à nova condição;*
- *mulheres na menopausa mostram-se mais susceptíveis a doenças psiquiátricas;*
- *história pregressa de distúrbios emocionais;*
- *necessidade de reinterpretar a relação com a mãe que foi internalizada na fase edípica e adolescência.*

Ussher (1992), em sua revisão sobre as pesquisas e teorias relacionadas à reprodução feminina no que se refere à intervenção psicológica, ressalta que apesar do crescente interesse por explicações psicossociais para a “*sintomatologia*

⁸¹ Bell (1987); Ussher (1992); Ballinger (1990); Montero *et alii* (1993); Appolinário *et alii* (1995).

⁸² Allan F.N., 1938, op. cit. citado por Bell (1987: 539).

reprodutiva", incluindo-se a menopausa, não se chegou a desenvolver intervenções psicológicas específicas - seriam ainda bastante escassas frente à extensiva experimentação que tem sido realizada com medicamentos.

A Psicanálise, apesar de ser citada (Appolinário *et alii*, 1995; Ballinger, 1990) como uma abordagem que poderia estar trazendo contribuições para o entendimento dos aspectos psicológicos da menopausa, praticamente não tem produzido trabalhos sobre o tema⁸³. Ballinger (1990) comenta a falta de estudos sobre a menopausa na literatura psicanalítica nas últimas décadas. Refere-se a uma lista preparada por Chessik (1988)⁸⁴ na qual enumera 30 aspectos da psicologia feminina sobre os quais a Psicanálise não teria respostas, sem qualquer menção à menopausa.

Na área psiquiátrica alguns estudos procuram reiterar a necessidade de abordar os problemas emocionais ou mesmo distúrbios psiquiátricos detectados no período da menopausa, a partir de uma visão psicossocial e de uma abordagem multidisciplinar (Ballinger, 1990; Appolinário *et alii*, 1995; Pearce *et alii*, 1995).

c) Fatores psicossociais (social, cultural, econômico, político, interpessoal)

A literatura científica aqui considerada tem reiterado o papel psicossocial na explicação das diferentes formas de experiência da menopausa. O maior divisor de águas tem sido colocado entre as culturas ocidentais e orientais, e as comunidades fechadas - com características tribais - e sociedades industrializadas. Em culturas em que à mulher é reservado um *status* valorizado⁸⁵ quando chega à pós-menopausa, praticamente não há registros de sintomas.

Nas culturas ocidentais, a beleza física e a juventude têm sido objetos de reverência, com a conseqüente desvalorização do envelhecimento. Este contexto propicia um terreno fértil para que a mulher perceba a menopausa como indesejável e extremamente negativa, uma vez que não deixa de assinalar, na própria pele, o processo de envelhecimento.

⁸³ Da amostra de resumos analisados encontramos dois trabalhos com abordagem psicanalítica.

⁸⁴ Chessick, R.D. (1988) - Thirty unresolved psychodynamic questions pertaining to feminine psychology. *American Journal of Psychotherapy*, 42: 86-95.

⁸⁵ Esta valoração deve ser entendida a partir dos parâmetros de cada cultura.

A título de ilustração, são válidos os exemplos apresentados por Appolinário *et alii* (1995) que foram extraídos da revisão de literatura por eles realizada:

Na casta Rajput da Índia, as mulheres na pré-menopausa devem permanecer cobertas com véus e afastadas dos homens. Com o advento da menopausa, elas podem socializar-se livremente e participar de todas as atividades que antes lhes eram proibidas. As mulheres na pós-menopausa em Ulithi, na Micronésia, transformam-se em curandeiras. (...) Em Bali, apenas as mulheres na pós-menopausa e as virgens podem participar de cerimônias sagradas. Em todas essas sociedades, são poucos os sintomas da menopausa (1995: 171).

Fatores sócio-econômicos também têm sido apontados como relevantes. Polit e LaRocco (1980) ao pesquisarem, na Espanha, a correlação social e psicológica de sintomas na menopausa obtiveram o seguinte resultado: as mulheres que apresentavam maior número de sintomas tendiam a ter menor nível de escolaridade, normalmente não trabalhavam fora e percebiam-se com saúde mais precária.

Listamos a seguir os aspectos etiológicos de cunho psicossocial extraídos da literatura analisada (Anexo 2):

- *interjogo de fatores psicológicos, sócio-culturais e interpessoais;*
- *expectativa cultural (em muitas culturas a mulher mais velha é vista como sexualmente aposentada);*
- *valorização da juventude nas culturas ocidentais (medo de perder a atratividade sexual - homens procuram mulheres mais jovens);*
- *transformações culturais;*
- *condição sócio-econômica: baixo nível de escolaridade, saúde precária, tipo de atividade profissional;*
- *sociedades industrializadas;*
- *stress da vida cotidiana, falta de lazer;*
- *cigarro, alimentação, bebida alcóolica, vida sedentária;*
- *falta de informação sobre a menopausa;*
- *mudança de papel social (fim da capacidade reprodutiva, saída dos filhos de casa (síndrome do ninho vazio));*
- *insatisfação na vida conjugal (falta de parceiro adequado ou disfunção do parceiro no que se refere à atividade sexual);*

2.3. Conseqüência

Chegamos ao ponto central de toda a discussão em torno da menopausa: suas conseqüências para a mulher. O foco das discussões está na existência, ou não, de um quadro sintomatológico inerente à menopausa e das possíveis ressonâncias na saúde da mulher. É neste ponto que se inscreve a importância de uma abordagem multidisciplinar da menopausa.

Com o objetivo de apreender os repertórios utilizados para descrever a variedade de sintomas e doenças que têm sido associados à menopausa, extraímos da amostra de resumos as duas listagens apresentadas a seguir. A divisão entre sintomas ligados a aspectos físicos e psicológicos deve ser vista como uma forma didática de apresentar os dados, uma vez que os sintomas podem aparecer inter-relacionados.

a) Sintomas gerais/doenças (aspectos físicos)

Sintomas vasomotores (ondas de calor, suores noturnos); alteração dos tecidos pélvicos (atrofia vaginal, falta de lubrificação vaginal, problemas sexuais); distúrbios do trato urinário (incontinência urinária, infecção, síndrome uretral); sangramento uterino; sintomas gastrointestinais; obesidade; insônia e sonolência diurna; dores de cabeça; dores musculares; cansaço; taquicardia; flacidez muscular; problemas de pele, seios; osteoporose: fraturas osteoporóticas (colo do fêmur, vértebras, antebraço); doenças cardiovasculares (aumento do colesterol e da arteriosclerose); câncer de mama e do endométrio.

As doenças cardiovasculares e a osteoporose⁸⁶ aparecem mais diretamente associadas à pós-menopausa, considerada um provável período de ocorrência, e indiretamente associadas à pré-menopausa, peri-menopausa ou climatério e menopausa, no que se refere à prevenção. Os distúrbios do trato urinário também estão mais associados à pós-menopausa.

A associação do câncer de mama e do endométrio à menopausa tem sido feita, em função da discussão sobre o aumento dos riscos de câncer em mulheres sob terapia de reposição hormonal. Esta discussão será abordada no item intervenção.

Os demais sintomas aparecem associados a todo o período da menopausa. No entanto, persiste a controvérsia sobre sua etiologia. Os sintomas considerados mais diretamente ligados às alterações hormonais são os sintomas vasomotores e as alterações dos órgãos constituídos pelos tecidos pélvicos. Mesmo assim, sua emergência não é considerada universal.

Na ótica explicativa da Medicina, os sintomas atribuídos à menopausa podem ser divididos em sintomas de curto, médio e longo prazos⁸⁷. Segundo classificação e explicação de McArthur (1981), os sintomas de curto prazo estariam assinalando a entrada na peri-menopausa; os sintomas de médio prazo desenvolver-se-iam nos primeiros anos da pós-menopausa; e os sintomas de longo prazo estariam refletindo

⁸⁶ A osteoporose é associada à menopausa pela primeira vez em 1940 por Albright que a relaciona também com a falta hormonal (Birkenfeld & Kase, 1991).

⁸⁷ Um artigo publicado no jornal A Folha de São Paulo, 16/06/96, apresenta uma lista de aproximadamente 30 sintomas, também subdivididos em curto, médio e longo prazos.

tanto o envelhecimento quanto a “*deficiência*” de estrogênios. Apesar dessa divisão, a autora faz a ressalva de que os sintomas podem ocorrer de maneira sobreposta.

b) Sintomas associados a aspectos psicológicos

*Apatia, perda da vitalidade, perda do interesse na aparência física, redução das atividades, alteração de memória, diminuição da atenção, declínio da introspecção, labilidade afetiva, stress, distúrbios afetivos, nervoso, sentimento de perda, baixa estima, solidão, depressão (depressão unipolar), psicose afetiva, tristeza, amargura, sensação de ser esmagada e oprimida, humor deprimido, ansiedade, diminuição da libido, disfunção sexual, síndrome do ninho vazio, alto grau de incerteza frente à menopausa, crise de envelhecimento, **aumento da sexualidade feminina.***

As associações deste quadro de sintomatologia à menopausa são as que provocam as maiores controvérsias e incertezas, estando as discussões sobre sua etiologia mais centradas no âmbito psicossocial. Sua ocorrência pode estar associada a qualquer uma das nomeações - da pré à pós-menopausa.

O destaque (negrito) para o repertório que traz a idéia de aumento da sexualidade feminina deve-se ao fato de termos encontrado em nossa amostra apenas uma pesquisa que relatasse esse ganho em decorrência da menopausa.

Esclarecemos, também, que esta simples listagem de sintomas e doenças (ítems a,b), mesmo parecendo absurda, tem como objetivo explicitar que apesar da manifestação, ou não, de tais distúrbios estar sendo considerada como multi-determinada nas discussões conceituais, **a menopausa vem se constituindo como o lugar onde tudo pode ser depositado.**

Vale lembrar um comentário feito por Bell (1987) sobre a grande variação de experiências individuais da menopausa. Para ela, a miríade de sinais e sintomas acabariam levando a um verdadeiro “quebra-cabeças”, insolúvel até para os testes mais objetivos. A autora cita um comentário feito pelo Chefe do Depto. de Ginecologia do Henry Ford Hospital, Detroit, segundo o qual a lista de sintomas, normalmente atribuídos à menopausa, “*não estaria completa a menos que, praticamente,*

todo o índice do manual médico fosse incluído"⁸⁸ (Pratt⁸⁹, 1938: 564, citado por Bell, 1987: 538)

⁸⁸ "... *would not be complete unless nearly all the index in a textbook of medicine were included*". Tradução livre para o português.

⁸⁹ Pratt, J.P. (1938) - Treatment of the menopause. *South. Med. J.*, 31: 566.

2.4. Intervenção

A lista abaixo inclui as propostas de intervenção que encontramos nos resumos analisados:

terapia de reposição hormonal; outros tipos de medicamentos (antidepressivos, cálcio, vitaminas etc.); exercícios; dieta alimentar; controle da ingestão de bebidas alcóolicas e do tabagismo; programas de orientação sobre as mudanças na menopausa; aconselhamento; e programas de auto-ajuda (desenvolver pensamento positivo visando harmonia corpo/mente, promover mudanças que tragam auto-realização).

As intervenções podem ocorrer de forma conjugada ou isolada, dependendo do profissional ou profissionais envolvidos, assim como da decisão por parte da mulher que procura algum tipo de ajuda terapêutica. A decisão por parte da mulher é uma discussão que se coloca, pois para participar da decisão pressupõe-se que tenha tido acesso às informações necessárias para poder se posicionar.

Os exemplos abaixo são elucidativos da complexidade existente entre os próprios profissionais da saúde, no que se refere às proposições de intervenções para a menopausa:

1. Galloway, Karen - 1975 (U Wisconsin Nursing School, Madison)

Título: The change of life

Problema: mudanças físicas, psicológicas e sócio-culturais

Intervenção: enfermeiras podem fornecer orientação sobre as mudanças, enfatizando a promoção e manutenção da saúde.

2. Jamuna, D - 1985 (Sri Venkateswara U, Tirupati, Índia)

Título: Self-concept among middle aged and older women

Problema: auto-conceito negativo

Explicação: falta de conhecimento a respeito da menopausa

Intervenção: aconselhamento para as mulheres desde a pré-menopausa, para que as mudanças advindas com a menopausa sejam aceitas e lidadas como sendo eventos normais.

3. Ballinger, C.B. - 1990 (Royal Dundee Liff Hosp. Mental Health Unit, Scotland)

Título: Psychiatric aspects of the menopause

Problema: doença mental

Explicação: fatores socioculturais e familiares são mais importantes na etiologia da doença mental na “mulher menopáusicas” do que as mudanças fisiológicas.

Intervenção: ansiedade e depressão nessas mulheres não respondem à terapia estrogênica (hormônio), em alguns casos respondem a antidepressivos.

4. Shangold, M. M. - 1990 (Dept. of Obstetric and Gynecology, Hahnemann University, Philadelphia, Pennsylvania).

Título: Exercise in the menopausal woman

Problemas: doenças cardiovasculares, obesidade, flacidez muscular, osteoporose, depressão.

Intervenção: exercícios aeróbicos melhoram a resistência cardiorespiratória; exercício + terapia de reposição hormonal + cálcio ajudam a prevenir osteoporose; mudanças de humor, se causadas por insônia devido aos suores noturnos, respondem melhor aos estrogênios; se causadas pelos níveis químicos do cérebro respondem favoravelmente a exercícios.

5. Sarrel, P.M. - 1990 (Dept. of Obstetrics and Gynecology, Yale University School of Medicine, Connecticut)

Título: Sexuality and menopause

Problemas: dores durante relação sexual, perda do desejo, menor frequência e responsividade.

Explicação: influência dos níveis de hormônios ovarianos, disfunção sexual do parceiro, interjogo de fatores psicológicos, sócio-culturais e interpessoais.

Intervenção: profissionais da saúde podem avaliar, educar, aconselhar e tratar a "mulher menopáusic".

6. Fernandes, Cesar E. *et alii* - 1990 (Depto. de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

Título: Abordagem dos distúrbios do trato urinário na mulher pós-menopausada

Problemas: distúrbios do trato urinário: incontinência, infecção das vias urinárias e síndrome uretral na pós-menopausa.

Explicações: "...a falta de estrogênios, que ocasiona distúrbios e alterações do fluxo vascular periuretral, pode afetar também os mecanismos responsáveis pela continência urinária..." (p.231)

Intervenção: reposição hormonal, cirurgia e outros medicamentos.

7. Canto de Cetina, T. - 1995 (Depto. de Biología de la Reproducción, Universidad Autónoma de Yucatan, Mexico).

Título: Terapia de sustitución hormonal en el climaterio

Problemas: sintomas vasomotores, ginecológicos e psicológicos.

Explicação: sintomas associados à menopausa que é um estado fisiológico decorrente da "cessação da função ovariana".

Intervenção: terapia de reposição hormonal.

Dentre as intervenções, a terapia de reposição hormonal tem ocupado lugar de relevância, tanto como indicação terapêutica quanto no número de pesquisas.

É através do valor dado à terapia de reposição hormonal que podemos entender o quanto a menopausa tem sido colocada, principalmente na literatura

médica, como uma doença de “deficiência” hormonal, cuja reposição estaria assegurando a melhoria de uma variedade de sintomas, prevenindo quadros como osteoporose e doenças cardiovasculares e assegurando a promoção da saúde da mulher.

As avaliações dessa prática terapêutica, encontradas nos resumos, revelam, uma vez mais, que estamos lidando com práticas sociais polissêmicas e contraditórias:

1. Bourgeois, M. - 1975 (U. Bourdeaux, France)

Título: Menopause: psychological and psychiatric aspects

Afirma que a terapia hormonal pode efetivamente reduzir muitos sintomas, seja no nível biológico ou exercendo uma influência mágica (a promessa de “*juventude renovada*”). Entende não haver “cura”, uma vez que não existe “doença”, e sim a necessidade de uma importante adaptação muito similar àquela da adolescência. O uso hormonal serviria para atenuar aspectos mais graves da mudança da menopausa, ajudando a ganhar tempo para adaptar-se às novas tarefas sociais, interpessoais, econômicas e culturais impostas pela menopausa.

2. Gastel, B. *et alii* - 1980 (National Institute on Aging and National Institute of Health).

Título: Estrogens use and postmenopausal woman: a basis for an informal decision.

Relata consenso de especialistas sobre o uso de estrogênios em “mulheres pós-menopáusicas”. O uso de estrogênios aliviaria sintomas vasomotores e a atrofia vaginal, além de auxiliar na prevenção da osteoporose, porém aumentaria a incidência de câncer do endométrio. A adição de hormônios progestacionais poderia diminuir esse risco, mas os riscos em potencial não estariam ainda adequadamente avaliados. Qualquer candidata para usar estrogênios na pós-menopausa deveria receber o máximo de informação acerca dos benefícios e riscos, podendo então, ela e seu médico, chegarem a uma decisão individualizada no que se refere à utilização de estrogênios.

3. Klopper A. - 1980 (Dinamarca)

Título: The place of oestriol after menopause.

Reconhece não haver dúvidas sobre o aumento no número de mulheres que estão apresentando câncer do endométrio. Esse aumento poderia ser explicado pelo maior número de mulheres que estão atingindo uma idade, em que ficam mais sujeitas a desenvolver esse tipo de câncer. O aumento, portanto, poderia estar ligado a outros fatores de risco, e não aos estrogênios.

4. Lobo, R.A. - 1990 (Dept. of Obstetrics and Gynecology, University of Southern California Medical Center, Los Angeles)

Título: Cardiovascular implications of estrogen replacement therapy

Argumenta que o efeito protetor de estrogênio no desenvolvimento de doenças cardiovasculares pode ser atenuado ou eliminado com a adição de progestacionais. *“Utilizando-se a matemática pode-se demonstrar que mais vidas podem ser salvas pela redução de doenças cardíacas com o uso de estrogênios, do que com a redução de mortes causadas pela osteoporose ou qualquer outra doença que se diz serem afetadas pelo estrogênio.”*

5. Brinton L.A. - 1990 (Environmental Epidemiology Branch, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, U.S.A.)

Título: Menopause and the risk of breast cancer

Discute o risco de câncer de mama frente à reposição de estrogênios. Reconhece, porém, os benefícios da terapia hormonal na prevenção de osteoporose e doenças cardiovasculares. Reconhece também a dificuldade no aconselhamento das pacientes frente à falta de resultados claros sobre a questão.

6. Hargrove, J.T. & Eisenberg, E. - 1995 (Dept. of Obstetrics and Gynecology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee, USA)

Título: Menopause

Postula que um determinado método de reposição hormonal evoluiu bastante nos últimos dez anos: é barato, proporciona alívio dos sintomas, é bem *“tolerado”*, o *“endométrio fica protegido”* e o sangramento uterino é *“extremamente infreqüente”*.

As controvérsias sobre a terapia de reposição hormonal trazem para a arena de discussão a equação risco-benefício. No entanto, ao examinarmos atentamente os exemplos acima, vamos entender que a menopausa em si acaba sendo colocada como risco, uma vez que os benefícios apresentados oferecem a possibilidade de se escapar de riscos potencialmente dados.⁹⁰ Ou seja, a menopausa é apresentada como uma linha base de risco, e a reposição hormonal representaria um benefício ao eliminar ou prevenir a ocorrência de tais riscos, mas pode, também, ser fonte de acréscimo de riscos.

Aceitar que outros fatores (cultura, *status* sócio-econômico, relações interpessoais etc.) além dos biológicos e emocionais exerçam influência na sintomatologia atribuída à menopausa significa ampliar o foco de discussão. No entanto, centrar a intervenção na reposição hormonal é admitir que a mulher é controlada pelos seus hormônios: durante seu período procriativo, uma vez por mês, os hormônios estariam atuando desordenadamente (TPM - tensão pré-menstrual);

⁹⁰ Reflexão feita a partir da pesquisa sobre riscos desenvolvida no Projeto Bela Vista e apresentada pela Profa.Dra. Mary Jane P.Spink no núcleo de pesquisa de Psicologia Social e Saúde, no curso de Pós-graduação de Psicologia Social da PUC/SP.

após o período reprodutivo, devido à “*falência ovariana*”, haveria uma “*deficiência hormonal*” que estaria impactando o funcionamento de outros órgãos.

O que está em jogo não é a negação da importância da função hormonal no organismo. O foco de discussão volta-se para a centralidade atribuída ao papel dos hormônios na vida de todas as mulheres, como se a partir da menopausa toda mulher estivesse “condenada” a ter um organismo que funcionasse de forma deficitária.

Pode-se dizer, com base na literatura analisada, que as mudanças endócrinas, com a conseqüente “*necessidade*” de reposição hormonal, atualmente ocupam o lugar de figura no cenário da menopausa. Os outros fatores, mesmo biológicos, psicológicos e psicossociais emergem como pano de fundo.

Finalizando esta discussão é necessário pensarmos na relação entre interesses econômicos e a centralidade de intervenção via reposição hormonal. Parece-nos que a ênfase colocada na “*deficiência*” hormonal como sendo algo universal para todas as mulheres que entram na menopausa, abre caminho para um grande mercado consumidor. Segundo Bell (1987), em 1975 os estrogênios já ocupavam o quinto lugar entre os medicamentos mais prescritos nos Estados Unidos. Maria José Araújo (1995), ao discutir outras formas de abordagem da menopausa, alerta para os interesses mercantis que estariam sustentando a hegemonia da reposição hormonal, afirmando que, em 1995, entre os produtos farmacêuticos comercializados no mundo todo, os hormônios para o período da menopausa já ocupavam o quinto lugar em venda.

2.5. Considerações

Pensando na trajetória que realizamos até o momento, não há como negar que a complexificação da menopausa e os sentidos que foram sendo produzidos ao longo da história trazem as marcas do seu processo de construção social. Para ficarmos apenas com um exemplo, podemos eleger o processo de nomeação e renomeação do fenômeno como representativo dessa complexidade e controvérsia geradas em torno

da menopausa, atendo-nos, por enquanto, ao nível dos discursos veiculados pela literatura analisada.

O panorama contemporâneo da menopausa, na literatura científica, pode ser resumido considerando-se os seguintes aspectos:

- pluralidade de termos para nomeá-la, mas, de forma majoritária, aparecem associados a quadros sintomatológicos;
- ampliação do leque de sintomas e doenças associadas à menopausa, ao mesmo tempo em que se acena com uma “*droga milagrosa*”, o hormônio, como forma de superação;
- discussão de formas libertárias de viver a menopausa, ao mesmo tempo em que se coloca a “*deficiência hormonal*” como algo inerente à condição feminina por ocasião da menopausa. Esta “*deficiência*” estaria presente em todas as mulheres, decorrendo daí a indicação de tratamento para todas as mulheres que estejam na menopausa.

No seio destas contradições temos um movimento que amplia a ligação entre menopausa e possíveis problemas e outro que se esforça para desfazer os antigos laços, principalmente entre menopausa e distúrbios emocionais, endereçando-os a outros fatores marcadamente psicossociais.

No primeiro, encontramos explicações e intervenções que se alinham ao eixo biológico, com ênfase nas perdas e no processo de envelhecimento do corpo humano. As intervenções acenam com a prevenção ou mesmo reversão desse processo. É interessante notarmos que o eixo explicativo, subjacente a essa versão, é o trio hipotálamo-hipófise-ovário, cujo “desequilíbrio” provocado pela menopausa teria efeitos negativos para todo o corpo. Muda-se o eixo explicativo, mas conserva-se o poder de destruição da menopausa, não mais pela retenção do “*sangue poluído*”, mas pela falta de uma substância bioquímica. Saindo do “*intra-bioquímico*”, mas ainda fazendo parte deste primeiro grupo, encontramos explicações centradas em determinantes intrapsíquicos, como por exemplo fixações mal resolvidas, que levariam a uma menopausa conturbada.

No outro grupo, temos a produção de repertórios que trazem a idéia de que muitos problemas atribuídos à menopausa sejam produzidos e alimentados por diferentes práticas sociais: nas inter-relações do cotidiano, nas práticas da própria ciência e das condições sócio-econômicas e culturais.

No que se refere à produção de sentidos, podemos dizer que os vários corpos de conhecimento, construídos sobre a menopausa, produziram discursos que se tornaram hegemônicos ou periféricos, contribuindo para a polissemia dos repertórios que alimentam o imaginário social de nossa cultura, os vários campos de domínio do saber e as práticas discursivas do cotidiano.

Apesar de não termos esgotado os repertórios interpretativos que circulam sobre a menopausa, foi possível delinear um contexto mais amplo da circulação das idéias sobre a menopausa. Com base nestes recursos, voltamos o nosso foco para as práticas discursivas do cotidiano: o assunto da conversa é menopausa.

IV. O ASSUNTO É MENOPAUSA: navegando pelas conversas do cotidiano

Menopausa é simplesmente um processo da natureza que estabelece uma fase da existência mais elevada e estável, significa um corte econômico em uma função que não é mais necessária, preparando a pessoa para diferentes formas de atividades. Não é, de forma alguma, um processo patológico. Não é decrepitude física e sexual, mas pertence a uma idade de revigoração, marcando a plenitude das capacidades mentais e físicas (Taylor⁹¹, 1904 citado por Martin, 1988: 242)⁹².

Este trecho foi citado em nossa retrospectiva histórica e refere-se a um discurso popular que circulava na passagem do século XIX para o século XX. Fazia parte, portanto, das conversas do cotidiano em que o assunto era menopausa. Escolhemos esta citação por transmitir um enunciado cujos repertórios interpretativos permaneceram em nosso imaginário social numa posição periférica frente à hegemonia de idéias com conotações negativas.

Neste capítulo apresentamos o trabalho que realizamos com o material coletado nas conversas do cotidiano. E apesar de termos centrado o foco de análise na circulação e uso dos repertórios interpretativos sobre a menopausa, eles fazem parte do processo dialógico considerado intrínseco a uma conversa e à própria produção de sentido. Conforme discutimos em nosso referencial teórico, o processo dialógico inclui tanto o diálogo entre as pessoas que participam da conversa, como pressupõe a existência de interlocutores que estejam ausentes no ato da enunciação, mas cujas vozes podem compor o enunciado do locutor.

Ao ampliarmos o campo de inter-relação das idéias podemos perceber a produção coletiva de sentido, mesmo que o contexto imediato e o próprio locutor do enunciado produzam um sentido singular. Este jogo de intertextos foi abordado por nós ao longo da análise temática, constituindo-se numa das formas de ampliação do campo de interpretação e compreensão do uso dos repertórios sobre a menopausa. Nesta perspectiva, além de trabalharmos com a utilização dada aos repertórios nas

⁹¹ Taylor, J.M. The conservation of energy in those of advancing years. *Popular Science Monthly*, 64: 343-414, 541-549.

conversas, procuramos possíveis conexões de sentidos produzidos num outro texto, o contexto maior de circulação das idéias. No sentido *bakhtiniano* procuramos detectar elos pertencentes a outros enunciados (vozes).

É importante apontarmos aspectos que, mesmo estando presentes nas conversas, não se constituíram no foco deste estudo mas fazem parte do contexto dialógico e, portanto, do processo de produção de sentido. Estamos nos referindo à funcionalidade do uso dos repertórios num dado contexto, à produção de novos repertórios, à argumentação que pode estar presente nas conversas e determinar o posicionamento dos participantes frente ao tema e, finalmente, às versões contraditórias dadas com o mesmo repertório. De forma resumida, podemos dizer que:

- a funcionalidade refere-se à utilidade que a conversa tem para os seus participantes;
- a produção de novos repertórios ou reafirmação de antigos pode acontecer no decorrer de uma conversa, quando os participantes entram em contato com diferentes versões sobre o tema em pauta;
- a argumentação e posicionamento referem-se à dialogia presente nas conversas, incluindo as vozes que possam estar ausentes. Cada participante elenca uma série de argumentos para compor sua argumentação, estabelecendo-se um jogo de posicionamentos entre os participantes. Neste contexto dialógico podem emergir versões compartilhadas ou contraditórias dadas com o mesmo repertório.

