

A divers(idade) em saúde para corpos femininos

Diversity in health for feminine bodies

Patricia Flores de Medeiros; Anita Guazzelli Bernardes; Betina Hillesheim; Neuza Guareschi

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RESUMO:

As reflexões desenvolvidas neste trabalho fazem parte de uma pesquisa intitulada “Menopausa: as (ident)idades e os corpos femininos” (PUCRS/2002), voltada para as mulheres menopáusicas. O tema foi abordado a partir dos Estudos Culturais e dos Estudos Feministas. A pesquisa analisa documentos sobre a menopausa produzidos pela OMS, artigos em revistas de circulação nacional – *Veja* e *Isto é* –, o tratamento de reposição hormonal, bem como entrevistas com mulheres intituladas ‘na menopausa’. Esses materiais servem de ferramentas para a problematização da produção de marcadores identitários que envolvem relações de poder/saber que os criam e os sustentam: descrever, classificar, identificar e estabelecer jeitos de ser mulher – definindo corpos, comportamentos, modos de viver. O objetivo deste texto é salientar a menopausa enquanto marca no corpo feminino, porque ela se constrói a partir de um determinado tempo histórico, datado, no qual esse conjunto de “características” referidas ao corpo de mulher passa a ser nomeado como tal, produzindo determinados modos de relação com o corpo e de investimentos neste corpo. A menopausa torna-se um marcador cultural e social que edifica classificações, normatizações, codificações que, por conta disso, produzem marcas identitárias pelas quais as mulheres passam a se reconhecer e ser reconhecidas. O enfoque de Psicologia Social trabalhado neste texto partilha da posição de Spink (1999), a qual reconhece a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade de humanos, ou seja, o modo como acessamos a realidade institui os objetos que a constituem. Desta forma, a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la, o que implica entender o conhecimento não como algo que se possui, mas como algo construído, ou seja, tanto o sujeito quanto o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas.

Palavras-chave: menopausa; marcadores identitários; corpo; relações de poder

ABSTRACT:

The reflections developed here are part of a research entitled – Menopause: identities and feminine bodies (PUCRS/ 2002), having as focus women experiencing menopause. This theme has been approached from the perspective of the Cultural Studies and of the Feminist Studies. The research analyzes documents about menopause produced by the OMS, articles from national magazines – *Veja* and *Isto é* –, hormonal reposition therapy, as well as magazine interviews with women entitled as experiencing menopause. These materials serve as tools for the problematization of the production of identitarian markers concerning power/ knowledge relations that create and sustain them: describing, classifying, identifying and establishing ways of being a woman – defining bodies, behaviors and ways of living. We seek to point out menopause as a marker on the feminine body, since it is constructed from a certain historical period, dated, in which this set of characteristics referred to the feminine body are named as so, producing ways of relation with the body so as investments in this body. Menopause becomes a social and cultural marker edifying classifications, normalization, codifications, therefore, producing identitarian marks through which women are recognized and recognize themselves. The Social Psychology approach as shown here is related to the position of Spink (1999), who recognizes the centrality of language in the processes of objectivation that constitute the basis of the human society, that is, the way in which we access reality institutes the objects that constitute it. Reality does not exist as something independent from the way we access it, that implies understanding knowledge not as something that is owned, but constructed. The subject and the object are socio-historical constructions that must be problematized and defamiliarized.

Key words: menopause; identitarian markers; body; power relations.

As reflexões desenvolvidas neste trabalho fazem parte de uma pesquisa intitulada “Menopausa: as (ident)idades e os corpos femininos”

(PUCRS/2002), voltada para mulheres menopáusicas. O tema foi abordado a partir dos Estudos Culturais e dos Estudos Feministas. A pesquisa analisa documentos sobre a menopausa e o tratamento de reposição hormonal produzidos pela OMS, artigos em revistas de circulação nacional – *Veja e Isto é* –, bem como entrevistas com mulheres intituladas ‘na menopausa’. Esses materiais servem de ferramentas para a problematização da