Isto posto, retomamos nosso foco de análise que teve por objetivo entender a utilização dos repertórios interpretativos que circulam nas conversas do cotidiano, procurando detectar possíveis ressonâncias e rupturas de sentidos que encontramos no levantamento da literatura científica e que circulam pelo imaginário social.

Como mencionamos nos procedimentos de análise das conversas, trabalhamos em duas etapas: a) análise detalhada de cada conversa (**Anexo 4**) e b) análise temática do conjunto das conversas.

⁹² Tradução livre para o português.

Apresentamos a seguir a análise temática do conjunto das conversas em que abordamos os seguintes temas: **a) magia e poder do sangue menstrual; b) medicalização; e c) menopausa na perspectiva masculina.**

Estes temas foram sendo delineados ao longo da primeira etapa da análise, tendo como parâmetro a concentração de repertórios interpretativos em torno de uma determinada idéia. Nas conversas os temas estão entrelaçados mas, por uma questão didática de apresentação da análise, são trabalhados separados e exemplificados com trechos extraídos das conversas. Temos clareza de que não esgotamos as leituras temáticas possíveis de serem realizadas, e nem as suas interpretações.

1. MAGIA E PODER DO SANGUE MENSTRUAL

As irregularidades e o fim do ciclo menstrual, desde a antigüidade até nossos dias, têm servido como sinalizadores do término do período procriativo da mulher. Além de funcionar como símbolo da possibilidade de procriação, o sangue menstrual agrega uma variedade de vozes simbólicas que, como discutimos na retrospectiva histórica, apresentam sentidos que oscilam numa escala que vai do poder de destruir à capacidade de purificar, dar vida e curar.

Os pressupostos religiosos sobre os poderes do sangue menstrual exerceram grande influência no imaginário social, inclusive na ciência. O sentido de poluição atribuído ao sangue faz parte da tradição religiosa judaico-cristã, cujas filosofias religiosas acham-se impregnadas de restrições e interdições à mulher menstruada, abrangendo várias esferas: preparo de alimentos, relações sexuais e participação em determinadas cerimônias religiosas. Apesar dessas idéias estarem concentradas no Velho Testamento da Bíblia Sagrada e, portanto, mais próximas ao judaísmo, Brown (1988) afirma que não foram inteiramente abandonadas pelo cristianismo.

Sardenberg (1994) cita algumas pesquisas que registram a existência da idéia de contaminação associada ao sangue menstrual no imaginário de várias regiões do Brasil. De acordo com estes registros, a mulher menstruada deveria evitar o preparo de determinados alimentos, pois os faria “*desandar*”, isto é, não atingiriam o “*ponto*

certo". Ainda segundo a autora, o efeito nocivo do sangue também atingiria os homens, normalmente através de *"trabalhos de feitiço"*.

A idéia de purificação do corpo através do sangue menstrual pode ser encontrada nas práticas médicas mais antigas, como por exemplo, na teoria dos humores, conforme mencionamos na retrospectiva histórica. Este sangue estaria impregnado de toxinas extraídas do corpo feminino, daí o sentido terapêutico desse sangue relacionado à saúde da mulher.

Na menopausa, as atribuições ao sangue menstrual emergem pela negativa, ou seja, pela ausência. Detectamos nas conversas o poder purificador do sangue menstrual, definidor da feminilidade, da sexualidade e da possibilidade de concepção. Está presente, também, uma certa ambigüidade com relação à menstruação. Estes sentidos foram expressos pelo uso dos repertórios abaixo listados.

Repertórios associados ao sangue menstrual

eliminador de impurezas, saúde, ânimo, disposição, vida sexual ativa, alegria, sentir-se melhor, sentir-se mulher, um saco

O trecho a seguir, extraído de uma conversa entre mulheres na faixa etária de 42 a 65 anos, ocorrida numa clínica de fisioterapia, sintetiza parte destes sentidos.

Conversa (Anexo 4, Conversa 3, p. 8)

Dalila (P1): *Puxa, Leonor, aquele remédio que o médico receitou é realmente bom. Sabe que depois de 2 anos sem menstruação desceu na semana passada. Estou me sentindo tão bem, é como se eu estivesse purificada.*

Eleonor(P2): *Você sabe que o médico me diz que a menstruação realmente funciona como um eliminador das impurezas. Eu também acho, a mulher com menstruação tem mais saúde. Eu também comecei tomar o remédio.*

Vera (P3): *Desculpe a intromissão, que remédio é esse?*

Dalila e Eleonor (P1;P2): *A gente não sabe o nome, mas é hormônio.*

Conceição(P4): *Acho que já estou velha para tomar esse remédio, faz dez anos que parou de descer para mim. Antes eu achava um saco esse negócio de menstruação, mas depois que parou é que eu vi como era bom para a saúde da gente. Agora não sou mais a mesma mulher.*

Vera (P3): *Como assim?*

Conceição(P4): *Antes eu era mais animada, tinha mais disposição. Não por essas coisas de sexo, porque eu nunca gostei. Fazia por obrigação. Agora graças a Deus meu marido ficou impotente e não me amola mais.*

Dalila(P1): *Ah! Eu gosto de fazer sexo com meu marido. Mas sem a menstruação eu fiquei meio sem vontade. Agora que desceu de novo me sinto mulher novamente.*

O termo menopausa não é utilizado. Em seu lugar há referência à falta da menstruação e suas conseqüências.

O sentido de saúde associado ao sangue menstrual fundamenta-se na versão da purificação do corpo pelo sangue. O uso destes repertórios nos remete à medicina dos humores em que o sangue menstrual significa equilíbrio para a saúde (purificação das impurezas). Sua *retenção* provocaria a destruição e envelhecimento dos órgãos. É interessante notarmos a menção do parecer médico como aval dessa explicação. Podemos também nos reportar às influências do cristianismo, em que o sangue do cordeiro tem o sentido de purificação dos pecados.

Os repertórios trazem, ainda, a discussão sobre o gerenciamento da menopausa por meio de medicamento: a reposição hormonal. Esta concepção medicamentosa contemporânea é utilizada com um sentido similar ao atribuído aos medicamentos ministrados há séculos, cuja eficácia provocaria a vazão do sangue poluído. O hormônio, para estas mulheres, não é utilizado para repor algo (falta hormonal), e sim para expelir o sangue *eliminador de impurezas*.

A sexualidade também está fortemente associada ao sangue menstrual. Na nossa cultura, a menarca simboliza a entrada na vida procriativa e a menopausa a completude desse ciclo. Este simbolismo independe dos conhecimentos fisiológicos do corpo feminino. As falas da conversa acima (conv. 3) revelam que o sangue menstrual estaria garantindo uma vida sexual ativa. O que está em pauta não é a procriação; fala-se de ter desejo e ser desejada sexualmente, depositando esta possibilidade na existência do sangue menstrual. No entanto, mesmo que não se explicita a procriação, o sentido hegemônico construído sobre o trio menstruação-sexo-procriação subjaz ao dueto menstruação-sexo.

A lógica de menstruar para ter sexo é quebrada pela senhora mais velha quando lembra que achava a menstruação *um saco*: fazia sexo por obrigação. Para esta mulher, a menopausa pode ter significado um alívio. Menstruação e vida sexual indesejada estavam intimamente ligadas. Agora que o marido está impotente até gostaria de voltar a menstruar para ter melhor saúde. O sentido que atribui ao voltar a menstruar não inclui o desejo de vida sexual ativa.

Apesar do peso que a sexualidade adquire na menopausa ela fica escamoteada, principalmente nas conversas de mulheres. De maneira explícita aparece apenas na conversa acima. Uma das possíveis explicações é o próprio contexto em que se deu a conversa: uma clínica de fisioterapia onde havia apenas mulheres e falava-se sem reservas. A outra hipótese refere-se ao tabu que ainda cerca a vida sexual, principalmente no período da menopausa.

A idéia de fim de linha mostra-se bastante arraigada no imaginário social e na literatura científica. Como pudemos constatar na retrospectiva histórica e no painel contemporâneo, o discurso científico sobre a diminuição da libido sexual e outros problemas relacionados aos órgãos genitais femininos são sobejamente abordados, mesmo que se postule uma reversão desta situação através de medicamentos. A pressão social e cultural exercida por meio da idéia de fim de linha mostra-se pelas expressões “*não sou mais a mesma mulher*” e “*me sinto mulher novamente*” - com a reposição hormonal e a volta do sangramento mensal.

O próximo relato exemplifica as conseqüências que estas práticas sociais adquirem nas inter-relações, além de explicitar a força identitária depositada na menstruação.

Depoimento (Anexo 4, Conversa 8, p. 20)

Dalva(P1): ... Essa história de menopausa me fez lembrar uma pessoa conhecida que adorava dar bandeira. Quando entrou na menopausa, costumava deixar modess com catchup no banheiro para que o marido pensasse que ainda estava menstruando: não queria que o marido soubesse que estava na menopausa.

Dalva(P1): Ela achava vergonhoso estar na menopausa.

Nesta situação há uma subversão das regras de higiene, tão decantadas na nossa cultura, garantindo assim, mesmo através de um simulacro, a manutenção da

condição de mulher frente ao marido. Inverte-se também o motivo da vergonha. Segundo a literatura (Sardenberg, 1994), estar menstruada poderia ser motivo de vergonha; aqui emerge como motivo de orgulho.

Segundo a autora do relato, esta situação aconteceu há muitos anos. E é interessante estabelecermos uma comparação com a conversa anterior (conv. 3), em que a mulher relata a volta de sua menstruação, via administração hormonal, como um fato que a fez *sentir-se mulher novamente*. Os laços que unem sexualidade e menstruação nos fazem pensar no poder que pode ser atribuído à reposição hormonal cíclica⁹³ numa cultura em que a menstruação - uma das especificidades femininas - é tomada como definidora da condição de ser mulher.

Navegando por outras conversas, encontramos repertórios que denotam maiores restrições na possibilidade de sentir-se mulher:

⁹³ Como já mencionamos nem todo tipo de reposição hormonal provoca sangramento mensal.

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 7, p. 18)

Maria (P1): (olhando para o próprio corpo com expressão de desgosto). *Você viu como eu engordei? Estou me sentindo uma velha. Eu nem gosto de me arrumar mais, de por uma roupa nova: parece que tudo fica horrível.*

Vera(P2): *Bom você engordou um pouco, mas não tanto quanto você está falando.*

Maria(P1): *Engordei sim. Veja você, estou com 43 anos e minha menstruação parou quando eu tinha 40 anos. Naquela época o médico disse que eu era muito nova para ficar sem menstruação, então me receitou hormônio. De lá para cá só fiz engordar. Fico muito irritada, quase não durmo.*

Vera(P2): *Na época em que você foi ao médico estava sentindo alguma coisa?*

Maria(P1): *Não. Eu não sentia nada. Mas achava que era muito nova para ficar sem menstruar. Parecia que não era mais mulher. Agora estou menstruando mas estou me sentindo um traste, gorda desse jeito. Acho que vou consultar outro médico.*

Novamente a menstruação é colocada como vital para sentir-se mulher. No entanto, outros repertórios emergem: não basta menstruar; é necessário manter-se dentro dos padrões estéticos vigentes que em nossa cultura traduz-se numa aparência jovem e esbelta. Gordura e falta de menstruação acarretam sofrimento.

Chama a atenção o fato da mulher ter procurado o médico por se achar *nova para ficar sem menstruação*, mesmo que naquela época não apresentasse qualquer tipo de sintomatologia.

Finalmente, temos o fim da menstruação associado ao fim da esperança de ter um filho, mesmo que a impossibilidade esteja posta em outros “n” fatores: esterilidade do parceiro, outros problemas orgânicos da mulher etc.

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 5, p. 12)

Marta(P3): *Imagina. Nem se falava de tratamento. Eu lembro que chorei muito quando minha menstruação parou de vir. Eu falava para o Mário: que sentido teve o nosso casamento se nem um filho a gente pode ter. Fiquei muito deprimida porque aí era o fim da minha esperança de ter um filho. Enquanto eu estava menstruando sempre tinha esperança. Foi só depois disso que concordei com o Mário de adotar um filho. Olha como foi bom, agora o M. já está com 13 anos.*

A associação entre menstruar e procriar transcende os conhecimentos fisiológicos sobre o processo de ovulação, remontando à antigüidade quando se atribuía ao sangue o papel de constituidor do próprio feto. Posteriormente, a capacidade de procriar foi associada à idéia de um útero saudável e definidor do

papel social da mulher. Del Priore (1995) nos brinda com uma análise riquíssima do período colonial brasileiro, em que fornece o contexto da construção social da imagem da *santa-mãezinha*, cujo poder de procriar fornecia sentido à relação sexual e ao próprio matrimônio. A mulher que se desviasse desse padrão cairia no seu oposto, representado pela mulher devassa.

Frente aos sentidos atribuídos ao sangue menstrual, não podemos deixar de apontar a ambigüidade presente no binômio menstruar/não menstruar. Sardenberg (1994) discute a presença desta ambigüidade na cultura brasileira: enquanto menstruam, as mulheres costumam trocar queixas sobre os “*incômodos*” da menstruação, hoje personificados pela TPM (tensão pré-menstrual); ao entrarem na menopausa sentem-se felizes por se verem livres do *fardo*, ao mesmo tempo em que sentem a falta da menstruação. Como pudemos ver pelas conversas, esta ambigüidade está presente no enunciado de uma das mulheres que achava a menstruação “*um saco*” (conv. 3). A ênfase recai no pesar sentido pela falta da menstruação, mesmo que os sentidos atribuídos a esta falta sejam diferentes.

Outra reflexão interessante que emerge a partir da constatação desta ambigüidade é que, enquanto discutimos os sentidos dados à menstruação pela mulher que chega à menopausa, uma outra discussão entra em pauta: a tentativa de eliminar a menstruação em mulheres que ainda estejam em sua vida procriativa. No Brasil, segundo Sardenberg (1994), esta discussão tem sido sustentada por Elsimar Coutinho (1993)⁹⁴, para quem a menstruação “*não passa de uma sangria inútil que pode ser eliminada definitivamente do cotidiano feminino através do uso de contraceptivos*” (Sardenberg 1994: 342).

Esta autora nos aponta para a guerra de interesses econômicos pelo controle do *poder simbólico* da menstruação. Neste sentido, as indústrias farmacêuticas e outros setores econômicos teriam muito a lucrar com a crescente medicalização dos fenômenos relativos à vida procriativa da mulher. Interesses estes antagônicos: à indústria de anticoncepcionais - os que provocariam a suspensão da menstruação - interessa retratá-la como *inútil*; no outro extremo, à indústria de hormônios -

estrogênios, dirigidos à mulher na menopausa, interessa propagar os *males de não menstruar*. A autora menciona, ainda, um terceiro setor envolvido nesta luta por mercado consumidor: a indústria de absorventes. Para estes, quanto mais mulheres menstruarem, maiores serão os lucros.

Pensando no pressuposto de que o nosso conhecimento da realidade é construído por meio de versões múltiplas, mesmo que algumas assumam a hegemonia, é importante pensarmos no leque de versões que estão sendo produzidas nas três facções acima mencionadas. Esta produção, por sua vez, depende da matéria prima que pode ser encontrada nos repertórios interpretativos em circulação, seja para reafirmá-los ou imprimir-lhes um novo sentido.

⁹⁴ Coutinho, E.M. (1993) - Sangria inútil. *A tarde*. Salvador, Bahia: 17/04/93.

2. MEDICALIZAÇÃO

A temática medicalização foi por nós abordada no capítulo sobre retrospectiva histórica da menopausa. Situamos, então, na literatura científica, a passagem da menopausa como crise fisiológica - que poderia redundar tanto em tranqüilidade como em doença - para a menopausa como “doença de deficiência”⁹⁵: toda mulher na menopausa apresentaria “deficiência hormonal”, sendo, teoricamente, elegível a tratamento.

Apesar das especificidades da medicalização da menopausa, inserida na medicalização da mulher e de sua vida reprodutiva, ela faz parte de um processo mais amplo de “medicalização da sociedade”. Fernando Lefèvre (1991), ao discorrer sobre a noção de saúde, refere-se à medicalização da sociedade como um campo em processo histórico acelerado de estreitamento da noção de saúde. A conceituação de saúde seria dada pela negativa: saúde como não doença e não doença expandida. Ou seja, a saúde “que se tem naturalmente” torna-se cada vez mais uma exceção e para poder dizer que se tem saúde, coloca-se a necessidade de trazer a negação de um mal. Por exemplo, ao dizermos que ter saúde na menopausa implica em prevenir-se da osteoporose ou doenças cardíacas, estamos dizendo que ter saúde é poder negar a possibilidade de contrair doenças; sou saudável porque não tenho um determinado mal.

A noção de não doença expandida nos remete a um conjunto infinito de possibilidades: “...a infelicidade, a angústia, a feiúra, o parto, o alcoolismo, a euforia, a gula, enfim, tudo a que potencialmente pode ser associado a algum componente semântico negativo ou indesejável” (Lefèvre, 1991:148). Esta expansão do que pode ser considerado doença acarreta um estreitamento maior na noção de saúde, uma vez que a lista de males que devem ser negados também aumenta.

Nesta ótica, acreditamos poder incluir a menopausa na lista das doenças expandidas. Isto porque em seu processo de construção social foi sendo configurada como algo indesejável, tornando-se mensageira de males que devem ser evitados.

⁹⁵ Conceitualmente esta passagem deu-se nas décadas de 1940-50 (Bell, 1987).

Como podemos ver no quadro abaixo, entre os repertórios interpretativos utilizados nas conversas para referendar a medicalização da menopausa, existem vários elementos que podem ser vistos como pertencentes ao conjunto de componentes indesejáveis.

REPERTÓRIOS	
Aspectos emocionais	nervoso, insônia, dificuldade, abalo emocional, preocupação, sofrimento, lamento, reclamação, tristeza, sentimento de solidão, choro, desânimo, vergonha, sentimento de rejeição, dúvida, não sentir-se mulher.
Aspectos biológicos	irregularidade do ciclo menstrual, fim da menstruação, sem menstruação, mudança hormonal, perda/fim da capacidade reprodutiva, ondas de calor, sudorese, insônia, envelhecimento (corpo e mente).
Aspectos patológicos	depressão, osteoporose, descalcificação, doença cardíaca.
Atividade sexual	sem vontade de fazer sexo, fim da atividade sexual.
Intervenção	tratamento medicamentoso (reposição hormonal), prevenção medicamentosa (reposição hormonal), psicoterapia.

A primeira constatação feita é que os repertórios encontrados nas conversas também estão presentes nos discursos científicos por nós analisados. Mas ao ultrapassarmos a simples constatação chegamos à algumas especificidades dos sentidos veiculados sobre o processo de medicalização, que agrupamos nos seguintes sub-temas: a) expansão da medicalização; b) intervenção medicamentosa; e c) aspectos emocionais.

2.1. Expansão da medicalização

Os trechos das conversas agrupadas neste item explicitam a idéia de que a menopausa é vista como algo indesejável, devendo, portanto, ser tratada para prevenir males maiores.

Vejamos, por exemplo, o recorte de uma conversa entre quatro mulheres, na faixa etária entre 45 e 65 anos, ocorrida na varanda da residência de uma delas.

Trecho da Conversa (Anexo 4 , conversa 5, p. 12)

Marina (P1): (quando entrei na varanda) Vera, esta semana lembrei de você e da pesquisa que você está fazendo. Fui assistir uma *palestra sobre menopausa*, fiquei pasma... *nunca pensei que entrar na menopausa fosse tão arriscado. É depressão, osteoporose, doença cardíaca, ondas de calor, insônia, sei lá... ele (um médico) falou tanta coisa que nem me lembro mais.* Disse que *toda mulher na menopausa tem que consultar um ginecologista, fazer todos os exames de prevenção para fazer a terapia de reposição hormonal.*

Vera (P2): O que você acha disso tudo?

Marina (P1): Nem sei ainda... Marta, na época que você passou pela menopausa não tinha nada disso, tinha?

Marta(P3): Imagina. *Nem se falava de tratamento.* Eu lembro que chorei muito quando minha menstruação parou de vir. Eu falava para o Mário: *que sentido teve o nosso casamento se nem um filho a gente pode ter.* Fiquei muito deprimida porque aí era o fim da minha esperança de ter um filho. Enquanto eu estava menstruando sempre tinha esperança.

Marina(P1): Você *ficou deprimida* porque viu que *não podia mais ter filhos, não foi por causa da menopausa.*

Marta(P3): É acho que sim... É fora isso não senti nada. Só depois que *começou dar ondas de calor, até hoje tenho. Será que se agora eu fizer tratamento melhora essa onda de calor?* Vou perguntar para o meu médico.

Marina(P1): (...) Eu *não sinto nada.* Mas *vou fazer os exames. Depois eu decido o que fazer.* Minhas *amigas* estão todas *divididas: uma me disse que não vai tomar hormônio, vai procurar um médico que ela sabe que é contra tomar hormônio, a outra vai num médico que ela sabe que dá hormônio.*

Olívia(P4): A minha menstruação ainda não começou falhar. O meu *médico disse* que é bom esperar, *não tem necessidade de tomar hormônio sem precisar...* eu só ando ficando muito irritada antes da menstruação...

Esta conversa mostra o confronto entre o novo e o antigo. A mulher que está entrando na menopausa, que afirma não sentir nada, coloca seu dilema frente à necessidade de tratamento como prevenção de futuros possíveis problemas. A mulher que já passou pela menopausa vê-se frente à possibilidade de um tratamento retroativo, redimensionando o sentido das ondas de calor como uma seqüela da sua menopausa. Ressignifica também a sua depressão, endereçando-a ao fim da esperança de ter um filho.

O caráter social do processo de produção de sentido é explicitado pela interanimação de diferentes vozes que emergem na dinâmica dialógica, estejam elas presentes ou ausentes (Bakhtin na leitura de Wertsch, 1991). As informações recebidas na palestra nos remetem à voz do médico. Esta, por sua vez, aglutina outras vozes: pesquisas científicas, práticas clínicas de outros tantos médicos, interesses mercantis (laboratórios farmacêuticos) etc. Esta multiplicidade de vozes é

confrontada com outras vozes: da mulher que coloca a vivência da própria menopausa, das amigas que também enfrentam o mesmo dilema, e as vozes discordantes dos médicos que receitam, ou não, hormônios.

Presentifica-se nesta conversa o processo de difusão da medicalização ao nível interacional que, conforme discutimos na retrospectiva histórica⁹⁶, constitui-se na relação médico x paciente. A voz do médico está presente na dialogia da conversa, mesmo estando fisicamente ausente.

A lista de problemas creditados à menopausa (*depressão, osteoporose, doença cardíaca, ondas de calor, insônia... sei lá*), apresentada na palestra, traduz a forma contemporânea de abordar a menopausa, incluindo-se as discordâncias e controvérsias geradas no âmbito da Medicina em torno da reposição hormonal.

Da lista de sintomas, as ondas de calor, um dos sinais mais tradicionalmente associados à menopausa, apresentam um bom exemplo da variabilidade do sentido atribuído ao binômio saúde/doença: na teoria dos humores poderia ser traduzida como um sinal de saúde, independente da sensação (conforto/desconforto) provocada; na perspectiva da medicalização, o foco desloca-se para o desconforto que precisa ser eliminado, atribuindo-se às ondas de calor um caráter indesejável (doença expandida). Isto não significa que o sentido anterior tenha desaparecido, podendo continuar circulando de maneira periférica, uma vez que a idéia de indesejável e passível de ser eliminado passa a ocupar posição hegemônica como repertório em circulação.

Podemos pensar também sobre o estreitamento dos limites do que pode e deve ser tolerado, conforme fica explicitado no trecho abaixo:

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 14, p. 37)

Vera (P1): *A Sra. não acha estranho que nunca tenha sentido nada?*
Clarice (P3): *Para mim foi tranquilo, só senti os calores. Era um calor diferente, ele começava aqui* (apontando o ventre) *e ia subindo, subindo* (movimentando as mãos em direção

⁹⁶ Segundo Bell (1987), em termos conceituais esta difusão começou nos Estados Unidos, na década de 40, sendo que na década de 60 a difusão da medicalização havia alcançado os três níveis: conceitual, institucional e relacional.

ao colo) e pára aqui.... dá um sufoco... também foi só isso. Também nunca fui de ir à médico, a Luíza sabe...

Luíza (P2): (olhando para mim e concordando com a mãe) É, ela nunca quis saber de médico.

Clarice (P3): Pra você ter uma idéia, a última vez que fui ao médico foi quando ela nasceu. (Luíza tem 32 anos). Já minhas irmãs sempre viveram indo ao médico. Eu não gosto de ir a médico. Quando sentia os calores não ficava desesperada, levava numa boa. Quando dava a noite eu levantava, tomava um copo d'água e voltava dormir. A minha irmã ficava desesperada, chegava tomar 3-4 banhos por dia, transpirava tanto que escorria (apontando a frente). Eu, até hoje sinto um pouco, mas não chega a incomodar.

O que está colocado nesta conversa é a questão de limites individuais de cada mulher para conviver com o indesejável (aqui personificado pelas ondas de calor e a transpiração) que pode acompanhar o processo. No entanto, a construção destes limites tem sua base nos processos coletivos de inter-relações.

Podemos, por exemplo, pensar em outros sentidos possíveis para a transpiração, não mais ao nível da individualidade. É irresistível não reportarmos ao sentido dado à transpiração em outros espaços. Estamos nos referindo ao espaço reservado e apropriado para se transpirar: as academias de ginástica. Neste contexto, a transpiração não só é desejável como considerada necessária para se manter saudável e em boa forma.

Continuando a navegar nas águas da transpiração, temos:

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 8, p.20)

Dalva (P1): Quando passei pela menopausa, o que já faz muito tempo, escrevi um verso. Nunca foi publicado. Anota aí no seu diário.

*A alma plana, lá embaixo
Na depressão, no vale, no ermo
Como sinal de vida o corpo emite
Ondas de calor
Suo, logo sou.*

A autora deste verso retrata as sensações provocadas pela menopausa numa lógica compensatória e de oposição: emocionalmente tudo fica como que paralisado e o sinal de ação e vida é colocado exatamente nas ondas de calor, que assumem um caráter compensatório. Nesta forma de compensação (*suo, logo sou*) podemos

visualizar um rastro do sentido dado às ondas de calor na teoria dos humores, segundo a qual a transpiração constituía-se numa forma de manter o equilíbrio do corpo frente à ausência do fluxo menstrual.

No próximo item abordaremos uma das conseqüências da expansão do processo de medicalização.

2.2. Intervenção medicamentosa

Lefèvre afirma que ao se colocar a saúde como uma mercadoria “*é preciso que os indivíduos tenham expandido o seu grau de carência de saúde*” (1991: 39). Pensando na menopausa, essa necessidade de saúde poderia ser satisfeita por meio de diferentes formas de intervenções: exercícios físicos, assistência médica, diferentes técnicas disponíveis nas chamadas práticas alternativas, psicoterapia etc.

Na literatura científica ficou claro que, apesar da menção a diferentes formas de intervenção, no caso específico da menopausa a intervenção medicamentosa é a mais comum.

Nas conversas por nós coletadas, quando há referência a tratamento medicamentoso, a reposição hormonal é o único mencionado. No entanto, a adesão a esta forma de intervenção aparece permeada por sentidos de ambigüidade.

Temos clareza de que o número de situações de que dispomos não nos permite falar em hegemonia da reposição hormonal. Mesmo assim, é importante mencionarmos que em 18 situações, 11 fizeram referência a tratamento à base de hormônio. Em contrapartida, podemos falar da hegemonia do hormônio para a menopausa, tendo como base a informação fornecida por Araújo (1995) de que este ocupa o quinto lugar em vendagem entre todos os produtos farmacêuticos, no mundo.

Listamos a seguir os repertórios que remetem mais diretamente à intervenção medicamentosa da menopausa, assim como à equação benefício-risco (efeito colateral:

REPOSIÇÃO HORMONAL

Benefícios	Repertórios
aspectos biológicos	*presença do ciclo menstrual, rejuvenescimento (melhora da pele, diminuição de rugas), juventude prolongada, prevenção (osteoporose, doença cardíaca, doença de parkinson, doenças venéreas), benefícios à saúde, melhor qualidade de vida.
Aspectos emocionais	alegria, sentir-se melhor, maior disposição.
Efeitos colaterias	
aspectos biológicos	*presença do ciclo menstrual, gordura, problemas de circulação (dependendo do tipo de reposição hormonal), super-calcificação, reação alérgica de pele, risco de câncer de mama.
aspectos emocionais	irritação, dúvida, temor, desconfiança, insônia.

* O mesmo fenômeno assume os dois sentidos: benéfico e indesejável

A análise sobre o uso de medicamentos revela pelo menos dois traços marcantes: o sentido mágico e a ambivalência atribuídos ao seu efeito.

a) Sentido Mágico

Segundo Lefèvre (1991) espera-se do remédio químico a realização quase imediata de um desejo: “Tomou Doril, a dor sumiu.” Para o autor, o medicamento como símbolo de saúde assume um sentido mágico, até porque o leigo não sabe como o remédio funciona no organismo. Este desejo é materializado pela ciência, por meio da tecnologia: numa pílula, gotas, os adesivos⁹⁷ que são endereçados à prevenção, remissão ou cura, reproduzindo-se no dia-a-dia o controle de males já manifestos ou probabilísticos.

No exemplo seguinte, tirado de uma conversa entre mulheres durante um cafezinho, podemos detectar este sentido mágico atribuído ao medicamento. Deposita-se nele o desejo de ter alegria, disposição e rejuvenescimento.

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 6, p.16)

Maria(P1): Depois que *comecei tomar o hormônio* minha vida ficou mais alegre, fiquei mais disposta, minha pele deu uma melhorada! (passando as mãos pelo rosto e mostrando a pele para as outras duas mulheres).

Joana(P2): (olhando para P1) Depois que nós conversamos, tomei coragem e fui conversar com o médico que você recomendou. Fiz vários exames e *comecei a reposição hormonal*. Você

⁹⁷ Uma das formas apresentadas para a reposição hormonal.

tinha razão, estou me sentindo bem melhor. Eu andava muito cansada e desanimada. Espero não apresentar nenhum tipo de rejeição.

b) Ambivalência

Ao lado do desejo de alívio, cura, rejuvenescimento e prevenção teme-se os efeitos colaterais. Surge a ambivalência e a dúvida frente à possibilidade de lançar mão de algo externo, como podemos observar na seqüência da mesma conversa:

Cont. (conversa 6)

Antônia(P3): Aí está o meu temor, de possíveis efeitos colaterais.

Maria(P1): Mas Antônia, primeiro você precisa fazer os exames de taxa hormonal. Este médico que estou indo é muito cuidadoso...

Antônia(P3): Eu não sei... ainda não decidi pelo hormônio. Minha menopausa já passou, eu não senti nada. Agora essa história de osteoporose... não sei... Antes preciso resolver algumas coisas minhas, comigo mesmo. Se for para tomar hormônio vou procurar um endocrinologista, não confio em ginecologista para esse tipo de tratamento. Minha irmã estava fazendo reposição hormonal e ficou com super calcificação. E... tem o problema da menstruação, não quero voltar a menstruar.

O temor da intoxicação materializa-se na experiência da irmã que ficou com super-calcificação, assim como na indesejável possibilidade de voltar a menstruar⁹⁸.

Além dos efeitos colaterais, a ambigüidade frente ao medicamento pode assumir outros sentidos. Esse é o caso da mulher de 50 anos que participou da conversa que apresentamos a seguir: (A conversa ocorreu na sala de espera de um consultório dentário)

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa no. 13, p. 33)

Raquel(P1): Atualmente parece que a gente tem dois caminhos: um tradicional onde a gente deixa as coisas acontecerem e uma inovação científica que fala da reposição hormonal com juventude mais prolongada, traz benefícios para a saúde, melhor qualidade de vida, prevenção de osteoporose, doença de parkinson, doenças venéreas que parecem atacar mais na menopausa.

Vera(P2): Essas informações todas você leu nos jornais?

⁹⁸ Esta possibilidade existe no caso da reposição hormonal ser cíclica.

Raquel(P1): Nos jornais e... também tenho assistido alguns programas de televisão. Eu... ainda não fui ao médico, estou temerosa. Minha terapeuta entende que não devo tomar hormônio, ela é a favor do envelhecimento natural.

Vera(P2): E você, o que acha?

Raquel(P1): Estou vivendo na ambivalência, porque as pesquisas também falam que o hormônio pode causar câncer de mama. Os médicos dos Estados Unidos dizem que a qualidade de vida compensa tudo isso. A gente pode tomar outro medicamento para reduzir o risco, uma espécie de coquetel.

Eu estou deixando caminhar naturalmente, não fui convencida pela ciência para entrar nesse novo caminho. O sistema velho não deixa de ser uma ameaça: descalcificação, envelhecimento do corpo e da mente... sei que isso vai acontecer.

Fico também me perguntando se eu quero prolongar minha juventude. Não estaria me agredindo? Qual o meu limite?

Vera(P2): E como é pensar em envelhecer para você?

Raquel(P1): Ah... eu... o número de velhos está aumentando. Parece que o hormônio está fazendo aumentar esse número. Não tem campo de trabalho, não tem mais objetivos familiares. O destino fatalmente é o asilo. Os filhos e netos não vão querer saber da gente.

Eu penso que depois de uma certa idade a gente já cumpriu a missão da gente. E fico pensando até que ponto esse tipo de vida justifica o existir. Prolongar a vida para quê. Não há campo para esse existir. Além disso, eu sou bastante religiosa... fico pensando que pode ser pecado querer mudar a natureza da gente.... que tomar hormônio, já que eu não sinto nada, seria apenas pela vaidade de... de é... conservar uma aparência mais jovem

A equação risco-benefício, aqui explicitada, coloca a menopausa como um risco em si: a reposição acena com o benefício de prolongar a juventude e outras benesses, ao mesmo tempo que traz o risco de câncer de mama; a não reposição (sistema velho) acena com o risco de “descalcificação e envelhecimento do corpo e da mente”.

Mas a resistência em aderir à reposição hormonal está povoada por outras vozes: esta senhora elenca vários argumentos para dar sentido à própria menopausa, assim como ao processo de envelhecimento. Para ela a menopausa está, no momento, associada à confusão e ambivalência. Ao enunciar sua ambivalência dá pistas sobre os diálogos que, internamente, está travando com as diferentes vozes: repertórios biomédicos veiculados pela mídia; os repertórios religiosos que trazem referências sobre seu processo de socialização (tempo vivido); a voz da terapeuta que alinha-se à sua religiosidade (envelhecer naturalmente); e o sentido dado ao envelhecimento na cultura em que vive. Apesar de toda a ambivalência, fica claro o sentido de poder que dá ao medicamento proposto pela ciência: associa a ele o aumento da expectativa

de vida, mesmo considerando possíveis efeitos colaterais. Apontamos, ainda, a utilização do termo *coquetel* para falar de uma combinação medicamentosa⁹⁹ que diminuiria o risco de câncer. Este termo tem sido aplicado para os medicamentos utilizados contra a aids, e ela menciona a reposição hormonal como uma forma de prevenção de “doenças venéreas que parecem atacar mais na menopausa”.

Encerrando a discussão sobre medicamentos, apontamos para uma possível consequência negativa na produção de sentido da menopausa pois, conforme alerta Lefèvre (1991), a utilização de remédio por um período prolongado pode funcionar como indicativo de doença. No que se refere à menopausa, na perspectiva contemporânea, a utilização da metáfora “deficiência hormonal” já traz embutida a idéia de que algo esteja faltando para que o organismo funcione dentro de um determinado padrão. O trecho a seguir é esclarecedor:

Uma das consequências do medicamento ser - como cremos - uma prótese química é que esta prótese pode despertar, no usuário de medicamentos (sobretudo quando se trata de usuários permanentes, como os hipertensos), um sentimento mais ou menos vago, de inclusão na categoria de deficientes. Podemos chamar a este tipo de deficiente, de deficiente químico para indicar que pertence, como os “físicos”, à categoria dos deficientes, mas que constitui uma subcategoria à parte, a dos “químicos”. Acrescente-se que o deficiente químico pode também ser visto, por contraste com o físico, como um deficiente interno. Símbolo ambíguo, por um lado, representa a saúde, por outro lado, a doença (Lefèvre, 1991: 98).

Apesar de não estarmos discutindo hipertensão, esta discussão é pertinente uma vez que a reposição hormonal pode ser administrada por longos períodos, além disso, o diagnóstico inclui uma terminologia que indica uma “deficiência” interna.

2.3. Aspectos emocionais

A noção de crise e sofrimento tem sido reiteradamente associada à mulher que entra na menopausa. Porém, se levarmos em consideração a miríade de sentidos negativos em circulação, seja na literatura científica ou no imaginário social, podemos perceber que esta situação per si constitui-se em fonte de apreensão e sofrimento.

⁹⁹ Trata-se da combinação estrogênio-progesterona.

Retomando a linha de construção da menopausa como um fenômeno social, lembramos que os órgãos ligados à função de procriação da mulher foram sendo constituídos como *locus* privilegiado de explicações e causas dos males femininos - sejam eles físicos ou emocionais. Nesta perspectiva, a mulher é vista como um ser vulnerável às intempéries de sua condição biológica, ou seja, é uma presa de seu próprio corpo. Corpo construído como frágil, trazendo impressas as marcas da inconstância emocional.

Esta construção naturalizante permanece tão arraigada na cultura ocidental que nem mesmo as análises de registros históricos sobre o contexto da formação dessas idéias parece abalar sua estrutura. Para ficarmos apenas com o Brasil, exemplificamos com o trabalho de Del Priore (1995) que, ao analisar a condição feminina no Brasil colônia, enfatiza os esforços feitos para se domesticar o corpo feminino. Neste sentido, as vozes da igreja católica e da Medicina complementavam-se nos enunciados que davam contornos à figura da *santa-mãezinha*. Figura esta necessária aos interesses políticos, econômicos e morais vigentes, voltados ao povoamento do Brasil Colônia.

Com estas considerações, listamos a seguir os repertórios relacionados à condição emocional da mulher na menopausa que emergiram nas conversas.

REPERTÓRIOS	
Aspectos emocionais	coragem, assanhada, tranqüilidade, instabilidade de humor (altos e baixos); cabeça virada, piradinha, nervoso, dificuldade, abalo emocional, preocupação, sofrimento, depressão, lamento, reclamação, tristeza, sentimento de solidão, choro, desânimo, desespero, vergonha, sentimento de rejeição, dúvida, não sentir-se mulher.

Apesar dos sentidos veiculados por estes repertórios permearem todas as conversas, é importante analisarmos alguns exemplos tendo como foco parte dos repertórios elencados.

Depoimento (Anexo 4, depoimento 2, p. 2)

Minha mãe está *preocupada* porque está *entrando na menopausa*, sua menstruação começou falhar. Disse que a *vizinha falou* que a *menopausa dá depressão*. Ela foi ao *médico* e ele *receitou dois remédios: um para a menopausa* e outro para *prevenir possíveis problemas*.

Neste depoimento, um filho relata a preocupação que foi expressa por sua mãe com relação à entrada na menopausa. Ela traz a voz da vizinha que a alerta sobre a depressão, como se este fosse um quadro inerente à menopausa.

Na próxima conversa, ocorrida numa biblioteca, a mulher emerge como um ser lamurioso:

Conversa (Anexo 4, conversa 2, p. 6)

Jurema (P1): *Ai, mulher na menopausa é um saco* (deu um longo suspiro): *Só sabem lamentar e reclamar da vida, principalmente na periferia. Alguns colegas não querem nem escutar, receitam logo hormônio, mesmo para senhoras mais idosas. Eu já sou mais cuidadosa, não é para todo mundo que receito hormônio.*

Vera(P2): *Por que você acha que elas lamentam tanto?*

Jurema(P1): *Tem o problema hormonal, mudança e tal... mas eu acho que essa lamúria toda é mais questão de cabeça. Quando percebem que estão envelhecendo, começam ver o que foi a vida delas. Elas sofrem bastante, mas eu não posso consertar tudo o que deu errado na vida delas*

Nesta conversa, a médica associa os problemas de mulheres na menopausa às condições sociais adversas em que vivem, fazendo menção à periferia, como se esta fosse sinônimo de vida dura e sofrida. No entanto, o lamento é creditado como sendo da cabeça da mulher. E, apesar de citar o *problema* bioquímico (hormônio), o pêndulo volta-se para as coisas da cabeça (mentalmente doentes).

Ehrenreich e English (1976b; 1979) abordam esta problemática entendendo que primeiramente a medicina deu suporte e atuou ativamente na construção da noção popular da mulher como um ser doentio, depois voltou-se contra a “*vítima*” vendo-as como tolas (*silly*) e acomodadas (*self-indulgent*). Esta noção é reafirmada por Bell (1987) quando pontua que ao se promulgar a falta de hormônio em todas as mulheres da humanidade não se abandonou as causas psíquicas de seus males.

Consideramos o próprio desabafo da médica um ponto a ser refletido: ao reclamar das mulheres da periferia, encarna ela própria, como mulher -

aparentemente na faixa dos 40 anos, o lugar do lamento. Vemos nesta situação a reprodução de um discurso cristalizado e fechado em si mesmo. O resultado é um sentimento de impotência - “*não posso consertar*” - frente ao sofrimento que é dela e das mulheres da periferia, que transcende a menopausa e não se circunscreve como uma questão médica. Estamos nos referindo a fatores tais como: classes sociais, sistema de saúde pública, sentido cultural do envelhecimento e o culto à juventude.

Na próxima conversa temos a contraposição entre a tranquilidade e um tremendo sofrimento:

Trecho de conversa (Anexo 4, conversa 14, p. 37)

Luíza (P2): Mãe, a Vera está estudando a menopausa.

Clarice (P3): Menopausa? (fica pensando...) *Eu não senti nada, mas já faz bastante tempo que passei pela minha. Tenho uma irmã que está sofrendo horrores. Ela tem de tudo. Só ela daria uma tese.*

Luíza (P2): (rindo, com ar de marota e concordando com a mãe) *É, essa tia é um caso sério.*

Clarice (P3): *É, ela tem tudo..... depressão, calores, muita alergia, coceiras, dores pelas juntas, insônia... é terrível. A menopausa mexeu muito com ela.*

Vera (P1): Por que a Sra. acha que não sentiu nada e sua irmã está tendo tudo?

Clarice (P3): *Ela teve uma vida muito difícil, sofreu muito, sempre foi muito agitada, fumava muito. Sei que a vida que a gente teve afeta. Quando chegou a menopausa mexeu muito e piorou tudo. Eu sempre fui muito tranqüila, tive uma vida mais calma.*

Esta senhora, ao falar do sofrimento da irmã que está passando pela menopausa, traz o fator condição de vida como algo que influencia o ter ou não saúde durante este período: explica sua menopausa tranqüila como decorrente de uma vida calma; e a menopausa complicada da irmã como tendo raízes numa vida sofrida e num estilo de vida conturbado. Mesmo assim, devido ao agravamento de problemas anteriores, acaba concluindo que a menopausa é fonte de grande sofrimento para a irmã.

A associação entre menopausa tranqüila e vida tranqüila perpassa toda a literatura que analisamos na retrospectiva histórica. Nos séculos XVIII e XIX os médicos comparavam a vida tranqüila das mulheres do campo, no resguardo do seio familiar, com a vida conturbada das mulheres dos centros urbanos: as primeiras teriam a garantia de uma menopausa sem sobressaltos; as últimas sofreriam

adversidades. Na literatura contemporânea, a influência do estilo de vida na menopausa pode ser vista nas recomendações sobre dieta alimentar, controle de bebida alcoólica, cigarro etc.

Mediando estes dois extremos - tranqüilidade e desespero - temos a tristeza associada à menopausa:

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 1, p. 5)

*Maria(P1): Minha mãe está **entrando na menopausa**. Ela **anda bastante triste**.*

Vera(P2): E você acha que é por causa da menopausa?

*Maria(P1): Acho que sim, outro dia **ela disse que gostaria de ler algo diferente sobre a menopausa**, que está **cansada de ler os artigos que têm saído em jornais e revistas**. Mas... bom, acho que ela **está triste também** porque a **casa está ficando vazia**. Meu irmão casou-se e eu já estou cuidando da minha vida.*

A filha associa a tristeza da mãe à entrada na menopausa, mas também evoca a idéia da casa vazia. A concepção de ninho vazio, desde o século XIX, tem servido de base explicativa para sintomas apresentados pela mulher na menopausa. Esta idéia estava fortemente enraizada no pressuposto de que a mulher, provedora de cuidados para com a prole, perderia sua função com a saída dos filhos de casa (Tilt, século XIX¹⁰⁰). Este tipo de associação tem ligação direta com o modelo de família nuclear em que a mãe tem como função primeira a procriação e cuidados com a prole.

No relato acima, a menopausa é colocada como uma das causas da tristeza da mãe. A casa vazia como uma outra possível causa. Apesar de se privilegiar a função materna, em detrimento de outras funções que a mãe porventura pudesse exercer, a filha não estabelece relação direta entre casa vazia e sintomas da menopausa, no caso a tristeza. O que emerge é uma concomitância de sentidos colocados como responsáveis pela tristeza da mãe.

A menção de que a mãe está cansada de ler artigos sobre menopausa que têm sido publicados na mídia nos remete ao comentário que fizemos, no início deste item, em que afirmamos serem os repertórios interpretativos, associados a sentidos negativos, uma fonte de sofrimento.

¹⁰⁰ Citado por Willbush (1979)

Como último exemplo sobre as emoções associadas à menopausa trazemos uma fissura na hegemonia da tristeza:

Depoimento (Anexo 4, Depoimento no. 3, p. 3)

Fátima(P1): Nossa... você está pesquisando menopausa?

Vera(P2): Sim, estou.

Fátima(P1): Menopausa... nossa, ela mudou a vida da minha mãe. Ela ficou "piradinha". De repente, jogou tudo para o alto. Não quis mais saber do meu pai. E olha, 30 anos de casada, ela teve coragem de pedir o divórcio.

Pensando bem, sabe que hoje ela está numa boa!

Encontramos uma associação direta entre menopausa - piradinha - ato de coragem. Novamente, emerge a associação de destempero emocional ligado à menopausa. Neste relato, no entanto, a idéia de crise e surto aparece associada à coragem para promover uma mudança que, segundo a filha, provocou conseqüências boas na vida da mãe. As implicações negativas, que porventura estivessem contidas nas idéias de crise e surto, são redimensionadas frente ao acerto da mudança, tanto que não é utilizada a palavra *louca* e sim "*piradinha*".

De forma geral, notamos que o poder creditado à menopausa é eclético, podendo variar numa escala que vai de 0 a 100: do vale, do ermo à paisagem nova e vivificante. O "*piradinha*" indica que houve uma ruptura entre o que poderia ser esperado de uma mulher na menopausa - talvez tristeza, lamúria, isolamento, acomodação e não uma *virada de mesa*.

2.4. Considerações

Fechando nossa análise sobre a medicalização, gostaríamos de pontuar que, cada vez mais, para conviver com o próprio corpo e emoções, expande-se a necessidade dos corpos serem gerenciados por especialistas. Incluímos neste gerenciamento profissionais das mais variadas áreas: médica, psicológica, as chamadas práticas alternativas etc. Este gerenciamento, na verdade, exerce um controle sobre o controle que cada pessoa deveria ter sobre o próprio corpo, estabelecendo, em última instância, as regras a serem seguidas no cuidado com a saúde.

No caso específico da medicalização da menopausa, como mostrou a análise das conversas corroborada pela análise da literatura científica, a hegemonia está ligada às práticas médicas e intervenções medicamentosas.

Não se trata de fazermos uma cruzada contra os especialistas e a utilização de medicamentos, pois ambos podem ser necessários. Trata-se de pensarmos na possibilidade da mulher ter acesso a serviços de saúde¹⁰¹, podendo ao mesmo tempo continuar legislando sobre o próprio corpo, ou seja, os especialistas seriam prestadores de serviço e informantes privilegiados e não legisladores.

Como bem coloca Bell (1987), a medicalização da menopausa teve como efeito a extensão do controle da medicina sobre as experiências da mulher, individualizando e privatizando suas experiências, ao mesmo tempo em que reforça as normas culturais sobre o “*comportamento adequado*” da mulher que esteja envelhecendo.

Temos clareza sobre o sentido utópico que nossa afirmativa adquire frente ao sistema de saúde brasileiro, seja ele público ou privado. Mesmo assim, em nossa perspectiva, fica como algo pelo que lutar.

3. A MENOPAUSA NA PERSPECTIVA MASCULINA¹⁰²

Nas análises até aqui desenvolvidas apresentamos, em sua grande maioria, mulheres de diferentes faixas etárias que falavam sobre a própria menopausa ou a de outrem. E mesmo que trouxessem em seus enunciados outras vozes, o foco estava no sentido enunciado pelas mulheres. Ao nos determos nos sentidos enunciados pelos homens, trazemos para o primeiro plano a perspectiva masculina, tendo como objetivo detectar como estes homens utilizam os repertórios disponíveis para dar sentido à menopausa.

Consideramos este recorte temático importante uma vez que o homem constitui-se no **outro** que estará dando sentido a um fenômeno que não faz parte de

¹⁰¹ Apesar do foco da discussão ser a mulher este pensamento estende-se a todos os seres humanos.

¹⁰² Agradecemos ao Prof. Dr. Marcos A. S. Reigota pelos comentários tecidos durante o exame de qualificação sobre a importância de estarmos abordando a perspectiva masculina sobre a menopausa.

sua estrutura biológica¹⁰³, e cujo acesso se dá pela convivência com a mulher e pelas práticas discursivas que integram as diferentes práticas sociais.

Esta importância reside também no fato de que os primeiros registros sobre sintomas da menopausa que tivemos acesso para esta pesquisa foram feitos por mãos masculinas. O fato dos registros datarem do século XVIII não é aleatório: Ehrenreich e English (1973a, 1973b, 1978) afirmam ter sido nesse período que as práticas médicas, firmadas como uma profissão de homens, foram oficializadas como representantes legítimas do cuidado com a saúde. A oficialização marca o final da luta (*caça às bruxas*), contra o trabalho leigo das mulheres (*parteiras, curandeiras, mulheres sábias*) que, segundo as autoras, na Europa estendeu-se do século XIV ao XVII.

Esta presença exclusiva do homem como porta voz do saber da área da saúde, com raras exceções, estendeu-se até meados deste século. Com isto não queremos polemizar as hierarquias de poder que se estabeleceram nas relações de gênero, mas pensar a respeito das conseqüências do olhar masculino sobre fenômenos fisiológicos específicos do corpo feminino. No caso da ciência, não temos um olhar masculino qualquer. Em se tratando da cultura ocidental, esse olhar pertence, majoritariamente, ao homem branco que tem acesso à educação formal e inserção nas classes sociais dominantes. O fato de fazer ciência não lhe fornece isenção do próprio processo de socialização e de depender do leque de repertórios disponíveis a que tem acesso para dar sentido aos fenômenos.

Como exemplo desta inserção podemos citar a menção que Sardenberg (1994) faz sobre o artigo de Leavitt *et alii*¹⁰⁴ (1975), em que contrastam as narrativas antropológicas escritas por homens e mulheres sobre a menstruação entre aborígenes australianas. Nesta comparação, explicita-se um duplo viés nas interpretações feitas por homens antropólogos: “*a do androcentrismo ocidental, somado ao dos seus informantes homens*”.

¹⁰³ A construção social da andropausa (uma espécie de equivalente à menopausa) encontra-se em estágio embrionário, talvez daqui a 50 anos as conseqüências dessa construção já se façam presentes!

¹⁰⁴ Leavitt, Ruby R.; Sykes, Barbara; Weathford, Elizabeth (1975) - Aboriginal woman: male and female perspectives. In: Reiter, R. (ed.) *Toward an Anthropology of woman*, Nova Iorque: Monthly Review Press.

Martin (1988) também nos ajuda a refletir sobre as conseqüências da hegemonia do homem na classificação do corpo da mulher. Num estudo sobre as metáforas médicas utilizadas para descrever a fisiologia da menopausa e da menstruação, a autora aponta para a presença do imaginário social subjacente às descrições utilizadas que evocam metáforas de produção, refletindo ideologias e relações de poder dos gêneros hegemônicos nas sociedades industriais: declínio (*decline*), declínio de estrogênio (*withdrawal of estrogen*), funções deficientes e vacilantes (*functions fail and falter*), ovários tornam-se não responsivos (*ovaries become unresponsive*), regressão dos ovários (*ovaries regress*), ovários senis (*senile ovaries*), órgãos genitais que atrofiam gradativamente (*genital organs gradually atrophy*). Acrescentamos a essas adjetivações a “falência ovariana” e a “deficiência hormonal” muito presentes na literatura biomédica contemporânea.

A presença do homem no cuidado com a saúde acabou sendo traduzida e reafirmada como sinônimo de competência no imaginário social, sendo muito comum ouvirmos mulheres dando preferência à assistência de um médico. Nas conversas analisadas, das sete referências a consultas médicas, seis mulheres reportam-se à figura do médico e apenas uma à médica.

O sentido de competência associado ao homem pode ser detectado até mesmo na voz, em seu estrito senso. Medrado (1997) ao pesquisar o masculino na mídia, utilizando-se da propaganda televisiva brasileira, constatou a prevalência de homens na locução das mensagens transmitidas: “Parece haver um consenso de que a locução masculina, em mídia, constitui um dos elementos básicos para transmitir confiabilidade ao público. A locução masculina parece, assim, compor um dos repertórios principais da produção publicitária televisiva, em que se associa masculino à credibilidade” (Medrado, 1997: 92).

Após esta reflexão sobre a importância social atribuída à figura do homem voltamos o foco para as conversas, trazendo primeiro os repertórios utilizados pelos homens nas conversas coletadas e, em seguida, a análise de seu uso.

mudança, (mulheres) assanhadas, não querer mais saber de homem, perda da capacidade de gerar filhos, parar regras, instabilidade de humor, altos e baixos, problemas de relacionamento, sofrimento, nervoso, cabeça virada, precisa de leque para se abanar (ondas de calor), aleijão, árvore seca.

Percebemos que nas versões dos homens sobre a menopausa os repertórios são utilizados para interpretar o impacto externo causado por uma mulher que esteja na menopausa. Não está em pauta o que a mulher possa ter ou sentir durante este período. O que está em jogo é a inter-relação que se estabelece nas práticas sociais. Para melhor compreensão deste jogo, dividimos as análises em sentidos que denotam impacto na vida pública e idéias de finitude e de estranhamento.

3.1. Impacto na vida pública

No depoimento abaixo, temos o relato de uma professora sobre a fala de um coordenador de ensino que utiliza-se da possível menopausa da diretora da escola como explicação causal para sua instabilidade emocional - “altos e baixos” - e conseqüentes problemas de relações no ambiente de trabalho.

Depoimento (Anexo 4, Depoimento 1, p. 1)

Imagine que hoje durante uma reunião de professores, veio um coordenador para tentar resolver uma série de problemas que estavam ocorrendo entre a diretora e os professores. Eu fiquei revoltada: durante a reunião ele disse que os problemas que estavam ocorrendo eram causados pela instabilidade de humor da diretora, pois [ela diretora] estava na menopausa e vivia tendo altos e baixos.

Esta associação direta entre **menopausa, instabilidade emocional e problemas no trabalho** nos remete a um coro de vozes, de diferentes épocas, que faz a conexão entre útero, ovários, alterações hormonais e vida emocional. Este tipo de associação não se esgota em si mesma, uma vez que é colocada à serviço das relações de gênero desenvolvidas ao longo da história. O uso traduz-se no fato de que a mulher, devido a sua biologia e reverberações emocionais, seja *naturalmente* considerada inadequada à vida pública, devendo manter-se na esfera privada. Esta

inadequação também é creditada para outras singularidades femininas, como menstruação (TPM) e gravidez.

Na próxima situação temos um contexto de lazer: um jogo de cartas. Extraímos um trecho da fala de uma dupla, marido e mulher na faixa dos 50 anos:

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 10, p. 23)

Jogadores: *Este jogo está devagar... essa chuva que não passa; acho que amanhã vai fazer sol; vai nada o jornal disse que está subindo outra frente fria do sul; afinal de quem é a vez? Quem joga?*
Cláudia(P1): *Sou eu.*
Pedro(P2): *Só podia ser, olha só a mão dela cheia de cartas...*
Cláudia (P1): *Não estou com pressa... estou pensando...*
Pedro(P2): (inconformado) *Não dá para baixar nada?*
Cláudia(P1): (depois de algum tempo, coloca duas cartas no jogo)
Pedro(P2): (Tom de voz mais alto, demonstrando não acreditar no que estava vendo) *Só isso? O que você faz com **esse leque de cartas na mão**? É para se abanar? Parece que está na menopausa mesmo.*

Esta situação envolve uma gama de relações entre homem e mulher: disputa, competição e outras particularidades da vida privada que, na situação de jogo, emergem de forma mais acirrada.

Centrando-nos no uso dos repertórios, fica clara a associação direta entre menopausa e ondas de calor, sinalizando o quanto sentir calor e abanar-se viraram sinônimos de menopausa em nosso imaginário social. Neste contexto específico, apesar de todo clima de jogo e brincadeira, emerge também a idéia de que os calores, tomados como expressão maior da menopausa, tornam a mulher menos eficaz em suas ações e pensamentos.

A literatura feminista nos fornece vários exemplos sobre a correlação entre condição biológica da mulher e capacidade intelectual. Ehrenreich e English (1979) relatam que no século XIX, nos Estados Unidos, a medicina fornecia explicações que fundamentavam a não aceitação de mulheres na Universidade de Harvard. O Dr. Edward H. Clarke¹⁰⁵ era uma dessas vozes, e, ao realizar uma revisão da literatura

¹⁰⁵ Clark, Edward H. (1873) *Sex in Education or a Fair Chance for the Girls*. Boston: James Osgood. Repint edition by Arno Press Inc., 1972. Segundo Ehrenreich e English (1979), Clark era professor na Universidade de Harvard quando escreveu este livro, que foi considerado o grande “manifesto uterino” do século XIX.

médica para pesquisar a “*natureza feminina - sua fragilidade inata e a competição entre útero e cérebro*” concluiu, com “*assustadora mas inatacável lógica*”, que a educação superior provocaria a atrofia do útero. Ainda, segundo as autoras, a menopausa não ficava isenta da demanda uterina, sendo descrita pelos médicos como uma caixa de Pandora de doenças, exigindo, mais uma vez, um período de “*placidez bovina*”.

Nas conversas acima desapareceu a lógica científica contundente, mas a idéia de caixa de Pandora, onde tudo pode ser depositado permanece, independentemente da intencionalidade com que os repertórios foram utilizados.

3.2. Finitude

A nossa sociedade vê a mulher na menopausa como apenas um instrumento em finitude (Fernanda Montenegro, atriz, Veja 29/09/97: 18).

Para apreendermos a extensão da idéia negativa que circula a respeito da menopausa, é necessário compreendermos que repertórios estão em circulação e como são utilizados. Por exemplo, na próxima conversa, que aconteceu num bar, emergem repertórios que trazem idéias de incapacitação e finitude da mulher na menopausa.

Trecho da conversa (Anexo 4, Conversa 4, p. 10)

Vera (P2): O tema da minha pesquisa é menopausa.

Rafael(P1): Menopausa? Que assunto horrível.

Vera(P2): É? O que isso faz você lembrar?

Rafael(P1): Sei lá... Mas fico pensando que a mulher deve sofrer muito... é como se fosse um aleijão.

Vera(P2): Aleijão? Não entendi.

Rafael(P1): É como alguém perder uma perna, um braço. A mulher perde a capacidade de gerar um filho, fica como uma árvore seca.

Aqui temos a menopausa personificando tanto o fim da capacidade procriativa como o da própria vida. Nesta perspectiva, a condição de existência esgota-se com o fim da possibilidade de procriação: a mulher ao ser despojada do único papel social que lhe fora reservado é vista como alguém deficiente e inútil, “*árvore seca*”.

Ao nos determos na formação de psicólogo deste jovem e recorrermos à arqueologia de formação dos repertórios, vamos encontrar esta idéia de finitude fortemente enraizada também em algumas linhas psicológicas. Ballinger (1990), por exemplo, em sua revisão sobre os sentidos atribuídos à menopausa pela Psicanálise, principalmente na primeira metade deste século, mostra que Freud associou a “*perda do potencial reprodutivo*” a “*luto e melancolia*” e Helen Deutsch entendia que a vida tornava-se “*opaca e sem sentido*”, em que nem psicoterapia adiantaria, apenas “*resignação sem compensação*”.

Para finalizar esta idéia de finitude acoplada à menopausa temos uma piada, contada por um homem (50 anos) que chegou em uma roda onde o assunto em pauta era menopausa.

Piada extraída de uma conversa (Anexo 4, conversa 5 p. 12)

Vera: O assunto aqui é menopausa...

Antônio: Ah é? Então vou contar uma piada:

O Jacob estava rezando no muro de lamentações, em Jerusalém, quando apareceu um gênio:

Gênio: Resolvi ajudar você Jacob. Mas você só pode fazer um pedido, só um, pense bem...

Jacob: (Pensou, pensou...) Eu quero que você promova a paz no Oriente Médio.

Gênio: Caramba! Logo isso você foi me pedir. Isso vai ser muito difícil... Mas, vamos lá: traga os mapas que mostram todas as regiões de conflito.

(Jacob passou dois dias preparando a pilha de mapas)

Jacob: Gênio, aqui estão os mapas.

(O Gênio passou três dias estudando os mapas e foi procurar o Jacob)

Gênio: Jacob, o seu pedido é impossível de ser atendido. Pode fazer um outro pedido.

Jacob: (Pensou... pensou... coçou a cabeça... ficou meio sem jeito...) Olha...será que você podia dar um jeito na Sara... faz alguns anos que a gente não dá uma... o Gênio sabe né?

Gênio: Vou ver o que posso fazer.

(O Gênio passou mais três dias estudando a Sara e depois foi procurar o Jacob)

Gênio: Jacob... traz os mapas de volta...

A piada é um recurso poderoso na veiculação de idéias que denotam preconceitos de vários matizes. Seu poder está em ser considerada como algo lúdico, que serve para distrair as pessoas. No entanto, é exatamente na rasteira do lúdico que se reafirmam idéias cristalizadas que circulam pelo imaginário social. Dependendo do contexto, se alguém, em lugar de risos, dispuser-se a tecer

comentários e fazer análise sobre o conteúdo de uma piada, provavelmente será adjetivado de “pentelho”, que não entende uma **simples brincadeira**.

Nesta piada, por exemplo, não há referência à menopausa, mas a pessoa utilizou-a neste sentido. Traz a imagem de uma mulher cujo grau de decadência física assume uma gravidade e insolubilidade maior do que o conflito do Oriente Médio. Além do sentido negativo dirigido à mulher, podemos detectar um outro elemento de preconceito: o racismo contra os judeus, explicitado pelos nomes utilizados, Jacob e Sarah, assim como pela referência ao muro das lamentações.

Para termos a dimensão de como o imaginário social, os domínios do saber e os sentidos produzidos no cotidiano se retroalimentam, achamos oportuno transcrever uma citação feita por Sardenberg (1994) de um discurso médico que ressalta a importância do estrogênio para o corpo da mulher.

Considerando-se a **enorme sobrecarga** anatômica e fisiológica que a gravidez e o parto impõem à mulher, a **natureza teve suas razões** para terminar a vida reprodutiva feminina antes dos 50 anos; porém, **ela cometeu um grande erro** ao fazer com que a **produção de estrogênios pelos ovários também decline e cesse** a partir desta época, acarretando uma **rápida atrofia** dos genitais, das mamas e demais caracteres sexuais femininos... As **terríveis conseqüências** deste evento ‘fisiológico’ para a mulher são sobejamente conhecidas, devido à **rápida atrofia pós-menopáusia de seus tecidos estrogênio-dependentes - os órgãos sexuais e demais caracteres físicos da feminilidade** (Soucasoux, 1993¹⁰⁶, citado por Sardenberg, 1994: 342). (grifos meus)

O que nos interessa comentar é que as imagens suscitadas neste texto desenham a mesma decadência evidenciada na piada, enfatizando a perda de todas as características consideradas definidoras da feminilidade; ou seja, explicita que a mulher na menopausa deixa de ser mulher. A diferença reside que na piada recorre-se a um **gênio** e no texto, ao **estrogênio**.

3.3. Estranhamento

A mulher parecia-se com a ponta de um continente submerso do qual nada se sabia. Ao mesmo tempo capaz de atrair e seduzir os homens,

¹⁰⁶ Soucasoux, Nelson (1993) - *Os órgãos sexuais femininos: forma, função, símbolo e arquétipo*. Rio de Janeiro, Imago, p. 10-11.

ela os repelia através de seu ciclo menstrual, seus cheiros, secreções e sucos, as expulsões do parto (Del Priore, 1995: 35).

A mulher com suas singularidades, ligadas à capacidade de procriação, nunca deixou de ser um desafio: para a ciência que tenta estudá-la e classificá-la; para a religião que tenta domesticá-la e subjugar-la; e para o imaginário social, cujo estranhamento pode ser sintetizado neste verso cantado por Rita Lee: “mulher é bicho esquisito: todo mês sangra”.

Ao parar de sangrar a mulher continua causando estranhamento, principalmente ao escapar de padrões mais cristalizados e esperados.

Na conversa seguinte, tendo como contexto uma pescaria a beira mar, dirigimos o foco para um senhor de 80 anos e para um pescador de 43, apesar da filha do senhor de 80 anos também ter participado da conversa.

Destacamos o fato de estarmos frente a vozes masculinas não privilegiadas no estrato social, o pescador, por pertencer a uma classe social mais baixa, e o senhor de 80 anos, por ser idoso. Estes homens trazem repertórios singulares sobre a menopausa, cujos elos explicativos dependem de outros sentidos formados num tempo mais remoto.

Trecho da conversa (Anexo 4, conversa 11, p. 24)

Alda(P1): No meu caso, como tive que fazer a cirurgia não sei dizer como é passar pela menopausa... assim de forma natural. Na *minha família* essa coisa de *menopausa já rendeu muito*. Meu pai odeia falar sobre isso por causa da minha mãe. (virando-se para o pai que estava sentado olhando o mar, falou num tom mais alto). Pai, ela está fazendo uma *pesquisa sobre menopausa*.

Antônio(P2): (virando-se para mim) *Menopausa é?* (num tom de desconfiança). *Quem sabe a Sra. descobre por que a menopausa deixa as mulheres com a cabeça virada*.

Vera (P4): Por que o Sr. diz isso?

Antônio(P2): Minha filha, hoje estou com 80 anos e só eu sei o quanto sofri. Não gosto de falar sobre isso. Também, que importância tem isso agora... A *minha ex-mulher, já é falecida, quando entrou na menopausa ficou de cabeça virada*. Começou de *namorico* com um empregado meu. O *rapaz tinha 30 anos e ela mais de 50*, pode uma coisa dessas? Pois a Sra. acredita que *ela ficou com a cabeça tão virada que largou tudo e foi morar com o rapaz*. Quase morri de vergonha. Nunca mais quis saber de mulher nenhuma... Esta minha filha tinha 20 anos, os outros eram mais velhos.

Vera (P4): Por que o Sr. acha que isso aconteceu por causa da menopausa?

Alda(P1): (num tom de impaciência) Já falei para ele que a *menopausa não tem nada a ver* mas não tem jeito.

Antônio(P2): *Tem a ver sim*. (num tom irritado) Bah chê, *ela sempre foi uma boa esposa antes, sempre andou direito, só pode ter sido a menopausa. Dizem que a mulher muda na menopausa...*

José(P3): Pescador (que depois do peixe ficara ouvindo a conversa) *Eu sempre falo que mulher é bicho esquisito. Tem umas que não querem mais saber de homem depois de uma idade, tem outras que parece que ficam mais assanhadas...*

Vera(P4): O Sr. tem mulher?

José (P3): Olha dona, a minha *mulher morreu* já faz 10 anos, era nova ainda, 30 anos. Tenho os meus namoricos, *não quis casar de novo*, minha mãe ajudou cuidar dos meus dois filhos. *Mulher dá muita dor de cabeça.* Viu o pobre homem aí... Deus me livre passar por uma vergonha dessas. Um *compadre meu* falou que a *mulher dele*, depois que *parou as regras*, *não quer mais saber de dormir com ele*, vai ver que *está enrabichada por outro.* Eu heim....

Antônio(P2): (ouvindo atentamente o pescador) *É melhor ficar sozinho mesmo...* (levantou-se e foi embora devagar e de cabeça baixa, sem olhar para ninguém)

José (P3): *Tá vendo só... que tristeza...* (abanando a cabeça voltou para cuidar de sua rede de pesca, estava fazendo uns remendos)

Alda(P1): (chegando mais perto e falando mais baixo) *Não acho que minha mãe ficou de cabeça virada não. Ela se apaixonou mesmo. Viveu mais de 10 anos com aquele moço, até ela morrer. Ele também gostava muito dela. Na época fiquei com muita raiva dela. Hoje acho que ela fez o certo. Eu também me separei do meu primeiro marido. Não tem nada a ver com menopausa também. Ele não valia nada mesmo.*

Vera (P4): E o seu pai?

Alda (P1): *Meu pai sempre foi um homem bom. Mas a gente não sabe como minha mãe se sentia. Tenho pena do meu pai, mas vou te dizer uma coisa: no fundo tenho o maior orgulho da minha mãe, ela mostrou que mulher mais velha não é um traste para ficar pelos cantos e há trinta anos isso era mais difícil do que é hoje.*

Nas associações dos dois homens emergem figuras de mulheres que lhes causam estranhamento e temor: “bicho esquisito” e de “cabeça virada”. Os repertórios utilizados posicionam a mulher na menopausa como um ser fora de controle, não domesticado. A idéia de perda de controle aparece em outras conversas, podendo ser colocada no rol dos repertórios que falam da instabilidade emocional. No entanto, a peculiaridade desta conversa está no sentido atribuído ao estar fora do controle: trata-se de um descontrole que faz com que a mulher mude de vida, recusando o *script* de decadente.

Apesar do estranhamento ser comum aos dois homens, existem singularidades no uso dos repertórios. O senhor de 80 anos acha incompreensível que sua mulher, aos 50 anos, tenha tomado uma atitude totalmente condenada na ordem moral vigente. Procura dar sentido para esse fato recorrendo à versão de que na menopausa as mulheres mudam: no caso da sua esposa, ficou com a “cabeça virada”.

Apesar de circular no nosso imaginário social a idéia de que o sangue menstrual retido pode subir à cabeça e causar transtornos psíquicos¹⁰⁷, esta explicação parece não satisfazer. Caso sua esposa tivesse adoecido por ocasião da menopausa, talvez a explicação do sangue retido bastasse. Mas como a ex-esposa continuou vivendo ao lado de um homem 20 anos mais jovem e, segundo a filha, muito bem, o ex-marido acredita que possa existir alguma outra explicação, a ser descoberta pela ciência, que possa elucidar o que ocorreu com aquela “boa esposa” que sempre “andou direito”.

Reportamo-nos à cristalização da figura da *santa-mãezinha* discutida por Del Priore (1995) em seu estudo histórico sobre a condição feminina no Brasil Colônia. Segundo a autora, a comunhão entre o desejo institucional de domesticar a mulher no papel de mãe e o uso que as populações femininas fizeram desse projeto foi tão bem sucedida que o esteriótipo da *santa-mãezinha* - provedora, piedosa, dedicada e assexuada - fixou-se no imaginário brasileiro no período colonial e não mais o abandonou. Na seqüência desta ótica entendemos que a mulher na menopausa deveria seguir na condição de *santa-vozinha*.

No caso do pescador para quem a mulher, de maneira geral, é vista como um “bicho esquisito”, ao “parar as regras” ela continua incompreensível. Evoca a voz do compadre que lhe confidenciara sobre a esposa “não querer mais dormir com ele”. A partir da conversa, acrescenta um novo sentido: a mulher do compadre deve estar “enrabichada por outro”, posicionando-a no rol das “assanhadas”. Reafirma, portanto, o seu posicionamento em relação ao casamento: “mulher é dor de cabeça”. A figura da mãe do pescador pode ser vista como uma *santa-vozinha*, pois cuidou de seus filhos após a morte da esposa.

É interessante examinarmos os dois repertórios utilizados pelo pescador: *assanhada* e *regras*. Nos séculos XVII/XVIII, no Brasil, o termo *assanhada* era utilizado como um adjetivo para útero e, segundo Del Priore (1995), João Curvo Semedo, tendo por base explicativa uma doutrina teológica, entendia que as

¹⁰⁷ O fundamento para esta explicação pode ser encontrado numa das leituras da teoria dos humores em que a retenção do sangue menstrual causaria a destruição de outros órgãos.

mulheres padeciam de muitas doenças por causa da madre (útero) utilizando-se da expressão “*madre assanhada ou furiosa*”.¹⁰⁸ O termo *assanhada* referia-se ao desejo insaciável que acometia as mulheres e na perspectiva agostiniana, que via na sexualidade o pecado por excelência, estas mulheres eram consideradas como objeto de manobras do demônio.

Valendo-nos ainda da pesquisa de Del Priore (1995), chegamos ao contexto de formação do termo *regras* na segunda metade do século XVIII, época em que, segundo a autora, os médicos substituem o temor pelo cuidado. A nova abordagem oferecia uma maneira mais eficiente de controle do corpo feminino. É exatamente neste contexto que a Medicina introduz o termo *regras* para denominar o sangue menstrual: “*A perturbação que afetava mensalmente a economia geral da mulher era também a sua condição de poder. Um corpo regulado significava sobretudo um corpo ativo. O cessar das regras indicava a morte dessas forças*” (Del Priore, 1995: 235).

Fica clara a ressignificação dada aos termos pelo pescador, pois mesmo conservando rastros de sentidos anteriores, são endereçados a mulheres diferentes: o termo *assanhada*, apesar de manter o sentido original, é utilizado para quem não tem mais *regras*, contrapondo-se à versão de morte das forças quando a mulher entra na menopausa.

Outro fato que merece destaque é que, atualmente, o termo *regras* é utilizado, ou pelo menos conhecido, por pessoas mais velhas ou de classe social mais baixa. Isto nos remete aos resultados encontrados por Boltanski (1979), na pesquisa realizada na França, em que membros de classes populares utilizavam repertórios que tinham suas origens na medicina de épocas mais remotas. Uma vez reinterpretados e transformados, relegava-se ao esquecimento a sua origem científica. Para o autor, a explicação está no processo de reinterpretação que é realizado por um grande número de intermediários entre o emissor (comunidade científica) e os receptores, acrescentando que o acesso direto das camadas mais populares ao médico era mais difícil.

¹⁰⁸ Segundo Del Priore, “*a noção de corpo histórico como semente de desordem moral certamente terá emigrado para a Colônia através de Curvo Semedo, que nela esteve em 1691, aparecendo posteriormente nos textos médicos*”

Este tipo de confronto entre o sentido atribuído na formação dos repertórios e os sentidos que adquirem posteriormente nos aponta para o dinamismo do imaginário social, onde tudo circula: sentidos novos e antigos, que vão compor os leques de repertórios disponíveis para reafirmação de sentidos já existentes ou criação de novos.

Para concluir este sub-tema do estranhamento, trazemos uma conversa de vozes masculinas, cuja peculiaridade é pertencerem a crianças (aproximadamente entre 10-11 anos), que faziam uma grande algazarra no último banco de um ônibus, conversando, discutindo, rindo alto, e cochichando entre si.

Trecho do depoimento (Anexo 4, depoimento 4, p. 4)

Sentei no meio do ônibus e fiquei ouvindo suas brincadeiras. Até que um menino começou a falar em tom agressivo com um dos companheiros. O outro respondeu: “Que é isso meu, tá na menopausa?”

Os demais começaram a rir do comentário e a desafiar o menino: “O que é, você nem sabe o que é menopausa!”

O autor da frase argumentava: “Sei sim, sei sim.”. Aí, entre risinhos baixos, perguntaram: “Então fala, diz se você sabe.”

Respondeu: “Sei sim - menopausa é quando alguém fica nervoso.”

Os demais desataram a rir e entre cochichos diziam que não era. No ouvido lhe disseram algo.”

Um dos garotos utiliza o termo menopausa para qualquer pessoa que esteja nervosa, dissociando o termo do sexo feminino. Esta passagem direta de menopausa para pessoa nervosa aponta para o grau de cristalização presente no imaginário social, e para a tônica afetiva de destempero que tem sido associada à menopausa. Não cabe aqui elocubrarmos sobre a possível situação em que este garoto entrou em contato com os dois repertórios, menopausa e nervoso, e sim o uso que deu a eles. Os garotos que refutam e cochicham um outro possível significado remetem aos tabus que cercam conversas sobre sexualidade e repertórios que possam estar associados a este tema. Para as crianças, tabus e segredos emergem como um mundo fantástico a ser desbravado e conhecido.

De maneira geral, os sentidos atribuídos à menopausa, pelos homens presentes nas conversas, indicam a compreensão de aspectos posicionados como

negativos e inerentes ao fenômeno menopausa. Esta naturalização de perdas também está presente em muitas vozes da literatura científica por nós analisada. No entanto, aparecem revestidas por repertórios que denotam cuidados com a saúde da mulher. Outros repertórios podem ser utilizados em nome de padrões religiosos, éticos, sociais etc.

É neste sentido que as conversas do cotidiano revelam sua importância e peculiaridade na difusão, manutenção e, quiçá, reinterpretação de sentidos. No caso destes homens, os repertórios emergiram sem roupagens. Com exceção do relato sobre o coordenador, os enunciados são produzidos em situações que propiciam posicionamentos despidos de compromissos disciplinares e, talvez, em função desse descompromisso, a valência negativa tenha emergido de forma mais bruta, isto é, sem o verniz que normalmente acompanha outras formas discursivas. Ao serem reinterpretados no cotidiano perdem as conexões originais, podendo, inclusive, ser interpretados como superstição. No entanto, uma busca mais cuidadosa revela os rastros de sua produção em alguma época e contextos específicos.

Em resumo, na perspectiva dos homens enfocados nesta análise, a valência negativa atribuída à menopausa aparece descolada dos comportamentos efetivos da mulher: ao assumir posições que levem a conflitos, é histérica; ao parar para refletir, está lenta para pensar e agir; ao completar a sua vida de potencial procriativo, torna-se inútil; por estar envelhecendo, não suscita desejos; se suscitar e manifestar desejos sexuais é *assanhada* ou está de *cabeça virada*. Ou seja, ao aceitar o “destino” de fim de linha é excluída e, ao rejeitar este mesmo “destino”, é também marginalizada por sair de padrões morais esperados.

V. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com esta pesquisa pudemos entender que cada versão explicativa sobre a menopausa constitui-se apenas num dos elos da rede de conhecimentos e sentidos que foram sendo produzidos, por meio de práticas sociais, em diferentes tempos e espaços.

Nossa incursão pela literatura científica da área da saúde explicitou práticas sociais que foram subsidiadas por diferentes explicações e abordagens de especialistas sobre a menopausa. Navegamos por diferentes versões explicativas sobre a constituição, funcionamento e finalidade do corpo da mulher e, mais especificamente, da mulher na menopausa. Dessa literatura foi emergindo o longo processo de complexificação da menopausa, em cujo núcleo estava o aparentemente simples cessar da menstruação.

Destacamos dessa malha alguns elos que significaram rupturas e outros permanência. Registramos a formação, ressignificação e cristalização de repertórios interpretativos que foram utilizados na formação de elos de diversas correntes explicativas da menopausa. Registramos, também, sentidos singulares que permaneceram periféricos em nosso imaginário social.

Todas estas correntes, por sua vez, mostraram-se implicadas numa outra malha de elos: inserção social da mulher, relações de gênero, aspectos culturais, políticos e econômicos. A incursão pela literatura, portanto, serviu-nos de base para compreendermos o contexto mais amplo de circulação das idéias sobre a menopausa.

Nas conversas do cotidiano, tivemos a oportunidade de detectar a circulação e uso de grande parte desses repertórios - sua reafirmação ou criação de novos - assim como algumas conseqüências presentes nos sentidos atribuídos à menopausa. Além disso, a especificidade das situações informais serviu para reafirmarmos o constructo teórico no qual nos apoiamos para desenvolver este trabalho, principalmente no que se refere à importância dos repertórios interpretativos nas práticas discursivas e, portanto, na produção de sentido dos fenômenos.

Com relação à complexificação da menopausa, no que tange às abordagens propostas pelos especialistas, elegemos o processo de nomeação do fenômeno como exemplo síntese desta complexificação. O leque de nomes propostos denuncia as incertezas e controvérsias de vários matizes. Rastreamos a formação dos dois primeiros nomes propostos no século passado (menopausa e climatério), registramos a seqüência acelerada das subdivisões em sua terminologia, ocorridas a partir da primeira metade deste século, culminando com a última recomendação feita por técnicos da OMS (WHO, 1996), em que tivemos a oportunidade de registrar a extinção, “por decreto”, do termo climatério. O ato de nomear não pode ser visto de maneira neutra e, neste caso, reflete tanto a dificuldade em apreender e classificar o fenômeno como a crescente medicalização da menopausa.

Nas conversas do cotidiano não aparece subdivisão de nomes. Quando há nomeação, o termo utilizado é menopausa ou menciona-se, simplesmente, o fim da menstruação. Percebemos que a dificuldade em nomear está nas esferas de domínios do saber e da preocupação com a necessidade de intervenção.

De forma geral, os repertórios interpretativos sobre a menopausa, na literatura por nós analisada, estão, em sua maioria, associados a sintomas cujos elos explicativos passam por aspectos biológicos, psicológicos e psicossociais.

Com relação aos repertórios interpretativos que emergiram nas conversas, podemos sintetizá-los nas seguintes idéias:

Sangue Menstrual

Atribui-se ao sangue menstrual poderes que exercem influência na saúde da mulher, em sua feminilidade, sexualidade e procriação. Com base nestes sentidos, a ligação direta entre menopausa, ausência do sangue menstrual e sexualidade permeia praticamente todas as conversas. Em algumas de maneira mais explícita, trazendo simbolismos sobre o sangue menstrual, numa verdadeira simbiose entre sentidos antigos e novos: purificação do corpo, saúde e símbolo da identidade do ser mulher. A referência a uma vida sexual ativa após a menopausa, na fala de homens, aparece como algo incomum, fora do esperado, principalmente se a continuidade

estiver associada a uma relação extra conjugal ou mesmo separação. Subjacente à associação entre sangue menstrual e sexualidade está uma outra associação: sangue menstrual - sexualidade - procriação.

Na literatura científica a perda do desejo sexual é colocada de maneira bastante controversa, algumas correntes biologicistas atribuem a falta de libido ao decréscimo hormonal, as correntes psicossociais, quando isto ocorre, levantam outros fatores causais, como por exemplo, impotência sexual do parceiro, vida sexual anterior etc.

Na singularidade de alguns sentidos que emergiram nas conversas, podemos perceber outras formas de pensar a sexualidade na menopausa, por exemplo: a mulher que coloca no cessar da menstruação a possibilidade de livrar-se de uma vida sexual indesejada e praticada apenas por *obrigação*; o pescador que admite a existência de vida sexual ativa quando *param as regras*, mas reservando esta possibilidade para mulheres *assanhadas*.

Medicalização

A medicalização é um tema bastante presente nas conversas entre mulheres, explicitando o processo de expansão da medicalização, intervenção medicamentosa e problemas emocionais presentes no período da menopausa.

No entanto, de forma geral, a menção a problemas está muito mais ligada ao temor gerado pelos discursos que circulam sobre a menopausa, do que ao estar sentindo “na pele” os sintomas. Entre estas mulheres, o que fica mais explícito é a preocupação e incerteza frente aos riscos que a menopausa possa representar para a saúde e aparência física, principalmente a médio e longo prazos, colocando-se a discussão sobre a necessidade de tratamento via reposição hormonal.

É interessante relacionarmos as conversas do cotidiano por nós analisadas, no que se refere aos sintomas na menopausa, com os dados quantitativos da pesquisa realizada por Criméia A. Almeida *et alii* (1997): 15% revelou não ter nenhum problema, 70% alguns pequenos problemas - entre eles as ondas de calor, e 15% disse

ter tido sintomas sérios necessitando intervenção médica.¹⁰⁹ Mesmo sem entrarmos nas especificidades que possam existir entre sintomas na época da menopausa e outros fatores intervenientes, estas porcentagens revelam o quanto a relação direta entre menopausa → sintomas e ou doenças, não se sustenta.

Impacto na vida pública, finitude e estranhamento

As três idéias acima são transmitidas pelos repertórios utilizados pelos homens que participaram das conversas. O impacto na vida pública refere-se a comportamentos atribuídos como inerentes à mulher na menopausa, que trariam conseqüências negativas em sua capacitação profissional e intelectual. A idéia de finitude está muito colada ao fim da procriação - como se esta definisse o próprio sentido de existência da mulher; à perda de atrativos considerados definidores da feminilidade e da sexualidade; e, finalmente, o estranhamento que se refere ao temor e incompreensão de alguns homens frente às singularidades biológicas da mulher.

Ampliando o campo de discussão

Ampliando o campo de nossas considerações, ressaltamos a valência negativa presente nas idéias associadas à menopausa, detectada nas falas das mulheres e assumindo conotações mais depreciativas nas falas dos homens. A construção desta valência negativa é resultante de vários fatores, entre os quais podemos citar: o processo de medicalização da menopausa; a idéia de crise - cristalizada como algo inerente a este período; relações de gênero e poder; e a conotação negativa dada ao envelhecimento na cultura ocidental.

Com referência à medicalização, com base na literatura analisada, destacamos a utilização do termo menopausa como qualificador de quadros sintomatológicos (*depressão menopáusica, osteoporose pós-menopáusica, câncer pré-menopáusico etc.*), assim como indicativo de uma identidade da mulher (*mulher menopáusica ou menopausada*). A menopausa, apesar de constituir-se apenas num dos

¹⁰⁹ Os dados apresentados referem-se à tabulação de 617 questionários respondidos por mulheres entre 15-60 anos, residentes em São Paulo e Grande São Paulo, pertencentes a diferentes classes sócio-econômicas.

aspectos da vida de uma mulher nesta faixa etária, acaba sendo utilizada como uma identidade substitutiva de uma outra identidade social, a da mulher procriadora.

Além disso, mesmo admitindo-se a necessidade de cuidados preventivos com a saúde, que assumem maior peso com o decorrer da idade, não se justifica a ênfase colocada na decrepitude física da mulher a partir da menopausa. Para cuidar da saúde não há necessidade de nomear os fenômenos de forma depreciativa, como por exemplo "*falência ovariana e deficiência hormonal*".

Apesar de encontrarmos na literatura científica referências a diferentes formas de intervenção - exercícios físicos, dieta alimentar, assistência médica, psicoterapia e outras formas alternativas - no caso específico da menopausa, a mais comum é a intervenção medicamentosa, representada pela reposição hormonal. Sem entrarmos no campo das especializações da saúde, um ponto a ser refletido é o fato de colocar-se a necessidade de administração de uma droga, às vezes de forma indiscriminada, para uma parcela da espécie humana, como se algo da própria natureza desta espécie apresentasse uma "*deficiência*".

Para além do cuidado com a saúde da mulher, algumas abordagens cristalizam idéias que na verdade fazem parte de repertórios produzidos nas relações de poder, sejam elas de gênero, de disposições sociais de produção ou de qualquer tipo de ordem moral. Por exemplo, na ordem econômica temos os interesses das indústrias farmacêuticas que desempenham um papel importante na medicalização da menopausa e de toda a sociedade. Segundo informação dada por Araújo (1995), os hormônios para o período da menopausa ocupavam, em 1995, o quinto lugar em vendagem no mundo. Este fato não pode ser visto de maneira neutra.

Uma outra idéia bastante naturalizada como sendo inerente à menopausa é a idéia de crise. Na Psicologia pode-se refutar a ligação entre diminuição hormonal e problemas emocionais, mas admite-se a idéia de crise que pode ser interpretada como negativa ou positiva. A crise pode estar presente; resta perguntar o que subjaz a esta crise antes de colocá-la na caixa de Pandora e olhá-la a partir deste patamar. Pensar em crise pressupõe pensar-se em fatores tais como: sentido cultural do envelhecimento, problemas situados nas inter-relações (amorosas, de família ou de

trabalho etc.); e classe social (condições alimentares, acesso a informação, condições de poder dialogar com especialistas da área da saúde etc.). Não levar em conta tais fatores significa naturalizar a menopausa como um período de crise, mesmo considerando-se a crise como motivadora de novas perspectivas.

O que está em pauta não é resolver as adversidades do coletivo para depois olhar a crise que uma mulher específica esteja vivendo. O que se coloca é poder ter a percepção de outros fatores que possam estar presentes na crise pois, mesmo para quem esteja vivendo uma crise, a idéia de algo compartilhado e não naturalizado pode abrir outras perspectivas para enfrentar os problemas. A idéia de que ao se endereçar um determinado problema como sendo da menopausa tranquilizaria a mulher, o que de fato pode acontecer, acaba sendo uma armadilha; na esfera do coletivo porque camufla - sob a égide de condição natural - problemas situados nas inter-relações e, no plano individual fica o já conhecido aceitar o “destino”, que pode ser suportável com intervenção medicamentosa ou não.

Na ordem das relações de gênero e da moral podemos, por exemplo, questionar a idéia disseminada no imaginário social e nas produções científicas de que a mulher na menopausa perderia o desejo sexual. Em caso afirmativo, como já discutimos, além da menopausa outros fatores poderiam estar implicados.

Na verdade, podemos afirmar apenas que a mulher na menopausa, há séculos, deixa de menstruar e procriar. Fato este que também poderia redundar numa vida sexual mais livre, sem medo de engravidar, com menos encargos em termos familiares. Esta possibilidade está presente na literatura e nas conversas do cotidiano, mas aparece de forma periférica.

No entanto, como uma moral com bases teológicas poderia resolver a vida sexual desta mulher? Não podemos esquecer que relação sexual e procriação é, ainda hoje, tenazmente defendida por uma das guardiãs do cristianismo, a igreja católica. Não podemos esquecer, também, que a Medicina ocidental, como profissão, em seus primórdios andou de mãos dadas com o poder religioso.

Como pudemos constatar pelas conversas do cotidiano, repertórios de épocas mais remotas continuam circulando e sendo utilizados nas práticas discursivas. Por exemplo, na fala de algumas mulheres a associação entre desejo sexual e presença do sangue menstrual são colocados de maneira explícita e, como já discutimos, podem ter como base uma outra associação: menstruação-sexualidade-procriação.

A versão da perda do desejo pode também ter sido incorporada por algumas mulheres, cuja vida sexual com o parceiro não passava de obrigação, para justificar via condição biológica a quebra do seu “dever” - o que não deixa de ser uma forma de resistência.

Toda esta discussão é para exemplificar o quanto determinados sentidos negativos atribuídos à menopausa não têm fundamento natural e dependem muito mais de fatores religiosos, sociais e culturais. O problema está em naturalizar algo que seja socialmente construído.

Por último, destacamos um outro fator que exerce grande influência negativa na imagem da menopausa: a sinalização implícita do processo de envelhecimento. A valência negativa fica por conta dos sentidos dados ao envelhecimento na cultura ocidental. Este fator tem sido apontado como responsável pelo sofrimento da mulher há séculos e, apesar do envelhecimento afetar também os homens, na mulher assume dimensões diferenciadas. Apesar de sua crescente inserção na esfera pública, o grande definidor de ser mulher ainda passa pela procriação, além do valor depositado na estética feminina.

Neste sentido, a procura de artefatos que prolonguem a juventude tem atravessado os tempos. A reatualização e super-valorização do mito da eterna juventude, que traz subjacente o mito da imortalidade, tem adquirido certa concretude frente aos artefatos de última geração, disponibilizados pela tecnologia científica, que têm na cultura do consumo um terreno fértil. Saúde total e juventude estão disponíveis nas prateleiras da vida virtual. Mesmo considerando-se que o acesso a estes artefatos, no Brasil, restringe-se à minoria das mulheres, a possibilidade fica posta na imagem virtual que é veiculada pela mídia em geral.

Como exemplo, podemos citar a revista *Bárbara* que foi lançada em abril de 1996, endereçada especialmente às mulheres acima de 40 anos.

O desejo pela juventude e saúde total casa-se perfeitamente com os pressupostos da medicalização. Esta combinação fica muito clara nas conversas entre mulheres, em que a reposição hormonal aparece muito mais ligada à idéia de rejuvenescimento do que à prevenção de osteoporose ou doenças cardíacas, como explicita esta senhora de 62 anos “...eu tenho minhas vaidades e o médico também disse que a pele ficaria melhor, menos rugas, com mais vida. Quem não quer ficar parecendo mais nova, né? (Conversa 12, Anexo 4)

Apesar dos esforços em se mudar a imagem de finitude que cerca a menopausa, e isto está presente em algumas abordagens da literatura por nós analisada, os obstáculos são imensos. Mesmo que se prove que a maioria dos sintomas que têm sido associados à menopausa ao longo da história não são inerentes à menopausa, devendo ser endereçados às condições concretas das inter-relações sociais (o que seria uma grande vitória), continuamos esbarrando no sentido dado ao envelhecimento em nossa cultura. Podemos falar das formas de pseudo-superação que têm sido apresentadas: lutar ao máximo para conservar-se jovem o maior tempo possível. Na verdade, temos tentativas de adequação ao que está posto como uma forma socialmente aceita: ser eternamente jovem.

Não há dúvida de que a menopausa esteja ganhando visibilidade, isto fica claro nas conversas, na definição da menopausa como um problema de saúde pública e no espaço ganho na mídia escrita e falada. Parece-nos, no entanto, que até o momento esta visibilidade acontece muito mais em função de um *marketing* que vê nesta faixa etária um mercado promissor a ser explorado.

Longe de encerrarmos este trabalho com alguma definição sobre *o que é a menopausa*, apontamos aspectos que foram, e continuam a ser, determinantes no processo de construção social do conhecimento e dos sentidos atribuídos à menopausa. Ficamos com a certeza de que a menopausa - no que se refere aos conhecimentos produzidos e possibilidades de sentidos - é um fenômeno inacabado. Este inacabado não se traduz no caos do nada sabemos ou tudo pode ser. Significa

que ao termos acesso às várias versões e contextos de suas formações abrimos possibilidades para a criação de novos sentidos e de transformação de contextos hegemônicos e aparentemente imutáveis. Neste sentido, esperamos que este trabalho tenha fornecido subsídios e parâmetros para ampliar a discussão sobre o tema menopausa e, talvez, provocar a produção de novos sentidos.

BIBLIOGRAFIA¹¹⁰

- ABREU, Maria Alice L. (1992) - *Compreensão holística da síndrome climatérica*. Tese de Doutorado em Psicologia. Centro de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ALI, Nagia S. & BENNETT, Susan J. (1992) - Postmenopausal women: factors in osteoporosis preventive behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(12): 23-32.
- ALMEIDA, Criméia A.S.; BARRETO, Margarida M.S.; TELES, Maria Amélia A.; GONZAGA, Terezinha O.; MENEGON, Vera S.M. (1997) - *Uma pesquisa sobre a menopausa*. Cartilha publicada pela União de Mulheres de São Paulo: apoio Fundação MacArthur.
- AMUNDSEN, Darrel e DIERS, Carol (1970) - The age of menopause in Classical Greece and Rome. *Human Biology*, 42(1): 79-86.
- AMUNDSEN, Darrel e DIERS, Carol (1973) - The age of menopause in Medieval Europe. *Human Biology*, 45(4): 605-612.
- APPOLINÁRIO, José; COUTINHO, Waldir; PÓVOA, Luiz; MEIRELLES, Ricardo (1995) - Terapia hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa. Part 1 - revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(4): 169-176.
- ARAÚJO, Maria José (Mazé) (1995) - Menopausa: nova abordagem exige ousadia. *Revista Enfoque Feminista*, (8/9): 36.
- BAKHTIN, Mikhail M. (Volochinov V.N.) (1929) - *Marksizm i filossófia iaziká*. Obra consultada: *Marxismo e filosofia da linguagem*. 7ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BAKHTIN, Mikhail M. (1994) - The problem of speech genres. In: EMERSON, Caryl e HOLQUIST, Michael (eds.), *Speech Genres and other late essays*. Austin, Texas: University of Texas Press.
- BALLINGER, C.B.(1990) - Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 156: 773-787.
- BELL, Suzan E.(1987) - Changing ideas: the medicalization of menopause. *Social Science and Medicine*, 24(6): 535-542.
- BIRKENFIELD, Arie e KASE, Nathan (1991) - Menopause medicine: current treatment options and trends. *Comprehensive Therapy*, 17(7): 36-45.

¹¹⁰ A elaboração desta bibliografia tem como referência as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as da Associação Psicológica Americana (APA).

- BOLTANSKI, Luc (1989) - *As classes sociais e o corpo*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BOURGEOIS, M. (1975) - Menopause: psychological and psychiatric aspects. *Annales Medico Psychologiques*, 2(3): 449-487.
- BRINTON, L. A. (1990) - Menopause and the risk of breast cancer. *Ann NY Acad. Sci.*, 592: 357-62, discussão: 390-394.
- BROWN, Peter (1988) - *The body and society*. Obra consultada: *Corpo e Sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990: 79-165.
- BUCKLEY, Thomas & GOTTLIEB, Alma (1988) - A critical appraisal of theories of menstrual symbolism. In: _____ *Blood Magic*. University of California Press.
- CANTO DE CETINA, T.E. (1995) - Terapia de substitución hormonal en el climaterio. *Rev. Invest. Clin.*, 47(1): 49-61.
- CASTORIADIS, Cornelius (1975) - *L'Institution imaginaire de la société*. Obra consultada: *A instituição imaginária da sociedade*. 3ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995: 139-252.
- DAVIES, Bronwn & HARRÉ, Rom (1990) - Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(4): 43-63.
- DEL PRIORE, Mary (1995) - *Ao Sul do Corpo - condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio.
- EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre (1976a) - *Witches midwives and nurses: a history of women healers*. London: Writers and Readers Publishing Cooperative.
- EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre (1976b) - *Complaints and disorders: the sexual politics of sickness*. London: Writers and Readers Publishing Cooperative.
- EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre (1979) - *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. London: Pluto Press Limited.
- FALKSON, C.I.; FALKSON, G.; FALKSON, H.C. (1993) - Postmenopausal breast cancer. Drug therapy in the 1990s. *Drugs Aging*, 3(2): 106-121.
- FERNANDES, Cesar; MORITA Maria H.; FERREIRA, José A.; SILVA, Edson; WEHBA, Salim (1990) - Abordagem dos distúrbios do trato urinário na mulher pós-menopausada. *Revista Paulista de Medicina*, 108(5): 230-235.

- FOUCAULT, Michel (1969) - *L'Archéologie du savoir*. Obra consultada: *A arqueologia do saber*. 4ª. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel (1979) - Não ao sexo rei. In: MACHADO, Roberto (org.) *Microfísica do poder*. 11ª. reimpressão, R. Janeiro: Edições Graal, 1995.
- GALLOWAY, Karen (1975) - The change of life. *American Journal of Nursing*, 75(6): 1006-1011
- GASTEL, B.; CORNONI-HUNTLEY, J.; BRODY, J.A. (1980) - Estrogens use and postmenopausal woman: a basis for an informal decision. *J. Fam. Pract.*, 11(6): 851-60.
- GEBARA, Otávio C. ; WAJNGARTEN, Maurício; BARRETO, Antônio C.; BELLOTTI, Giovanni (1995) - Menopausa, terapêutica de reposição hormonal e doença arterial coronária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 64(4): 355-358.
- GRANT, Walkiria H. (1990) - *Climatério: tempo de mudança*. Tese de doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- GREENBLATT, Robert & BRUNETEAU, Daniel W. (1974) - Menopausal headaches: psychogenic or metabolic? *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(4): 186-190.
- HANEY, A.F. (1986) - The "physiology" of the climacterium. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 29(2): 397-406.
- HARGROVE, J.T.; EISENBERG, E. (1995) - Menopause. *Med Clin North Am.*, 79(6): 1337-56
- HARRE, Rom (1993) - Foreword. In: SHOTTER, John (1993). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham: Open University Press.
- HILL, P. (1989) - Leanness, peptide hormones and premenopausal breast cancer. *Med. Hypotheses*, 28(1): 45-50.
- IBGE - FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - (1993) - *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, 53: 1-1 – 8 - 30.
- JAMUNA, D. (1985) - Self-concept among middle aged and older women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 11(2): 16-18.
- KLOPPER, A. (1980) - The place of oestriol after menopause. *Acta Endocrinol Suppl.* (Copenh) 233: 29-35.

- LAPLANTINE, François (1986) - *Anthropologie de la maladie*. Obra consultada: *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEFÈVRE, Fernando (1991) - *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- LINDSAY, R. (1989) - Postmenopausal osteoporosis. *Prog. Clin. Biol. Res.* 320: 253-62.
- LIVESLEY, Brian (1977) - The climacteric disease. *Journal of the American Geriatrics Society*. 25(4): 162-166.
- LOBO, R.A. (1990) - Cardiovascular implications of estrogen replacement therapy. *Obstet. Gynecol.* 75, suppl: 18S-25S; discussão 31S-35S.
- MACARTHUR, Janet W.(1981) - The contemporary menopause. *Primary Care*, 8(1): 141-164.
- MARTIN, Emily (1988) - Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause. *International Journal of Health Services*, 18(2): 237-254.
- MATTHEWS, Karen A. (1992) - Myths and realities of the menopause. *Psychosomatic medicine, journal of the American Psychosomatic Society*, 54(1): 1-9.
- MEDRADO, Benedito D. (1997) - *O masculino na mídia: repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica - PUC/SP.
- MENDONÇA, Eliana A. P. (1996) - *A influência dos padrões sócio culturais na problemática da mulher no climatério-menopausa*. Relatório final - Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas
- MELDRUM, D.R. (1983) - Perimenopausal menstrual problems. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 26(3): 762-768.
- MICELI, Sergio (1992) - Introdução: a força do sentido. In: _____(org. e seleção de textos de Pierre Bourdieu), *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- PEARCE, J. ; HAWTON, K.; BLAKE, F. (1995) - Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *The British Journal Psychiatry*, 167(2): 163-73.
- MONTEIRO, I.; RUIZ, I.; HERNANDEZ, I. (1993) - Social functioning as a significant factor in women's help-seeking behaviour during the climacteric period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(4): 178-183.

- PERROT, Michele (1993) - Entrevista. *Projeto História*, 10: 125-138.
- POLIT, Denise F.; LAROCCO, Susan A. (1980) - Social and psychological correlates of menopausal symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 42(3): 335-345.
- POTTER, Jonathan (1996) - Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. In: RICHARDSON, T.E. (org.) *Handbook of qualitative research methods*. Leicester, UK: BPS Books.
- RORTY, Richard (1979) - *Philosophy and the mirror of nature*. Obra consultada: *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume e Dumará, 1995.
- SANT'ANNA, Denise B. (1995) - Corpo e história. *Cadernos de Subjetividade*, 3(2): 243-266.
- SARDENBERG, Cecília, M.B. (1994) - De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica. *Revista Estudos Feministas*, 2(2): 314-343.
- SHANGOLD, M.M. (1990) - Exercise in the menopausal woman. *Obstetrics and Gynecology*, 75(4): suppl. 53S-58S.
- SHARMA, Vinod K. (1983) - The construction and development of a Menopausal Symptom Checklist. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 10(1): 63-70.
- SARREL, P.M. (1990) - Sexuality and menopause. *Obstetric Gynecology*, 75(4): suppl. 26S-30S, discussion 31S-35S.
- SHAVER, J.L. & PAULSEN, V.M. (1993) - Sleep, psychological distress, and somatic symptoms in perimenopausal women. *Family Practice Research Journal*, 13(4): 373-384.
- SHOTTER, John (1993) - *Cultural politics of everyday life*. Open University Press, Buckingham.
- SOMERS, Margaret R. (1994) - The narrative constitution of identity: a relational and network approach. *Theory and Society*, oct.: 605-649.
- SOUZA, Solange J. (1997) - Mikhail Bakhtin e Walter Benjamin: polifonia, alegoria e o conceito de verdade no discurso da ciência contemporânea. In: BRAIT, Beth (org.) *Bakhtin, dialogismo e construção de sentido*. Campinas: Unicamp. p. 331-346.
- SPINK, Mary Jane P. (1993) - O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9(3): 300-308.
- SPINK, Mary Jane P. (1994) - A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In:

- _____ (org.) *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez.
- SPINK, Mary Jane P. (1995) - Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: JOVCHELOVITCH E GUARESH (orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes.
- SPINK, Mary Jane P. (1996a) - A incredulidade frente às metanarrativas polissemia e intersubjetividade no debate epistemológico contemporâneo. In: PASSOS, Consuelo (org.) *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos - interfaces*. São Paulo: Plexus.
- SPINK, Mary Jane P. (1996b) - O discurso como produção de sentido. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (org.) *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em Representação Social*. Coletâneas da ANPEPP, 1(10): 37-46, Florianópolis, SC.
- SPINK, Mary Jane P. (1997) - O sentido da doença: a contribuição dos métodos qualitativos na pesquisa sobre o câncer. In: GIMENEZ, Maria da Glória (org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy.
- SWARTZMAN, Leora; EDELBERG, Robert; KEMMANN, Ekkehard (1990) - Impact of stress on objectively recorded menopausal hot flushes and on flush report bias. *Health Psychology*, 9(5): 529-545.
- USSHER, Jane M. (1992) - Research and theory related to female reproduction: implications for clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*. 31: 129-151.
- VATTIMO, Gianni (1990) - Dialéctica, diferencia y pensamiento débil. In: _____ y ROVATTI, Aldo (eds.) *El pensamiento débil*. Colección Teorema. P. 11-42.
- WERTSCH, James Z. (1991) - Beyond Vygotsky: Bakhtin's contribution. In: *Voices of the mind*. Cambridge: Harvard University Press, p. 46-66.
- WILLBUSH, Joel (1979) - La menospausie - the birth of a syndrome. *Maturitas*, 1: 145-151.
- WILLBUSH, Joel (1980) - Tilt, E.J. and the Change of Life (1857) the only work on the subject in the English language. *Maturitas*, 2: 259-267.
- WILLBUSH, Joel (1988) - Menorrhagia and menopause: a historical review. *Maturitas*, 10: 5-26.
- WILLBUSH, Joel (1988) - Menopause and menorrhagia: a historical exploration. *Maturitas*. 10: 83-108.

WOOLGAR, Steve (1996) - Psychology, qualitative methods and the ideas of science.
In: RICHARDSON, T.E. (org.) *Handbook of qualitative research methods*. Leicester,
UK: BPS Books.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996) - *Research on the Menopause in the
1990s* - Report of the WHO Scientific Group. Geneva: Ed. World Health
Organization.

YOUNG, R.L.; KUMAR, N.S.; GOLDZIEHER, J.W. (1990) - Management of
menopause when estrogen cannot be used. *Drugs*. 40(2): 220-30.

O ASSUNTO É MENOPAUSA

A. DEPOIMENTOS DO COTIDIANO¹¹¹

DEPOIMENTO 1

1. Contexto (outubro de 1996)

Estava participando de um curso e o professor solicitou que cada participante falasse resumidamente sobre seu tema de pesquisa. Logo após eu falar sobre o meu tema, uma das participantes fez o seguinte relato:

2. Depoimento

Imagine que hoje durante uma reunião de professores, veio um coordenador para tentar resolver uma série de problemas que estavam ocorrendo entre a diretora e os professores. Eu fiquei revoltada: durante a reunião ele disse que os problemas que estavam ocorrendo eram causados pela instabilidade de humor da diretora, pois estava na menopausa e vivia tendo altos e baixos.

3. Fluxo de associação das idéias

<ul style="list-style-type: none"> coordenador disse — problemas de relações no ambiente de trabalho eram causados <ul style="list-style-type: none"> instabilidade — altos e baixos de humor <ul style="list-style-type: none"> menopausa da diretora (eu) fiquei revoltada (professora que faz o relato)
--

4. Repertórios

Menopausa	Instabilidade de humor, altos e baixos, causa de problemas de relacionamento.
Tônica afetiva	de quem recebe a explicação: revolta de quem vive a menopausa: instabilidade de humor

6. Uso dos repertórios

Neste caso, o coordenador utiliza-se da possível menopausa da diretora como explicação causal para sua instabilidade emocional, caracterizada por altos e baixos, e que estariam provocando os problemas de relações no ambiente de trabalho.

Na esteira dessa associação detectamos ressonâncias de discursos que advogam a inadequação da mulher para a vida pública, podendo as razões recaírem na gravidez, no período de menstruação ou na menopausa.

¹¹¹ Com exceção do nome da pesquisadora, Vera, todos os nomes utilizados são fictícios.

A instabilidade de humor que se traduz numa afetividade desordenada tem sido associada à mulher e aos seus órgãos procriativos há séculos. Na associação feita pelo coordenador entre menopausa e instabilidade emocional podemos detectar ecos de vozes pertencentes a diferentes épocas. As versões explicativas sobre o quadro de histeria, fortemente caracterizado pela labilidade emocional, tinham como fundamento um órgão reprodutivo: “útero errante” (antigüidade), “involução ovariana” e “teoria dos nervos” (século XIX) e “deficiência hormonal” (século XX).

DEPOIMENTO 2 (setembro/96)

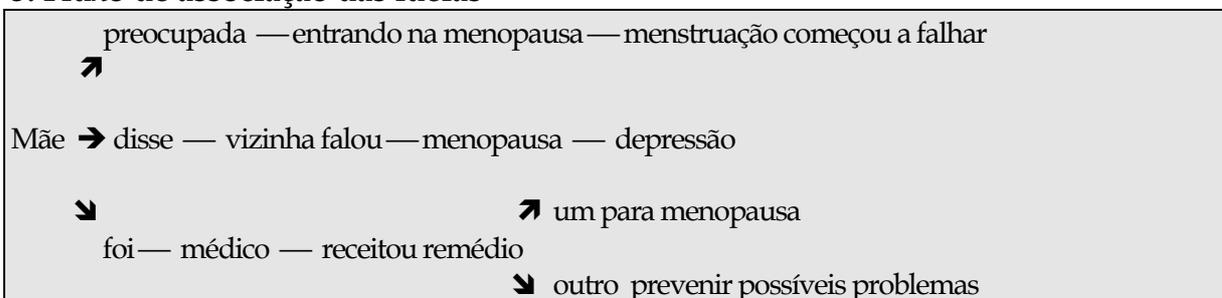
1. Contexto

Ao subir a rampa da universidade, conversando com um colega, este relatou-me uma conversa que tivera com sua mãe, perguntando-me se conhecia os remédios que ela estava tomando. Este colega tem 27 anos, é psicólogo e tinha conhecimento da pesquisa sobre menopausa que eu estava desenvolvendo. Na ocasião solicitei o seu consentimento para que o relato fosse utilizado na pesquisa.

2. Depoimento

Minha mãe está preocupada porque está entrando na menopausa, sua menstruação começou falhar. Disse que a vizinha falou que a menopausa dá depressão. Ela foi ao médico e ele receitou dois remédios: um para a menopausa e outro para prevenir possíveis problemas.

3. Fluxo de associação das idéias



4. Repertórios

Menopausa	Depressão, menstruação falhando, remédios
Tônica afetiva	da mãe e do filho: preocupação

5. Uso dos repertórios

A voz da vizinha alerta sobre a depressão fazendo uma associação direta entre menopausa e depressão. Os repertórios associados à menopausa funcionam como um alarme sobre as possíveis conseqüências da menopausa: remédios para menopausa e prevenção de possíveis problemas.

DEPOIMENTO 3 (setembro/95)

1. Contexto

Estava trabalhando no levantamento de teses e dissertações sobre menopausa em uma biblioteca. Saí para tomar um cafezinho. Uma bibliotecária (aparentando uns 29 anos) aproximou-se e começou a conversar. Na biblioteca havia visto que eu estava pesquisando trabalhos sobre menopausa.

2. Depoimento

Fátima(P1): Nossa... você está pesquisando menopausa?

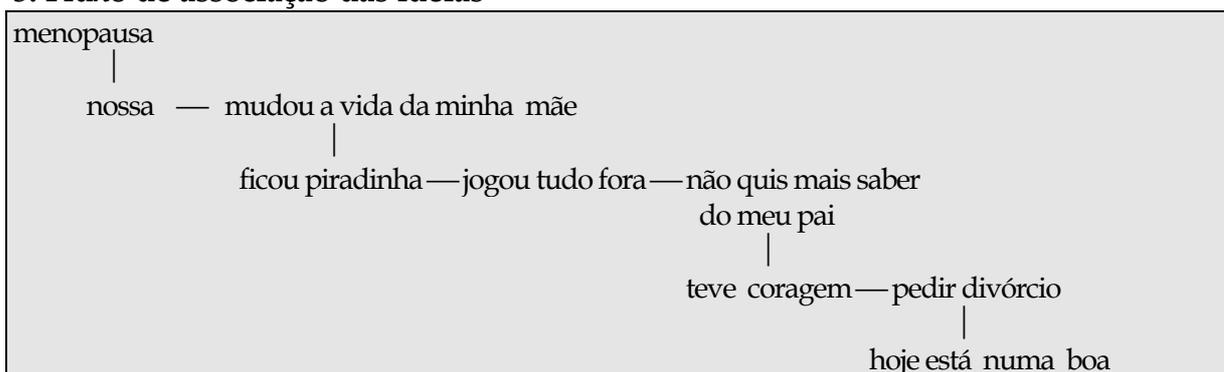
Vera(P2): Sim, estou.

Fátima(P1): Menopausa... nossa, ela mudou a vida da minha mãe. Ela ficou "piradinha". De repente, jogou tudo para o alto. Não quis mais saber do meu pai. E olha, 30 anos de casada, ela teve coragem de pedir o divórcio.

Pensando bem, sabe que hoje ela está numa boa!

(um rapaz aproximou-se e começou a conversar com Fátima)

3. Fluxo de associação das idéias



4. Repertórios

Menopausa	piradinha, mudança boa
Tônica afetiva	surpresa (nossa), coragem

5. Uso dos repertórios

Encontramos uma associação direta entre menopausa - piradinha - ato de coragem. Novamente emerge a associação de destempero emocional ligado à menopausa. Neste relato, no entanto, a idéia de crise e surto aparece associada a uma mudança que, segundo a filha, provocou conseqüências boas na vida de sua mãe. As implicações negativas que porventura estivessem contidas nas idéias de crise e surto foram resignificadas frente ao acerto da mudança, tanto que não é utilizada a palavra louca e sim "piradinha".

DEPOIMENTO 4 (1997)

1. Contexto

Uma amiga (psicóloga, 33 anos) telefonou relatando uma situação que presenciara no ônibus naquela tarde. Disse ter achado a conversa que ouvira muito engraçada. Posteriormente entregou-me o relato por escrito.

2. Depoimento/conversa

Um fim de tarde, peguei o ônibus Lapa - Praça Ramos em direção à Pompéia. Passando pela roleta vi um grupo de meninos (aprox. 10/11 anos) sentados nos últimos bancos do ônibus brincando e conversando animadamente, num astral muito bom.

Sentei no meio do ônibus e fiquei ouvindo suas brincadeiras. Até que um menino começou a falar em tom agressivo com um dos companheiros. O outro respondeu: "Que é isso meu, tá na menopausa?"

Os demais começaram a rir do comentário e a desafiar o menino: "O que é, você nem sabe o que é menopausa!"

O autor da frase argumentava: "Sei sim, sei sim.". Aí, entre risinhos baixos, perguntaram: "Então fala, diz se você sabe."

Respondeu: "Sei sim - menopausa é quando alguém fica nervoso."

Os demais desataram a rir e entre cochichos diziam que não era. No ouvido lhe disseram algo."

3. Dinâmica da conversa

A dinâmica está permeada por um clima de brincadeira e zombaria, típico de meninos dessa idade, em que falar de coisas consideradas como tabu e cercadas de segredinhos é sempre muito excitante. Neste clima de brincadeira também se estabelece hierarquias de saber e competição: um menino fala de forma agressiva com o outro; este revida aplicando-lhe um nome; os outros o desafiam sobre o significado do nome que usara; ele aceita o desafio e dá o significado; os outros o refutam e provavelmente cochicham um outro significado que, por ser um segredo de coisas de mulher, não pode ser expresso abertamente.

4. Fluxo de associação das idéias

P1:	Que é isso meu? — está na menopausa?
P2,3,4...	O que é? — você nem sabe o que é menopausa!
P1:	Sei sim — sei sim
P2,3,4:	Então fala — diz se você sabe?
P1:	Sei sim menopausa — alguém que fica nervoso

5. Repertórios

Menopausa	alguém nervoso, segredo, tabu
Tônica afetiva da conversa	alegria, brincadeira, agressividade, disputa

6. Uso dos repertórios

Podemos notar que um dos garotos utiliza o termo menopausa para qualquer pessoa que esteja nervosa, dissociando o termo do sexo feminino. A ressonância está na tônica afetiva de destempero que tem sido associada ao termo menopausa ao longo da história. A associação entre nervoso e menopausa pode ter sua origem em alguma situação familiar presenciada pelo garoto.

Os garotos que refutam e cochicham sobre outro possível significado nos remetem aos tabus que cercam conversas sobre sexualidade e repertórios que possam estar associados a este tema.

B. CONVERSAS DO COTIDIANO

CONVERSA 1 (1995)

1. Contexto

Estava tomando cafezinho com uma amiga e falávamos de assuntos variados antes de surgir o tema menopausa. Maria tem 24 anos, é psicóloga e sabia sobre a pesquisa. Na ocasião, não havia decidido utilizar as conversas do diário de campo como material de análise. Posteriormente, mostrei o texto a ela e solicitei seu consentimento para a utilização do material.

2. Conversa

Maria(P1): Minha mãe está entrando na menopausa. Ela anda bastante triste.

Vera(P2): E você acha que é por causa da menopausa?

Maria(P1): Acho que sim, outro dia ela disse que gostaria de ler algo diferente sobre a menopausa, que está cansada de ler os artigos que têm saído em jornais e revistas. Mas... bom, acho que ela está triste também porque a casa está ficando vazia. Meu irmão casou-se e eu já estou cuidando da minha vida.

(chegou uma outra pessoa avisando-a que a aula já havia começado, interrompendo a conversa.)

Maria(P1): (antes de sair) Se você precisar de um sujeito para a sua pesquisa, acho que minha mãe vai gostar de poder falar sobre aquele assunto.

3. Dinâmica da conversa

A conversa revela um clima de troca de confidências. P1 faz duas afirmativas associativas; P2 faz uma pergunta e, de alguma forma, aponta uma

anos) e pediu licença para sentar-se à mesa. Enquanto eu recolhia os artigos, fez um comentário sobre menopausa. Esta conversa foi extremamente fugaz, pois assim que fez o comentário alguém chamou o número de sua senha. Não foi possível falar sobre minha pesquisa.

2. Conversa

Jurema (P1): *Ai, mulher na menopausa é um saco (deu um longo suspiro): Só sabem lamentar e reclamar da vida, principalmente na periferia. Alguns colegas não querem nem escutar, receitam logo hormônio, mesmo para senhoras mais idosas. Eu já sou mais cuidadosa, não é para todo mundo que receito hormônio.*

Vera(P2): *Por que você acha que elas lamentam tanto?*

Jurema(P1): *Tem o problema hormonal, mudança e tal... mas eu acho que essa lamúria toda é mais questão de cabeça. Quando percebem que estão envelhecendo, começam a ver o que foi a vida delas. Elas sofrem bastante, mas eu não posso consertar tudo o que deu errado na vida delas.*

(Neste momento chamam o número de sua senha e Jurema sai. Pelo teor da conversa e a referência a receitar remédio, deduz-se que seja médica)

3. Dinâmica da conversa

P1 faz uma afirmativa em tom de desabafo/saco cheio; P2 faz uma pergunta enfocando um dos repertórios utilizados, o que direciona o tipo de resposta explicativa de P1.

4. Fluxo de associação das idéias

<p>P1: Mulher na menopausa é um saco — só sabem lamentar — reclamar</p> <p style="text-align: center;"> principalmente da periferia</p> <ul style="list-style-type: none"> • uns colegas receitam logo hormônio — mesmo p/ idosas • eu mais cuidadosa — não receito hormônio para todas
<p>P2: [E: Por que você acha que elas lamentam tanto?]</p>
<p>P1: Problema hormonal — mudança e tal</p> <p style="text-align: center;"> eu acho lamúria — mais de cabeça</p> <ul style="list-style-type: none"> • (elas) estão envelhecendo — (revêem) vida delas — sofrem • eu não posso consertar — o que deu errado na vida delas

5. Repertórios

Menopausa	mudança hormonal, remédio, envelhecimento
Tônica afetiva	da conversa: “saco” atribuída à mulher na menopausa: lamento, reclamação, sofrimento

6. Uso dos repertórios

As adversidades da mulher na menopausa são explicadas a partir dos eixos biológico (mudança hormonal), psicológico (de cabeça) e social (periferia). No entanto, a explicitação das queixas é creditada a fatores intrapsíquicos, ou seja, essas mulheres não conseguem lidar com os seus próprios problemas: a vida difícil que levam e o processo de envelhecimento. Esses três eixos estão presentes na literatura científica por nós analisada.

É interessante notarmos que Jurema fala do lamento e reclamação das mulheres que estão na menopausa. Mas, ao mesmo tempo, ela própria reclama das mulheres e de sua impotência frente a problemas que ultrapassam o campo médico: classe social, sentido cultural do envelhecimento, além do próprio sistema de saúde pública que apresenta condições precárias tanto de trabalho como de atendimento ao usuário.

CONVERSA 3 (1996)

1. Contexto

Numa clínica de fisioterapia, três mulheres conversavam. Eu estava sentada esperando por uma amiga. Entrei na conversa depois. Ao final da conversa expliquei a elas o trabalho que estava fazendo e solicitei consentimento para utilizar as anotações daquele material. Elas concordaram e forneceram a idade e escolaridade.

Dalila: 42 anos (2º. grau)

Eleonor: 55 anos (curso técnico) - fisioterapeuta

Conceição: 65 anos (4º. série do 1º. grau)

2. Conversa

Dalila (P1): Puxa, Leonor, aquele remédio que o médico receitou é realmente bom. Sabe que depois de 2 anos sem menstruação desceu na semana passada. Estou me sentindo tão bem, é como se eu estivesse purificada.

Eleonor(P2): Você sabe que o médico me diz que a menstruação realmente funciona como um eliminador das impurezas. Eu também acho, a mulher com menstruação tem mais saúde. Eu também comecei tomar o remédio.

Vera (P3): Desculpe a intromissão, que remédio é esse?

Dalila e Eleonor (P1;P2): A gente não sabe o nome, mas é hormônio.

Conceição(P4): Acho que já estou velha para tomar esse remédio, faz dez anos que parou de descer para mim. Antes eu achava um saco esse negócio de menstruação, mas depois que parou é que eu vi como era bom para a saúde da gente. Agora não sou mais a mesma mulher.

Vera (P3): Como assim?

Conceição(P4): Antes eu era mais animada, tinha mais disposição. Não por essas coisas de sexo, porque eu nunca gostei. Fazia por obrigação. Agora graças a Deus meu marido ficou impotente e não me amola mais.

Dalila(P1): Ah! Eu gosto de fazer sexo com meu marido. Mas sem a menstruação eu fiquei meio sem vontade. Agora que desceu de novo me sinto mulher novamente.

Menstruação	eliminador de impurezas, mais saudável, vida sexual ativa
Tônica afetiva	menopausa: não sentir-se mulher menstruação: sentir-se mulher, ânimo, disposição, um saco

6. Uso dos repertórios

O termo menopausa não é utilizado nesta conversa. Em seu lugar há referência à falta da menstruação. Esta, por sua vez, aparece como um fator de debilitação da saúde da mulher, de perda da feminilidade e do desejo sexual. O sangue menstrual é visto a partir de sua função purificadora do corpo. Para estas mulheres o ciclo menstrual é condição necessária para ser mulher, ter saúde e vida sexual ativa.

No caso da relação sexual, a lógica de menstruar para ter sexo é quebrada pela Conceição quando lembra que achava a menstruação um saco, e fazia sexo por obrigação. Neste caso, a menopausa pode ter significado um alívio. E, agora que o marido está impotente, até gostaria de voltar a menstruar para ter melhor saúde.

O sentido desses repertórios nos remete à teoria dos humores, em que o sangue menstrual significa equilíbrio para a saúde (purificação das impurezas) e sua “retenção” provoca a destruição dos órgãos e o envelhecimento. Em contrapartida, menciona-se o parecer médico contemporâneo como aval científico para esta explicação.

Os repertórios aqui utilizados também trazem a discussão sobre o gerenciamento da menopausa através de medicação. Destacamos a singularidade do sentido atribuído à reposição hormonal - uma concepção medicamentosa contemporânea - que é utilizada com um sentido similar ao atribuído aos medicamentos ministrados há séculos, ou seja, dar vazão ao sangue poluído e não repor algo que esteja faltando ao organismo.

CONVERSA 4 (1995)

1. Contexto

Estávamos conversando e tomando cerveja num bar típico de estudantes: som alto, muito barulho, interrupções nas conversas. Um dos assuntos em pauta era o que cada um estava fazendo em termos profissionais. No momento deste relato estávamos em três pessoas: Rafael (psicólogo 28 anos), Clara (psicóloga, 23 anos), Vera (psicóloga e mestranda, 43).

2. Conversa

(...)

Vera (P2): O tema da minha pesquisa é menopausa.

Rafael(P1): Menopausa? Que assunto horrível.

Vera(P2): É? O que isso faz você lembrar?

Rafael(P1): Sei lá... Mas fico pensando que a mulher deve sofrer muito... é como se fosse um aleijão.

Vera(P2): Aleijão? Não entendi.

Rafael(P1): É como alguém perder uma perna, um braço. A mulher perde a capacidade de gerar um filho, fica como uma árvore seca.

Clara(P3): Acho que deve ser difícil entrar na menopausa. Mas não pode ser comparada a um aleijão. Perder uma perna e um braço é um acidente, não está na natureza. Agora, a menopausa é da natureza da mulher.

(Chegaram outras pessoas e a conversa dispersou-se.)

3. Dinâmica da conversa

Inicialmente a conversa girava num clima de total descontração que acompanhava o ambiente do bar (muitos estudantes, brindes, gargalhadas). A referência da menopausa como tema de pesquisa provoca uma ruptura na conversa, provocando uma reação em P1; P2 solicita seu posicionamento frente ao enunciado feito; P1 utiliza uma metáfora para dar sentido à menopausa; P2 choca-se com a metáfora, mas apenas solicita outra explicação; P1 exemplifica sua comparação, trazendo outras associações comparativas; P3 refuta a comparação, mas concorda com parte do argumento.

4. Fluxo de associação das idéias

P1. Menopausa? — que assunto horrível...
P2: [É? O que isso faz você lembrar?]
P1: (Eu) sei lá... fico pensando... mulher deve sofrer — como se fosse aleijão
P2: [E: Aleijão? Não entendi.]
P1. É como alguém perder perna/braço mulher — perde capacidade de gerar filho fica como uma árvore seca
P2. (Eu) acho deve ser difícil menopausa não aleijão — perder braço/perna — é acidente — não é da natureza menopausa é da natureza da mulher

5. Repertórios

Menopausa	aleijão, perda da capacidade reprodutiva, árvore seca, da natureza da mulher
Tônica afetiva	quem vive a menopausa: dificuldade, sofrimento

6. Uso dos repertórios

A menopausa, personificada pelo fim da capacidade procriativa, é associada a sofrimento e ao fim da própria vida.

Os repertórios utilizados por Rafael colocam a mulher na menopausa na condição de deficiente físico, em que o fim da capacidade reprodutiva remete à improdutividade como pessoa (árvore seca). Mesmo aventando-se a hipótese de que a metáfora de aleijão tenha sido uma brincadeira, fica explícita a circulação de repertórios pelo imaginário social, que interpretam a função reprodutiva da mulher como um fim em si mesmo.

A centralização da mulher como reprodutora encontra ressonâncias em discursos (biomédicos, psicológicos e sociais) de várias épocas.

No caso de Clara, ela refuta a metáfora da deficiência, mas reafirma a dificuldade que significa entrar na menopausa, como se tal dificuldade fosse da natureza da mulher e, portanto, universal. Esta concepção encontra forte ressonância na idéia de que a menopausa constitui-se num período de crise e dificuldades, que podem estar ligados a diferentes fatores inter-relacionados. Porém, a idéia de dificuldade ganha vida própria e passa a circular descolada desses fatores, cristalizando-se no imaginário social uma dificuldade inerente à menopausa.

CONVERSA 5 (1996)

1. Contexto

Quatro mulheres conversavam na varanda da casa de uma delas. Como era um feriado havia muitas pessoas circulando pela casa. (Marina: (50), curso superior; Olívia: (50) curso superior; e Marta: (67), primeiro grau; Vera: (44) - pesquisadora)

2. Conversa

Marina (P1): (quando entrei na varanda) Vera, esta semana lembrei de você e da pesquisa que você está fazendo. Fui assistir uma palestra sobre menopausa, fiquei pasma... nunca pensei que entrar na menopausa fosse tão arriscado. É depressão, osteoporose, doença cardíaca, ondas de calor, insônia, sei lá... ele (um ginecologista) falou tanta coisa que nem me lembro mais. Disse que toda mulher na menopausa tem que consultar um ginecologista, fazer todos os exames de prevenção para fazer a terapia de reposição hormonal.

Vera (P2): O que você acha disso tudo?

Marina (P1): Nem sei ainda... Marta, na época que você passou pela menopausa não tinha nada disso, tinha?

Marta(P3): Imagina. Nem se falava de tratamento. Eu lembro que chorei muito quando minha menstruação parou de vir. Eu falava para o Mário: que sentido teve o nosso casamento se nem um filho a gente pode ter. Fiquei muito deprimida porque aí era o fim da minha esperança de ter um filho. Enquanto eu estava menstruando sempre tinha esperança. Foi só depois disso que concordei com o Mário de adotar um filho. Olha como foi bom, agora a M. já está com 13 anos.

Marina(P1): *Você ficou deprimida porque viu que não podia mais ter filhos, não foi por causa da menopausa.*

Marta(P3): *É acho que sim... É fora isso não senti nada. Só depois que começou dar ondas de calor, até hoje tenho. Será que se agora eu fizer tratamento melhora essa onda de calor? Vou perguntar para o meu médico.*

Marina(P1): *Eu não esperei parar a menstruação para adotar os filhos. Ainda bem. Eu não sinto nada. Mas vou fazer os exames. Depois eu decido o que fazer. Minhas amigas estão todas divididas: uma me disse que não vai tomar hormônio, vai procurar um médico que ela sabe que é contra tomar hormônio, a outra vai num médico que ela sabe que dá hormônio.*

Olívia(P4): *A minha menstruação ainda não começou falhar. O meu médico disse que é bom esperar, não tem necessidade de tomar hormônio sem precisar... eu só ando ficando muito irritada antes da menstruação...*

(entram três homens, alguns adolescentes... falando alto, rindo...)

Antônio (P5): *(marido de uma das mulheres) (vendo que eu estava com o gravador ligado) Vera, deixa de ser CDF, aqui não é lugar de trabalhar, dá um tempo...*

Vera: (P2): *O assunto aqui é menopausa...*

Antônio(P5): *A é? Vou contar uma piada...*

Jacob estava rezando no muro de lamentações, em Jerusalém, quando apareceu um gênio:
Gênio: *Resolvi ajudar você Jacob. Mas você só pode fazer um pedido, só um, pense bem...*
Jacob: *(Pensou, pensou...) Eu quero que você promova a paz no Oriente Médio.*
Gênio: *Caramba! Logo isso você foi me pedir. Isso vai ser muito difícil... Mas vamos lá: traga os mapas com todas as regiões de conflito.*
(Jacob passou dois dias preparando a pilha de mapas)
Jacob: *Gênio, aqui estão os mapas.*
(O Gênio passou três dias estudando os mapas e foi procurar o Jacob)
Gênio: *Jacob, o seu pedido é impossível de ser atendido. Pode fazer um outro pedido.*
Jacob: *(Pensou... pensou... coçou a cabeça... ficou meio sem jeito...) Será que você podia dar um jeito na Sara... faz alguns anos que a gente não dá... o Gênio sabe né?*
Gênio: *Vou ver o que posso fazer.*
(O Gênio passou mais três dias estudando a Sara e foi procurar o Jacob)
Gênio: *Jacob... traz os mapas de volta....*

(gargalhadas...)

Mulheres: machistas, porcochauvinistas, até parece que estão com tudo em cima...

3. Dinâmica da conversa

A conversa começa serena, amigável com um ar de cumplicidade no ar: P1 comenta a palestra, mostrando surpresa e ceticismo sobre o que ouvira na palestra; P2 pergunta sobre seu posicionamento; P1 busca reforço em P3 devido sua experiência; P3 reafirma o ceticismo de P1, mas relembra os problemas emocionais que permeou sua menopausa, entrando numa breve narrativa de vida; P1 contra-argumenta a ligação entre depressão e menopausa; P3 concorda, mas interroga sobre a possibilidade de procurar um médico para fazer tratamento das ondas de calor.

P1, ignorando as dúvidas de P3, posiciona-se numa situação de vantagem frente a P3, depois volta à linha argumentativa sobre sua dúvida em fazer o tratamento, trazendo exemplos de posicionamentos de suas amigas.

P4 entra na conversa trazendo o parecer de seu médico, posicionando-se num outro patamar pelo fato de ainda estar menstruando.

Com a entrada dos homens e adolescentes (homens e mulheres) a dinâmica da conversa transforma-se totalmente, gerando protestos generalizados que se perdem frente à força da imagem trazida pela piada e pelo clima de gozação.

4. Fluxo de associação de idéias

P1: • (eu) fui assistir palestra menopausa

|
nunca pensei — menopausa fosse arriscado
|
depressão
osteoporose
doença cardíaca
ondas de calor
insônia... — sei lá...

• ele (médico) — falou tanta coisa

|
nem lembro

• disse — toda mulher na menopausa — consultar ginecologista — fazer exames

|
reposição hormonal

P2: [E: O que você acha disso?]

P1: Olha — (eu) nem sei ainda

|
Marta, época você menopausa não tinha nada disso — tinha?

P3: Imagina nem se falava em tratamento

|
enquanto menstruava — tinha esperança (filho)

|
parou menstruação — chorei muito

|
falava p/ Mário — do sentido casamento sem filho

|
fiquei deprimida — fim esperança filho

|
depois concordei adotar filho

|
foi bom — M 15 anos

↗ porque não podia ter filhos

P1. Você deprimida

↘ não foi da menopausa

↗ fora isso não senti nada

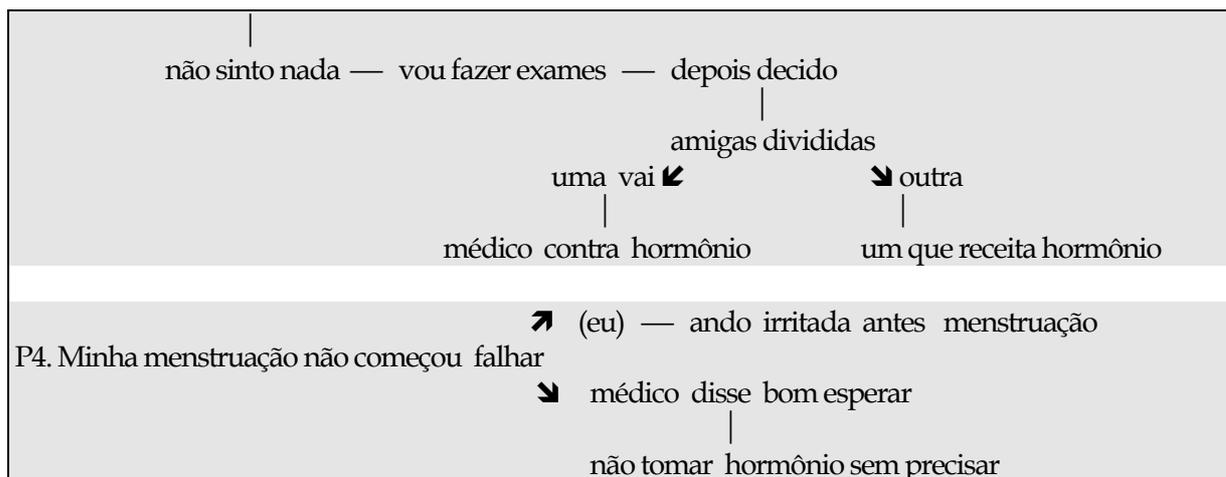
P3. (eu) acho que sim

↘ depois ondas de calor — até hoje

|
agora tratamento melhora? — vou perguntar médico

P1. Eu não esperei parar menstruação

|
adotei filhos



5. Repertórios

Conversa das mulheres:

Menopausa	depressão, osteoporose, doença cardíaca, ondas de calor, insônia, irregularidade ciclo menstrual, fim da menstruação, fim da capacidade reprodutiva, reposição hormonal
Tônica afetiva	dúvida, choro, fim da esperança de ter filho

Piada:

Menopausa	(fim da atividade sexual; fim de linha)
Tônica afetiva	de quem conta a piada: gozação

6. Uso dos repertórios

Nesta conversa emerge o estranhamento e dúvida frente aos repertórios associados à menopausa (lista de possíveis problemas), sendo as ondas de calor o repertório que pareceu ser o mais familiar, a depressão foi conectada ao fim da esperança de ter um filho. A presença do ciclo menstrual é colocada como possibilidade de gerar um filho.

Ao se discutir a reposição hormonal, através da evocação de vozes de médicos, emerge a polêmica existente entre os médicos sobre esse tipo de medicação.

A lista de problemas creditados à menopausa (depressão, osteoporose, doença cardíaca, ondas de calor, insônia), apresentada na palestra, traduz a forma contemporânea de se abordar a menopausa, principalmente na vertente médica, em que o seu gerenciamento com reposição hormonal é colocado como uma necessidade para toda mulher que entra na menopausa.

Na piada o que chama a atenção é que ela pode ser aplicada a vários contextos. Isto é, o desfecho pode ser outro, por exemplo um time de futebol que está indo mal num campeonato nacional, o que permanece é sempre um desfecho que coloca a imagem do outro como algo irrecuperável. No contexto da conversa, em que quatro mulheres falavam de menopausa, uma voz masculina utiliza-se da piada dando-lhe como desfecho a imagem de fim de linha da mulher na menopausa que circula pelo nosso imaginário social.

CONVERSA 6 (1996)

1. Contexto

Durante o intervalo de uma conferência, várias mulheres conversavam no cafezinho. O trecho abaixo refere-se à fala de três delas. Duas das mulheres aparentavam ter entre 40-50 anos e a terceira por volta de 60 anos.

2. Conversa

Maria(P1): Depois que comecei tomar o hormônio minha vida ficou mais alegre, fiquei mais disposta, minha pele deu uma melhorada! (passando as mãos pelo rosto e mostrando a pele para as outras duas mulheres)

Joana(P2): (olhando para P1) Depois que nós conversamos, tomei coragem e fui conversar com o médico que você recomendou. Fiz vários exames e comecei a reposição hormonal. Você tinha razão, estou me sentindo bem melhor. Eu andava muito cansada e desanimada. Espero não apresentar nenhum tipo de rejeição...

Antônia(P3): Aí está o meu temor, de possíveis efeitos colaterais.

Maria(P1): Mas Antônia, primeiro você precisa fazer os exames de taxa hormonal. Este médico que estou indo é muito cuidadoso...

Antônia(P3): Eu não sei... ainda não decidi pelo hormônio. Minha menopausa já passou, eu não senti nada. Agora essa história de osteoporose... não sei... Antes preciso resolver algumas coisas minhas, comigo mesmo. Se for para tomar hormônio vou procurar um endocrinologista, não confio em ginecologista para esse tipo de tratamento. Minha irmã estava fazendo reposição hormonal e ficou com super calcificação. E... tem o problema da menstruação, não quero voltar a menstruar.

(aproxima-se um senhor e começa a conversar com elas sobre a conferência)

3. Dinâmica da conversa

Clima de confidências de mulheres. P1 relata os benefícios da reposição hormonal; P2 concorda com P1 argumentando a favor da reposição hormonal; P3 introduz uma ruptura na linha argumentativa trazendo à tona a possibilidade de efeitos colaterais; P1 contra-argumenta citando a capacidade do médico; P3 insiste na sua dúvida trazendo como argumento o exemplo de um caso de efeito colateral. A confidência termina com a chegada de um homem. O assunto passa a ser a conferência.

4. Fluxo de associação das idéias

<p>P1. Depois que comecei tomar hormônio</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">minha vida ficou mais alegre</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">fiquei mais disposta — minha pele deu uma melhorada</p>
<p>P2. : Nós conversamos — você tinha razão</p> <ul style="list-style-type: none"> • (eu) andava cansada — desanimada • (eu) tomei coragem — conversar médico — você recomendou • me sentindo melhor — fiz exames — comecei reposição hormonal <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">espero não ter rejeição</p>
<p>P3. Aí está meu temor — efeitos colaterais</p>
<p>P1: Antônia — primeiro o exame de taxa hormonal</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">médico (o meu) é muito cuidadoso</p>
<p style="text-align: center;">↗ menopausa passou — não tive nada</p>
<p>P3: eu não sei — não decidi pelo hormônio → agora essa história osteoporose — não sei</p> <p style="text-align: center;">↘ antes resolver coisas minhas — comigo mesmo</p> <p style="text-align: center;">↗ procuro endocrinologista — não confio ginecologista esse tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • se hormônio → tem problema menstruação — não quero voltar menstruar <p style="text-align: center;">↘ minha irmã — fazendo reposição hormonal</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">ficou com super-calcificação</p>

5. Repertórios

Menopausa	sem menstruação, ausência de sintomas, cansaço, desânimo hormônio, osteoporose.
Tônica afetiva	desânimo
Hormônio	maior disposição, pele melhor; super-calcificação, (volta de menstruação), efeitos colaterais
Tônica afetiva	alegria, sentindo melhor, dúvida, temor, desconfiança.

6. Uso dos repertórios

Os repertórios que se aglutinam em torno da menopausa estão ligados à medicalização. Esta, por sua vez, refere-se tanto às questões de saúde (prevenção de osteoporose, maior disposição física) como também à esperança de um possível rejuvenescimento (pele mais lisa). Temos também a associação à equação risco-benefício (super-calcificação) e a volta do ciclo menstrual, que no caso da senhora mais velha redonda em algo indesejável.

CONVERSA 7 (1996)

1. Contexto

Num sábado pela manhã bateram à porta de minha casa. Nosso grau de conhecimento resume-se a saudações cotidianas (como vai, bom dia, etc.) e algumas trocas sobre nossas respectivas atividades profissionais. Maria tem curso superior. Foi solicitado consentimento para utilizar a conversa na pesquisa.

2. Conversa

Maria(P1): Bom dia Vera.

Vera(P2): Bom dia. Seja bem-vinda de volta.

Maria(P1): Então Vera, eu estava gostando das montanhas, mas meu marido teve que voltar para trabalhar.

Vera(P2). Vejo que não está gostando de ter voltado.

Maria(P1): Ih! Vera, estou com tanto problema. Minha filha casada acaba de se separar e voltou a morar comigo.

Vera(P2): Maria, entre, vamos conversar aqui dentro.

Maria(P1): Não Vera, eu estou apressada. Vim ver se você não quer dar um pulo lá em casa. Minha filha está vendendo umas roupas. Agora separada a situação está difícil para ela.

Vera(P2): Estou fazendo almoço, mas à tarde vou ver se dou um pulo em sua casa.

Maria (P1): (olhando para o próprio corpo com expressão de desgosto). Você viu como eu engordei? Estou me sentindo uma velha. Eu nem gosto de me arrumar mais, de por uma roupa nova: parece que tudo fica horrível.

Vera(P2): Bom você engordou um pouco, mas não tanto quanto você está falando.

Maria(P1). Engordei sim. Veja você, estou com 43 anos e minha menstruação parou quando eu tinha 40 anos. Naquela época o médico disse que eu era muito nova para ficar sem menstruação, então me receitou hormônio. De lá para cá só fiz engordar. Fico muito irritada, quase não durmo.

Vera(P2): Na época que você foi ao médico estava sentindo alguma coisa?

Maria(P1): Não. Eu não sentia nada. Mas achava que era muito nova para ficar sem menstruar. Parecia que não era mais mulher. Agora estou menstruando mas estou me sentindo um traste, gorda desse jeito. Acho que vou consultar outro médico. Nossa, me desculpe despejei um caminhão de problemas em cima de você.

Vera(P2): Não tem que pedir desculpas. Mesmo porque, você está falando exatamente sobre o meu tema de pesquisa.

Maria(P1): Você está pesquisando a menopausa? Puxa que bom. Se você precisar de um sujeito estou à disposição. A gente faz faculdade, acha que sabe tudo. De repente não consegue entender o que acontece com a gente. Nunca pensei que a menopausa fosse tão terrível. Outra hora a gente conversa mais. Eu preciso ir.

3. Dinâmica da conversa

P1 fala de uma forma que lembra uma catarse, despejando uma sucessão de problemas em que as respostas ou contraposições de P2 não fazem diferença. P1 vai falando, falando, dando a impressão de que tanto faz quem seja a pessoa que tenha como interlocutora. A conversa está muito próxima de um diálogo interno.

As duas vezes que aparecem rupturas é quando P2 pergunta sobre o motivo de sua visita ao médico. P1 responde a pergunta e volta a dialogar consigo mesma. P1 fala de forma rápida, quase sem respirar, num fôlego só e praticamente estática frente à porta.

4. Fluxo de associação das idéias

P1: Você viu como eu engordei? — me sentindo velha	
	nem gosto me arrumar mais — por roupa nova — tudo fica horrível
P2: [E: Você engordou um pouco]	
	mas não tanto quanto está falando
	↗ eu 43 anos — menstruação parou tinha 40
P1: Engordei sim	
	↘ médico disse: — nova para ficar sem menstruação
	receitou hormônio
	de lá para cá só fiz engordar
	agora — ando irritada — quase não durmo
P2: [E: Na época você foi ao médico porque estava sentindo alguma coisa?]	
	↗ (eu) achava nova ficar sem menstruação — parecia não era mais mulher
P1: Não sentia nada	
	↘ agora estou menstruando — mas sentindo um traste gorda desse jeito
	vou consultar outro médico
(...)	
P1: Se precisar de sujeito estou à disposição.	
	a gente faz faculdade — pensa que sabe tudo
	de repente — não entende o que acontece com a gente
	nunca pensei — menopausa fosse tão terrível

5. Repertórios

Menopausa	sem menstruação, terrível
Tônica afetiva	não se sentir mulher

Hormônio	com menstruação, gordura, irritação, insônia.
Tônica afetiva	sentir-se velha, sem vontade, um traste.

6. Uso dos repertórios

Com relação aos repertórios é interessante notarmos que Maria refere-se ao cessar da menstruação sem, no entanto, utilizar o nome menopausa, talvez por sentir-se nova para estar na menopausa. A referência à menopausa vem depois que menciona o nome menopausa. Há também conexão direta entre não menstruar e deixar de ser mulher.

Nesta conversa há enumeração de vários problemas que são colocados como pano de fundo. A grande queixa fica por conta da gordura e o cessar precoce da menstruação. A reposição hormonal é colocada como causa direta da gordura, da irritação e da insônia.

É interessante notarmos que o discurso sobre ser muito nova para ficar sem menstruação é creditado ao médico, mas este mesmo discurso está na base de sua procura por ajuda médica. Apesar de colocar a menstruação como condição para sentir-se mulher, admite que voltar a menstruar não eliminou o seu problema, pois em nossa cultura sentir-se bem também está associado a uma figura jovem e esbelta.

Com todo o entrelaçamento de problemas a busca de solução repousa, novamente, nos cuidados de um outro médico.

CONVERSA 8 (1995)

1. Contexto

Ao final de uma aula, o assunto em pauta era pesquisa de uma forma geral. Uma das mulheres presentes comenta sobre a minha pesquisa, desencadeando a situação abaixo. O consentimento está explícito na conversa.

2. Conversa

Dalva (P1): Ah! Você está pesquisando menopausa?

Vera (P2): Sim, mas ainda estou bem no começo.

Gisela (P3): Ela (Vera) está fazendo um diário de campo.

Dalva (P1): Quando passei pela menopausa, o que já faz muito tempo, escrevi um verso. Nunca foi publicado. Anota aí no seu diário. (escreveu o verso no quadro negro)

*A alma plana, lá embaixo
Na depressão, no vale, no ermo
Como sinal de vida o corpo emite
Ondas de calor
Suo, logo sou.*

(risos generalizados)

Dalva(P1): Agora dá até para rir, mas na época não foi nada engraçado.

Obs. Havia apenas um homem na sala. Ele apenas observava, rindo também.

Vera(P2): Posso mesmo utilizar no meu trabalho?

No poema está presente a associação com a tristeza e solidão, uma afetividade que fica a ermo, perdida, cujo único sinal de vida é dado pelo corpo que emite ondas de calor. As ondas de calor assumem um sentido compensatório.

No depoimento o sangue menstrual emerge como determinante e imprescindível para a mulher continuar sendo desejada pelo marido: estar na menopausa é motivo de vergonha. É preciso esconder e disfarçar.

CONVERSA 9

1. Contexto

Durante uma festa, um grupo de pessoas (4 homens e 3 mulheres), conversavam descontraidamente. Então foi apresentada ao grupo uma outra pessoa (uma senhora entre 60-70 anos). Alguém do grupo falou sobre minha pesquisa, resultando no seguinte comentário:

2. Conversa

P1: A Vera está pesquisando sobre menopausa.

Senhora P2: Menopausa? Que coisa horrível!! É melhor esquecer.

(houve um silêncio geral, inclusive o meu. P2 virou-se para a pessoa ao lado e começou a conversar sobre outro assunto - a menopausa foi realmente esquecida)

3. Fluxo de associação das idéias

menopausa? —que coisa horrível é melhor esquecer.

4. Repertórios

Menopausa	coisa horrível, algo que merece ser esquecido.
-----------	--

5. Uso dos repertórios

A menopausa foi associada a coisas negativas (horríveis) que não deveriam ser lembradas, principalmente num ambiente de festa.

CONVERSA 10

1. Contexto

Numa casa de praia: chovia há uma semana e à noite o jogo de baralho “corria solto”. Neste dia específico 6 pessoas jogavam (3 duplas), sendo que uma das duplas era formada por um casal (curso superior e faixa etária entre 50-55 anos).

2. Conversa

Jogadores: *Este jogo está devagar... essa chuva que não passa; acho que amanhã vai fazer sol; vai nada o jornal disse que está subindo outra frente fria do sul; afinal de quem é a vez? Quem joga?*

Cláudia(P1): *Sou eu.*

Pedro(P2): *Só podia ser, olha só a mão dela cheia de cartas...*

Cláudia (P1): *Não estou com pressa... estou pensando...*

Pedro(P2): *(inconformado) Não dá para baixar nada?*

Cláudia(P1): *(depois de algum tempo, coloca duas cartas no jogo)*

Pedro(P2): *(Tom de voz mais alto, demonstrando não acreditar no que estava vendo) Só isso? O que você faz com esse leque de cartas na mão? É para se abanar? Parece que está na menopausa mesmo.*

Cláudia(P1): *(não responde, mas “fuzila” o marido com o olhar)*

(risos na mesa e um certo mal estar)

Vera: *(quebrando o silêncio) Olha só, uma situação de bandeja, vou relatar esta situação na minha pesquisa, posso?*

Cláudia(P1): *(olhando o marido com um sorriso de desafio) Legal Vera, relata mesmo.*

(enquanto eu anotava, P2 acompanhava as anotações)

Pedro(P2): *Certinho, foi isso mesmo que falei (rindo sem jeito e falando mais baixo). É jogo duro andar com pesquisadora por perto.*

(risos generalizados e o jogo continuou)

3. Dinâmica da conversa

Clima de jogo de baralho, várias pessoas falando ao mesmo tempo; P1 olha as cartas calmamente; jogadores pressionam; P2 pressiona mais fazendo gozação; P1 continua tranqüila; P2 pressiona novamente; P1 coloca duas cartas; P2 explode enunciando uma explicação causal.

4. Fluxo de associação das idéias

(Jogadores): de quem é a vez?
P1: Sou eu...
P2: Só podia ser olha a mão dela cheia de cartas...
P1: Não estou com pressa... — estou pensando...
P2: (inconformado) Não dá para baixar nada?
P1: (depois de algum tempo, coloca duas cartas no jogo)
P2: Só isso? — o que faz com esse leque de cartas na mão?

é para se abanar? parece que está na menopausa mesmo.

4. Repertórios

Menopausa	leque (ondas de calor)
Tônica afetiva	P2: irritação e sátira; P1: desconforto, sem jeito

5. Uso dos repertórios

Esta situação envolve toda uma gama de relações entre homem e mulher: disputa, competição e outras “pendengas” privadas que na situação de jogo emergem de forma mais acirrada. No caso da menopausa fica clara a associação direta entre menopausa e ondas de calor, sinalizando o quanto sentir calor e abanar-se viraram sinônimos de menopausa em nosso imaginário social. Nesta situação, em específico, emerge também a idéia de que os calores tornam a mulher menos eficaz em suas ações e pensamentos. Apesar de todo clima de jogo e brincadeira, fica evidente, por parte do homem, que a mulher na menopausa não deva ser levada muito a sério.

CONVERSA 11

1. Contexto

Numa cidade do litoral, fim de tarde com um por de sol deslumbrante. Munida de meu “arsenal” de pesca, coloquei a cadeira numa pedra estrategicamente escolhida, sentei e comecei minha pescaria. Ao lado o José (pescador, 43) arrumava a rede de pesca e comentava o tipo de peixe que estava dando naquele dia. Eu já estava acostumada a conversar com ele: dava “dicas” sobre peixes, isca e a direção dos ventos. Minha filha e alguns amigos também estavam pescando. Aproxima-se uma mulher (aparentando uns 40-45 anos) com um senhor bem idoso (depois vim a saber que tinha 80 anos e ela 50).

2. Conversa

Alda (P1): (dirigindo-se a mim) *Está dando peixe?*

Vera (P4): *Alguns pequenos.*

Alda (P1): *Eu não tenho paciência para pescar.*

Vera P4: *Humhum...*

(silêncio.... depois de algum tempo)

Alda (P1) (sentando-se na pedra ao lado) *Vocês são de onde?*

Vera (P4): *De São Paulo...*

Alda (P1): *É tenho visto vocês sempre pescando no final de tarde. Vocês alugaram essa casa ou é de vocês?* (apontando a casa que ficava logo atrás).

Vera (P4): *Não, nós alugamos.*

Alda (P1): *Essa casa parece ser grande. Nós alugamos aquela casa ali (apontando uma das casas da vizinhança), não é muito grande mas estamos em poucas pessoas.*

Vera (P4): *Sei... a casa é muito boa sim e nós estamos numa turma razoável. (prestando atenção na vara de pesca) Opa... acho que peguei, fisquei alguma coisa, será um peixe? (fazendo festa enquanto enrolava a carretilha) É peixe sim, está puxando a linha... nossa... que peixe esquisito... (fiquei balançando o peixe fígado - o peixe tinha um papo amarelo e muito estufado)*

José (P3): *(correndo em minha direção) Não pega nele dona... esse bicho tem um veneno danado... é um baiacu. É o terror dos pescadores, ele fura tudo que é rede. Não presta para comer. Esse tá criado... (tirou o peixe do anzol e jogou-o com toda força sobre uma pedra)*

Vera (P4): *(num tom meio bravo) Por que fez isso? Não teria sido melhor jogá-lo no mar de volta?*

José (P3): *(dando risada) Não dona, é um a menos pra furar rede de pesca.*

Alda (P1): *(que estava conversando com minha filha, aproximou-se de novo) Coitado do peixe. .. (examinando o peixe sobre a pedra, depois voltou-se novamente para mim). Sua filha falou que você é psicóloga...*

Vera (P4): *É, sou sim...*

(silêncio... eu preparava a vara de pesca para lançar novamente)

Alda (P1): *Eu já fiz análise alguns anos. Tive que fazer uma histerectomia quando eu tinha 35 anos, fiquei muito abalada na época... não por filhos, já tinha três, é que entrar na menopausa nessa idade foi fogo... tive que tomar muito remédio, ir ao psicólogo. Agora estou bem melhor. Você tem consultório?*

Vera (P4): *(recolhi a linha e desisti de pescar). Tenho sim, mas atendo só dois dias por semana. Continuo estudando e estou fazendo uma pesquisa sobre menopausa.*

Alda (P1): *(sentando-se novamente na pedra ao lado) No meu caso, como tive que fazer a cirurgia não sei dizer como é passar pela menopausa... assim de forma natural. Na minha família essa coisa de menopausa já rendeu muito. Meu pai odeia falar sobre isso por causa da minha mãe. (virando-se para o pai que estava sentado olhando o mar, falou num tom mais alto). Pai, ela está fazendo uma pesquisa sobre menopausa.*

Antônio (P2): *(virando-se para mim) Menopausa é? (num tom de desconfiança). Quem sabe a Sra. descobre porque a menopausa deixa as mulheres com a cabeça virada.*

Vera (P4): *Por que o Sr. diz isso?*

Antônio (P2): *Minha filha, hoje estou com 80 anos e só eu sei o quanto sofri. Não gosto de falar sobre isso. Também, que importância tem isso agora... A minha ex-mulher, já é falecida, quando entrou na menopausa ficou de cabeça virada. Começou de namoro com um empregado meu. O rapaz tinha 30 anos e ela mais de 50, pode uma coisa dessas? Pois a Sra. acredita que ela ficou com a cabeça tão virada que largou tudo e foi morar com o rapaz. Quase morri de vergonha. Nunca mais quis saber de mulher nenhuma... Essa minha filha tinha 20 anos, os outros eram mais velhos.*

Vera (P4): *Por que o Sr. acha que isso aconteceu por causa da menopausa?*

Alda (P1): *(num tom de impaciência) Já falei para ele que a menopausa não tem nada a ver mas não tem jeito.*

Antônio (P2): *Tem a ver sim. (num tom irritado) Bah chê, ela sempre foi uma boa esposa antes, sempre andou direito, só pode ter sido a menopausa. Dizem que a mulher muda na menopausa...*

José(P3): (que depois do peixe ficara ouvindo a conversa) *Eu sempre falo que mulher é bicho esquisito. Tem umas que não querem mais saber de homem depois de uma idade, tem outras que parece que ficam mais assanhadas...*

Vera(P4): *O Sr. tem mulher?*

José (P3): *Olha dona, a minha mulher morreu já faz 10 anos, era nova ainda, 30 anos. Tenho os meus namoricos, não quis casar de novo, minha mãe ajudou cuidar dos meus dois filhos. Mulher dá muita dor de cabeça. Viu o pobre homem aí... Deus me livre passar por uma vergonha dessas. Um compadre meu falou que a mulher dele, depois que parou as regras, não quer mais saber de dormir com ele, vai ver que está enrabichada por outro. Eu heim....*

Antônio(P2): (ouvindo atentamente o pescador) *É melhor ficar sozinho mesmo... (levantou-se e foi embora devagar e de cabeça baixa, sem olhar para ninguém)*

José (P3): *Tá vendo só... que tristeza... (abanando a cabeça voltou para cuidar de sua rede de pesca, estava fazendo uns remendos)*

Alda(P1): (chegando mais perto e falando mais baixo) *Não acho que minha mãe ficou de cabeça virada não. Ela se apaixonou mesmo. Viveu mais de 10 anos com aquele moço, até ela morrer. Ele também gostava muito dela. Na época fiquei com muita raiva dela. Hoje acho que ela fez o certo. Eu também me separei do meu primeiro marido. Não tem nada a ver com menopausa também. Ele não valia nada mesmo.*

Vera (P4): *E o seu pai?*

Alda (P1): *Meu pai sempre foi um homem bom. Mas a gente não sabe como minha mãe se sentia. Tenho pena do meu pai, mas vou te dizer uma coisa: no fundo tenho o maior orgulho da minha mãe, ela mostrou que mulher mais velha não é um traste para ficar pelos cantos e há trinta anos isso era mais difícil do que é hoje.*

Vera (P4): *É, com certeza sua mãe era uma mulher corajosa. Pelo sotaque deu para perceber que são gaúchos, vocês moram em que cidade?*

Alda(P1): *Porto Alegre. Imagina acontecer isso justo com um gaúcho?*

(risos, na verdade gargalhadas, depois fiquei meio sem jeito de ver o pescador olhando para nós - já estava ficando escuro e o meu pessoal começou a me chamar)

Alda (P1): (despedindo-se) *Boa sorte na sua pesquisa.*

Vera (P4): *Obrigada, boa noite.*

3. Dinâmica da conversa

Inicialmente tínhamos uma conversa típica de pescaria. A chegada de P1 e P2 quebram um pouco o clima. P1 posiciona-se como não tendo paciência para pescar. P4 não estava interessada em outros assuntos, estabelecendo-se uma certa resistência.

Através de uma pequena narrativa de vida P1 coloca o tema menopausa na roda; P4 interessa-se imediatamente, interrompendo a pescaria; P1 traz o pai para a conversa que faz um desafio cético; P4 solicita informações; P2 fornece dados através de uma história de vida; P4 solicita mais informações; P1 refuta o argumento do pai; P2 mantém seu argumento mostrando impaciência;

P3 entra na conversa alinhando-se ao lado de P2, fornecendo mais argumentos que reforcem seu posicionamento; P4 faz uma pergunta de foro íntimo, levando P3 a posicionar-se mais pessoalmente e a trazer mais argumentos que

reforcem as duas vozes masculinas. P3 retira-se da conversa, P3 faz o mesmo mantendo a aliança.

A conversa entra num clima de confiança e cumplicidade entre mulheres; P1 dá sua versão sobre a mãe, contrapondo-se à argumentação trazida pelo pai.

4. Fluxo de associação das idéias

P1: Já fiz análise — histerectomia com 35 anos

↓
fiquei abalada — não por filhos — tinha três

↓
menopausa nessa idade é fogo — muito remédio — psicólogo

↓
agora estou melhor — você tem consultório?

P4: [E: Tenho sim - atendo dois dias por semana

↓
continuo estudando — fazendo pesquisa sobre menopausa

P1: meu caso — cirurgia — não sei dizer menopausa — de forma natural

↓
minha família — menopausa — tem história

↓
meu pai odeia falar de menopausa por causa da minha mãe

↓
Pai — ela fazendo pesquisa sobre menopausa.

P2: Menopausa é?

↓
quem sabe Sra. descobre porque menopausa — mulheres ficam com cabeça virada

P4: [E: Por que o Sr. diz isso?]

P2: • não gosto falar nisso — (eu) 80 anos

↓
minha ex-mulher — já falecida

↓
entrou menopausa — cabeça virada

↓
namorico empregado

↗ ele 30 anos

↘ ela mais de 50 — largou tudo

↓
foi morar com ele

• sei o quanto sofri — morri de vergonha

↓
não quis saber mais de mulher nenhuma

P4: [E: Por que o Sr. acha que aconteceu por causa da menopausa?]

P1: (filha) já falei para ele — menopausa não tem nada a ver.

P2: foi sim. — ela sempre boa esposa — andou direito

|
(eu acho) só pode ter sido a menopausa

|
dizem — mulher muda na menopausa

umas não querem mais saber homem
↗ depois de uma idade

P3: sempre falo — mulher bicho esquisito

↘ outras parece que ficam mais

assanhadas

P4: [O Sr. tem mulher?]

P3: minha mulher morreu — 10 anos — nova — 30 anos

|
• (eu) — não quis casar de novo — mãe (criou) filhos

|
tenho namoricos — mulher dor de cabeça

|
viu o pobre homem aí... — Deus me livre

|
passar vergonha

dessas

• compadre falou — mulher dele depois parou regras

|
não quer mais dormir com ele

• (eu acho) — (ela) “enrabichada” por outro. — Eu heim...

P2: (eu acho) — melhor ficar sozinho mesmo.

P3: (você, eu) — tá vendo só ... que tristeza....

P1: • (eu) não acho mãe — mãe cabeça virada — apaixonada mesmo

|
viveu 10 anos (com ele) — até morrer

|
ele também gostava dela

• (eu) na época fiquei com raiva

|
hoje (eu) acho — ela fez certo

|
(eu) também separei — nada ver menopausa

|
ele não valia nada mesmo

P4: [E o seu pai?]

P1: • pai — bom homem — tenho pena dele

• mãe — gente não sabe como sentia

(eu) no fundo orgulho minha mãe

• ela mostrou — mulher mais velha — não é traste — ficar pelos cantos

há trinta anos — mais difícil que hoje

5. Repertórios

Menopausa precoce	remédio, psicólogo
Tônica afetiva	abalada
Menopausa	parar regras, cabeça virada, fim da atividade sexual (não querer mais dormir com marido), aumento da atividade sexual (assanhada)

6. Uso dos repertórios

A menopausa precoce, neste caso cirúrgica, aparece associada a remédios e necessidade de acompanhamento psicológico. A retirada do útero (histerectomia) é seguida por abalo emocional, estando este muito mais atrelado à entrada precoce na menopausa do que à impossibilidade de ter mais filhos.

Para os homens a menopausa provoca mudanças e é responsabilizada pelas atitudes “estranhas” tomadas pelas mulheres. O estranhamento aplica-se a comportamentos que não sejam aceitos na moral vigente.

A mulher que abandona a família para viver com alguém 20 anos mais novo só pode estar de cabeça-virada (louca). Para o senhor de 80 anos, ainda está para ser “descoberto” o que aconteceu na “cabeça” da sua mulher que sempre foi “boa esposa” e “andou direito”.

Este medo do desconhecido também emerge na fala do pescador: *mulher é bicho esquisito*. Para ele, a menopausa está associada a dois extremos: a mulher perde o interesse por sexo ou tem a libido aumentada, ou seja, algo totalmente incompreensível e, portanto, amedrontador.

Implícito nas duas idéias temos que a mulher, por si mesma, não poderia tomar tal decisão.

Outro aspecto que chama a atenção é que os sentidos trazidos pelos homens giram em torno da sexualidade. Para o pescador a questão é se a mulher continua ou não a ter uma vida sexual ativa. Para o senhor de 80 anos a cabeça-virada da mulher significa que passou a ter uma vida sexual desregrada.

CONVERSA 12

1. Contexto

Estava em minha casa quando Estela telefonou. É importante esclarecer que a participante desta conversa é uma pessoa que conheço há muitos anos e deu consentimento para que a conversa fosse utilizada em minha pesquisa. (Estela, 62 - curso superior).

2. Conversa

(os cumprimentos típicos de uma conversa telefônica foram omitidos)

Estela(P1): Vera, preciso de um conselho seu.

Vera (P2): Se eu puder ajudar.

Estela (P1): É que.... é que ... ultimamente eu ando muito deprimida, choro por qualquer coisa, não durmo direito e nos últimos 3 meses engordei 6 quilos.

Vera (P2): Por que você acha que está assim?

Estela (P1): Então, eu acho que é por causa da doença do Antônio.

Vera (P2) : Ele piorou? (está doente há vários anos).

Estela (P1): Não, na verdade ele está até melhor.

Vera (P2): Aconteceu alguma outra coisa nos últimos meses?

Estela (P1): Que eu lembre nada. Eu até fui na minha ginecologista fazer os exames preventivos de câncer. Ela disse que estava tudo bem... Ah! sim, ela falou que quando eu passei pela menopausa ainda não tinha tratamento e que seria bom se eu fizesse prevenção para osteoporose e doença cardíaca.

Vera (P2): Que tipo de prevenção?

Estela (P1): Tomar hormônio. Eu fiquei com medo e falei que ia falar com o médico que tinha me operado. Fui conversar com ele. Ele disse que eu não precisava me preocupar com osteoporose porque tenho ossos grandes e, dependendo do hormônio que eu tomasse poderia estourar novas veias. Disse que se eu quisesse poderia tomar um tipo de hormônio que fosse vasodilatador, pois ajudaria na prevenção de doença cardíaca, mas não o hormônio para osteoporose, não entendo isso muito bem.

Vera (P1): E você está tomando algum hormônio?

Estela (P2): Estou... espera aí... será que é feito do hormônio? Faz uns três meses que estou tomando?

Vera (P1): Não sei dizer. Acho melhor você voltar a conversar com o seu médico. Me diz uma coisa: você começou tomar esse hormônio pensando na prevenção cardíaca?

Estela(P2): (rindo) Pra dizer a verdade não. Nunca me preocupei com isso, ninguém do meu lado sofre do coração e dizem que doença do coração é hereditária, não sei... eu tenho minhas vaidades e o médico também disse que a pele ficaria melhor, menos rugas, com mais vida. Quem não quer ficar parecendo mais nova, né?

Vera (P2): Isso é uma decisão sua, em todo caso, acho bom você voltar a conversar com seu médico.

Estela (P1): É acho que você tem razão... eu fiquei surpresa com essa história de tratamento para menopausa. Eu não sabia que agora tinha tratamento para menopausa. Na época que tive a minha não senti nada. Só percebi que estava na menopausa quando parou de descer a menstruação. A minha ginecologista disse que agora toda mulher na menopausa deve fazer tratamento para ter uma vida mais saudável.

Vera (P2): Não vou entrar no mérito do que a médica falou para você. Mas como você telefonou pedindo conselho... continuo achando que você deveria falar com o médico que receitou o hormônio, o que operou você.

Estela (P1): Está bem minha amiga, vou ver isso... me conte como andam as coisas por aí.....
(Estela ligou 2 meses depois dizendo que o médico havia suspenido a reposição hormonal e que os sintomas - depressão e insônia - haviam desaparecido e que estava caminhando todos os dias para perder peso.)

3. Dinâmica da conversa

P1 telefona pedindo conselho explicitando uma queixa; P2 faz uma pergunta forçando-a a pensar sobre a queixa; P1 relaciona a situação com a doença do marido; P2 pergunta sobre o estado de saúde do marido; P1 responde que ele havia melhorado; P2 continua perguntando, fazendo com que tente contextualizar a emergência dos sintomas relatados; P1 relata suas consultas e exames médicos e a reposição hormonal, posicionando-se pela volta ao médico.

4. Fluxo de associação das idéias

P1: eu — deprimida, choro, insônia, três meses engordei seis quilos

(...)

P2: [E: Aconteceu alguma outra coisa nos últimos meses?]

P1: que me lembre — nada

|
(eu) fui ginecologista — fazer exames prevenção de câncer

|
ela disse — estava tudo bem

|
falou quando passei menopausa — não tinha tratamento

|
agora seria bom — fazer prevenção — osteoporose e doença cardíaca

P2: [E: Que tipo de prevenção?]

P1: Tomar hormônio

|
eu com medo — fui falar médico de varizes

|
ele disse — eu não preocupar osteoporose — eu constituição — óssea grande

|
dependendo hormônio — poderia estourar novas veias

|
hormônio vasodilatador — prevenção d.cardíaca

P2: [E: Você está tomando esse hormônio?]

P1: (eu) estou ... espera

será efeito hormônio? — faz uns três meses que estou tomando...
P2: [Não sei dizer — melhor voce conversar médico] mas, me diz — você toma hormônio — prevenção d. cardíaca?
P1: • eu não — nunca preocupei coração — ninguém meu lado sofre dizem — doença cardíaca hereditária • eu tenho minhas vaidades médico também disse — pele melhora — menos rugas etc. quem não quer parecer mais nova?
P2: [E: eu acho — decisão sua mas acho bom — você voltar médico]
P1: (eu) acho — você tem razão. Agora eu surpresa — tratamento menopausa eu não sabia tinha tratamento menopausa ginecologista disse — toda mulher menopausa — deve fazer tratamento para ter vida mais saudável Na época tive minha — não senti nada (menopausa) percebi menopausa — quando parou menstruação

5. Repertórios

Menopausa A	parar menstruação, não sentir nada
Menopausa B	tratamento, hormônio, prevenção(osteoporose, doença cardíaca)
Hormônio	rejuvenescimento (pele, rugas), prevenção (osteoporose, doença cardíaca), vida mais saudável, efeitos colaterais (gordura, irritação, insônia, dependendo do hormônio problemas de circulação).

6. Uso dos repertórios

Os repertórios associados à menopausa referem-se a diferentes dimensões temporais: a) o tempo em que o gerenciamento medicalizado não se colocava e, nesse caso, devido à ausência de sintomas, a sinalização do fenômeno é dada pelo cessar do ciclo menstrual; b) o tempo marcado pelo tratamento e prevenção medicamentosa, introduzindo-se a equação risco-benefício da reposição hormonal. No caso de Estela

o grande benefício seria um possível rejuvenescimento uma vez que foi afastado o risco de osteoporose e por não acreditar que tenha propensão (do meu lado não tem ninguém) à doença cardíaca.

Novamente, portanto, temos o confronto entre o novo e o antigo representado pela proposta de tratamento e prevenção.

CONVERSA 13

1. Contexto

Sala de espera de um consultório dentário. A dentista estava atrasada e estávamos eu e mais uma senhora aguardando. Estava com um livro que deixei sobre a poltrona.

2. Conversa

Raquel (P1): (iniciando a conversa). *Que livro interessante, você é antropóloga. (livro Antropologia da Doença)*

Vera(P2): Não, eu sou psicóloga. Mas o livro é realmente interessante.

Raquel (P1): Você está fazendo algum curso sobre antropologia?

Vera(P2): Na verdade estou fazendo mestrado em Psicologia Social na PUC, e estou cursando uma matéria que se chama Antropologia da Doença.

Raquel(P1): O que você está pesquisando?

Vera(P2): A menopausa.

Raquel(P1): Que coisa boa! A gente precisa de pesquisa nessa área. Eu mesmo estou toda confusa.

Vera(P2): Confusa?

Raquel(P1): Se você tiver um gravador, pode ligar.

(estava com um na bolsa)

Vera(P2): Você disse que estava confusa.

Raquel(P1): *É, tenho lido muitos artigos que têm saído nos jornais, inclusive estou guardando os recortes numa pasta.*

Vera(P2): *Você está confusa devido aos artigos?*

Raquel(P1): *(baixando o tom de voz) Eu estou entrando na menopausa, minha menstruação está falhando. .. e ... estou ótima não estou sentindo nada.*

Vera(P2): *Então?*

Raquel(P1): *Atualmente parece que a gente tem dois caminhos: um tradicional onde a gente deixa as coisas acontecerem e uma inovação científica que fala da reposição hormonal com juventude mais prolongada, traz benefícios para a saúde, melhor qualidade de vida, prevenção de osteoporose, doença de parkinson, doenças venéreas que parecem atacar mais na menopausa.*

Vera(P2): *Essas informações todas você leu nos jornais?*

Raquel(P1): *Nos jornais e.... também tenho assistido alguns programas de televisão. Eu... ainda não fui ao médico, estou temerosa. Minha terapeuta entende que não devo tomar hormônio, ela é a favor do envelhecimento natural.*

Vera(P2): *E você, o que acha?*

Raquel(P1): *Estou vivendo na ambivalência, porque as pesquisas também falam que o hormônio pode causar câncer de mama. Os médicos dos Estados Unidos dizem que a qualidade de vida compensa tudo isso. A gente pode tomar outro medicamento para reduzir o risco, uma espécie de coquetel.*

Eu estou deixando caminhar naturalmente, não fui convencida pela ciência para entrar nesse novo caminho. O sistema velho não deixa de ser uma ameaça: descalcificação, envelhecimento do corpo e da mente... sei que isso vai acontecer.

Fico também me perguntando se eu quero prolongar minha juventude. Não estaria me agredindo? Qual o meu limite?

Vera(P2): *E como é pensar em envelhecer para você?*

Raquel(P1): *Ah... eu... o número de velhos está aumentando. Parece que o hormônio está fazendo aumentar esse número. Não tem campo de trabalho, não tem mais objetivos familiares. O destino fatalmente é o asilo. Os filhos e netos não vão querer saber da gente.*

Eu penso que depois de uma certa idade a gente já cumpriu a missão da gente. E fico pensando até que ponto esse tipo de vida justifica o existir. Prolongar a vida para quê. Não há campo para esse existir. Além disso, eu sou bastante religiosa... fico pensando que pode ser pecado querer mudar a natureza da gente.... que tomar hormônio, já que eu não sinto nada, seria apenas pela vaidade de... de é.... conservar uma aparência mais jovem.

Vera(P2): *Você falou em cumprir missão....*

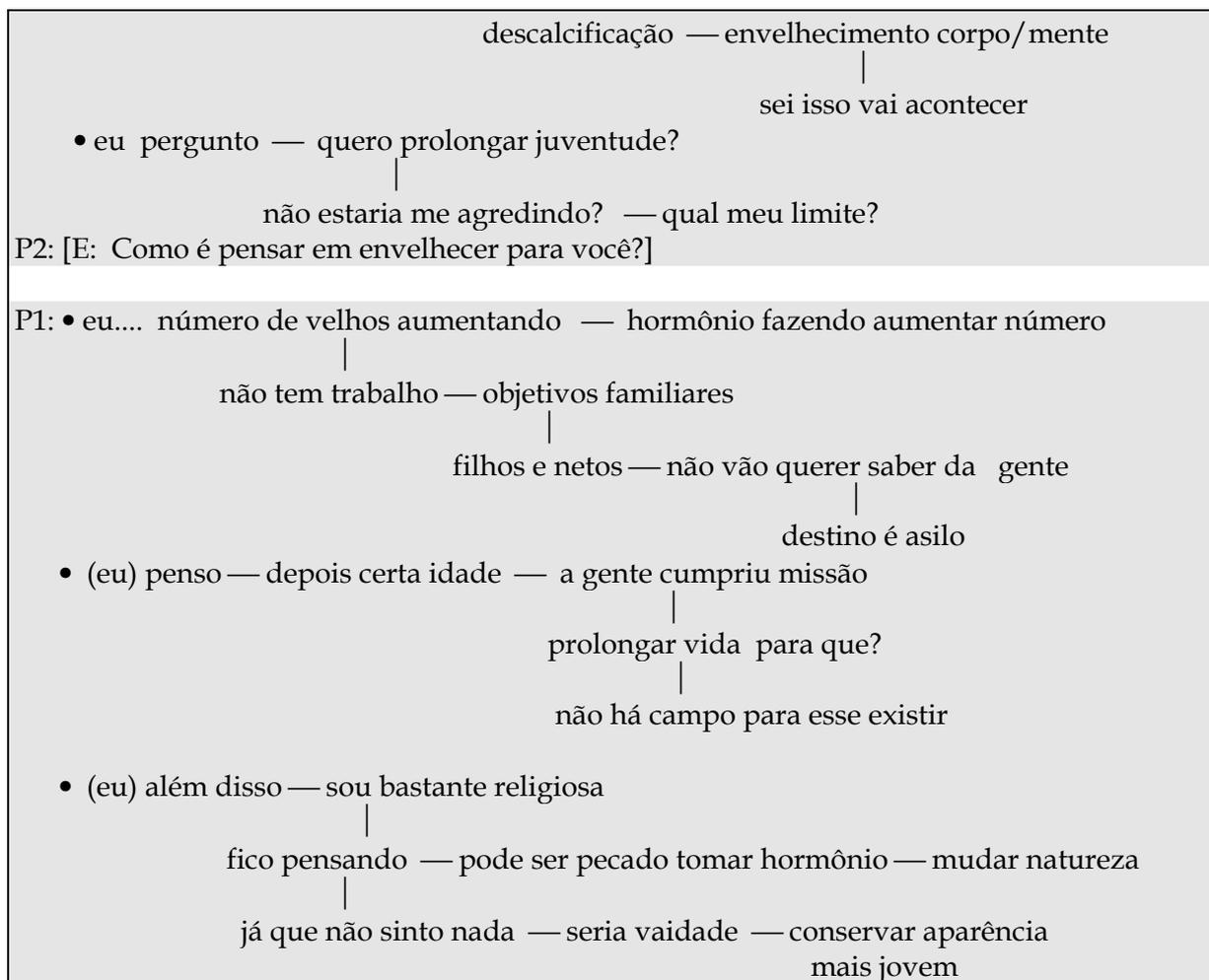
(a dentista chamou Raquel, e eu a agradei pela conversa-entrevista)

3. Dinâmica da conversa

A dinâmica desta conversa, inicialmente informal, assume características de uma entrevista semi-dirigida, principalmente após ligar o gravador. P1 usa uma retórica argumentativa, listando argumentos pró e contra o gerenciamento médico da menopausa.

4. Fluxo de associação das idéias

<p>↗ a gente precisa pesquisa nessa área</p> <p>P1: Mas, que coisa boa</p> <p>↘ eu mesma — estou toda confusa</p>
<p>P2: [E: Confusa?]</p> <p>P1 : (eu) tenho lido artigos jornais — guardando recortes</p>
<p>P2: [P: Você está confusa devido aos artigos?]</p>
<p>P1: Não — eu entrando menopausa — menstruação falhando</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">mas eu estou ótima — não estou sentindo nada</p>
<p>P2: [E: Então?]</p>
<p>↗ tradicional — a gente deixa as coisas acontecerem</p> <p>P1: Agora dois caminhos</p> <p>↘ inovação científica — fala da reposição hormonal</p> <p style="text-align: center;"> </p> <ul style="list-style-type: none"> . juventude mais prolongada . benefícios para a saúde . melhor qualidade de vida . prevenção: osteoporose, doença de parkinson, doenças venéreas — atacam mais na menopausa
<p>P2: [E: Essas informações todas, você leu nos jornais?]</p>
<p>P1: Jornais, programas de televisão</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>eu não fui ao médico — estou temerosa</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>minha terapeuta entende — (eu) não devo tomar hormônio</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>ela favor envelhecimento natural</p>
<p>P2: [E: E você o que acha?]</p> <p>↗ pesquisa — hormônio pode causar câncer de mama</p> <p>P1: Eu ambivalência</p> <p>↘ médicos EUA — qualidade de vida compensa (risco CA)</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">outro medicamento reduz risco — espécie coquetel</p> <ul style="list-style-type: none"> • eu — deixando naturalmente — não convencida pela ciência — novo caminho <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">por outro lado sistema velho — uma ameaça</p> <p style="text-align: center;"> </p>



5. Repertórios

Menopausa	menstruação falhando, sem outros sintomas, duas abordagens: sistema velho e sistema científico.
Sistema velho	envelhecimento natural, descalcificação, envelhecimento do corpo e da mente.
Sistema científico	reposição hormonal, coquetel medicamentoso, juventude prolongada, benefícios à saúde, melhor qualidade de vida, prevenção de osteoporose, doença de parkinson, doenças venéreas
Tônica afetiva	ambivalência, dúvidas, insegurança, medo

6. Uso dos repertórios

Nesta situação o confronto entre o velho e o novo é explícito. Para falar do novo caminho pauta-se no que foi ouvido e lido na mídia. Ao trazer essas vozes as associações feitas com a menopausa referem-se a sintomas e possíveis doenças, refletindo o discurso medicamentoso contemporâneo, incluindo aí a equação risco-benefício. Este mesmo discurso está presente quando menciona o sistema velho, em que se coloca a menopausa como uma ameaça em si. O fato de estar entrando na

menopausa e *sentir-se ótima* perde-se frente aos argumentos dos riscos, sejam eles do *novo caminho* ou do *sistema velho*.

O mais significativo desta conversa é percebermos o processo de produção de sentido, uma vez que para ela a menopausa está, no momento, associada a confusão e ambivalência. Ao falar de sua ambivalência externa os diálogos que, internamente, está travando com as diferentes vozes: repertórios biomédicos veiculados pela mídia; os repertórios religiosos que nos trazem pistas de seu processo de socialização (tempo vivido); a voz da terapeuta que alinha-se à sua religiosidade (envelhecer naturalmente); e o sentido dado ao envelhecer na cultura em que vive.

Apesar de toda a ambivalência, fica claro o sentido que dá ao medicamento proposto pela ciência: associa a ele o aumento da expectativa de vida, mesmo considerando possíveis efeitos colaterais. Apontamos, ainda, a utilização do termo *coquetel* para falar de uma combinação medicamentosa que diminuiria o risco de câncer. Este termo tem sido aplicado para os medicamentos utilizados contra a Aids, e ela menciona a reposição hormonal como uma forma de prevenção de *doenças venéreas que parecem atacar mais na menopausa*.

CONVERSA 14 (1996)

1. Contexto

Fui assistir a defesa da dissertação de uma amiga. Como cheguei antes do horário, tive a oportunidade de ser apresentada à sua mãe. Ficamos conversando as três: falávamos da ansiedade que, inevitavelmente, sentimos frente a uma banca examinadora. Vera, Luíza (amiga), Clarice (mãe).

2. Conversa

(os cumprimentos foram suprimidos)

Vera (P1): Como está a ansiedade?

Luíza (P2): Até que não estou muito ansiosa.

Vera (P1): Sua mão está gelada...

Clarice (P3): Ela está ansiosa sim, olhe só para ela. (passando a mão pelo cabelo da filha).

Luíza (P2): É, um pouco não tem jeito mesmo. (voltando-se para a mãe) Mãe, a Vera também vai defender.

Clarice (P3): (espantada) Hoje? Também?

Vera (P1): Não, nem fale uma coisa dessas... (risos)

Luíza (P2): Mãe, a Vera está estudando a menopausa.

Clarice (P3): Menopausa? (fica pensando...) Eu não senti nada, mas já faz bastante tempo que passei pela minha. Tenho uma irmã que está sofrendo horrores. Ela tem de tudo. Só ela daria uma tese.

Luíza (P2): (rindo, com ar de marota e concordando com a mãe) É, essa tia é um caso sério.

Clarice (P3): *É, ela tem tudo..... depressão, calores, muita alergia, coceiras, dores pelas juntas, insônia... é terrível. A menopausa mexeu muito com ela.*

Vera (P1): *Por que a Sra. acha que não sentiu nada e sua irmã está tendo tudo?*

Clarice (P3): *Ela teve uma vida muito difícil, sofreu muito, sempre foi muito agitada, fumava muito. Sei que a vida que a gente teve afeta. Quando chegou a menopausa mexeu muito e piorou tudo. Eu sempre fui muito tranqüila, tive uma vida mais calma.*

Vera (P1): *Será que tudo que ela sente tem mesmo a ver com a menopausa?*

Clarice (P3): *Ah! Tem sim. O médico falou que era da menopausa. Ela começou com depressão, depois apareceram outras coisas... (baixando o tom de voz) coceira na vagina. Dizem que fica tudo seco... assim.... não tem...*

Luíza (P2): *Lubrificação.*

Clarice (P3): *Isso, é isso aí. Daí, ela foi ao médico e ele falou que tinha a ver com a menopausa e receitou remédio.*

Vera (P1): *E ela melhorou?*

Clarice (P3) *Que nada, demorou para acertar os remédios, não lembro os nomes... é para menopausa...*

Vera/Luíza (P1, P2) *(ao mesmo tempo) Hormônio?*

Clarice (P3) *É, hormônio. Quando ela começou a tomar deu uma reação alérgica que só vendo!! (falou acentuando as palavras em negrito) Saiu um monte de manchas vermelhas, pipocou tudo, ficou em carne viva aqui (mostrando o colo).*

Vera (P1): *E aí?*

Clarice (P3): *O médico foi trocando de remédio, agora parece que acertou mais, ela está melhor. Mas ainda não está fácil para ela. A minha outra irmã também, foi uma tristeza. (olhando para a filha em busca de confirmação) E uma prima também, igualzinha, não é Luíza?*

Luíza (P2): *É verdade sim...*

Vera (P1): *A Sra. não acha estranho que nunca tenha sentido nada?*

Clarice (P3): *Para mim foi tranqüilo, só senti os calores. Era um calor diferente, ele começava aqui (apontando o ventre) e ia subindo, subindo (movimentando as mãos em direção ao colo) e pára aqui... dá um sufoco... Também foi só isso. Também nunca fui de ir a médico, a Luíza sabe...*

Luíza (P2): *(olhando para mim e concordando com a mãe) É, ela nunca quis saber de médico.*

Clarice (P3): *Pra você ter uma idéia, a última vez que fui ao médico foi quando ela nasceu. (Luíza tem 32 anos). Já minhas irmãs sempre viveram indo a médico. Eu não gosto de ir a médico. Quando sentia os calores não ficava desesperada, levava numa boa. Quando dava à noite eu levantava, tomava um copo d'água e voltava a dormir. A minha irmã ficava desesperada, chegava tomar 3-4 banhos por dia, transpirava tanto que escorria (apontando a frente). Eu até hoje sinto um pouco, mas não chega a incomodar.*

Vera (P1): *(vendo que as pessoas estavam chegando para a defesa...). A Sra. falou que sua irmã daria uma tese, não chega a ser o caso... posso usar esta conversa no meu trabalho? Como sempre faço, não vou citar nomes.*

Clarice (P3): *Claro que pode.*

Vera (P1): *Luíza, sua defesa rendeu mais uma conversa para a pesquisa. (risos)*

3. Dinâmica da Conversa

No início da conversa a interação é pautada por enunciados típicos de uma defesa de tese ou dissertação. A mudança ocorre quando entra a menopausa na conversa. P3 pensa e começa a lembrar da época que passou pela menopausa. Sua narrativa pauta-se pela comparação entre a menopausa da irmã e a sua; P3 descreve a menopausa da irmã, sempre tendo a sua como contraponto e buscando a confirmação da filha.

Esta lógica é quebrada quando P1 insiste em perguntar o porquê da diferença entre as duas. P3 admite ter sentido calores, faz uma descrição e retoma a linha narrativa tendo a irmã como contraponto.

4. Fluxo de associação de idéias

P3: Menopausa? — eu não senti nada — faz bastante tempo que passei pela minha

|
eu tenho uma irmã — sofrendo horrores — tem de tudo

|
só ela daria uma tese

P2: Essa tia — caso sério

P3: ela tem tudo — depressão, calores, muita alergia, coceiras,
dores pelas juntas, insônia

|
é terrível

|
menopausa mexeu muito com ela.

P1): [E: Por que a Sra. acha que não sentiu nada e sua irmã está tendo tudo?]

P3: (ela) vida difícil — sofreu muito — muito agitada — fumava muito

|
(eu) sei vida afeta — fui tranqüila — vida mais calma

|
(ela) — quando chegou menopausa — mexeu muito — piorou tudo

P3: Para mim foi tranqüilo — só senti os calores

|
mas nunca fui a médico

(...)

P3: última vez que fui no médico — foi quando ela (a filha) nasceu (filha tem 32 anos)

|
minhas irmãs — sempre viveram indo médico

(...)

P1: [E: Como fazia para agüentar?]

P3: • eu não ficava desesperada — levava numa boa

|
quando dava à noite — levantava - tomava água — voltava a dormir

• minha irmã — ficava desesperada

|
tomava três, quatro banhos por dia — transpirava tanto que escorria

• eu — até hoje sinto um pouco — mas não chega a incomodar

5. Repertórios

Menopausa A	não senti nada; calores, sem médico
Tônica afetiva	tranqüila, sem desespero
Menopausa B	depressão, calores, muita alergia, coceiras, dores pelas juntas, insônia, piorou tudo, mexeu muito, médico, remédios
Tônica afetiva	desespero, sofrimento

6. Uso dos repertórios

Nesta conversa as associações com a menopausa revelam dois níveis, que colocados em termos de valência assumem valores opostos: as associações da menopausa (A) de Clarice são alinhadas no eixo da positividade; no eixo da negatividade, Clarice alinha as associações referentes à menopausa (B) da irmã.

Esta senhora ao falar sobre o sofrimento da irmã, que está passando pela menopausa, traz o fator condição de vida como algo que influencia ter ou não saúde por ocasião da menopausa. Contrapõe a própria menopausa tranqüila como decorrente de sua vida calma, à menopausa complicada da irmã que, segundo a locutora, tem raízes na vida sofrida e no estilo de vida conturbado. Mesmo assim, acaba concluindo que a menopausa é fonte de grande sofrimento para a irmã, pois agravou problemas anteriores.

Essa associação entre menopausa tranqüila e vida tranqüila perpassa toda a literatura que analisamos na retrospectiva histórica. Nos séculos XVIII e XIX os médicos comparavam a *vida tranqüila* das mulheres do campo, no resguardo do seio familiar, à vida conturbada das mulheres dos centros urbanos: as primeiras teriam a garantia de uma menopausa sem sobressaltos; as últimas sofreriam adversidades. Na literatura contemporânea a influência do estilo de vida na menopausa pode ser vista nas recomendações sobre dieta alimentar, controle de bebida alcoólica e cigarro.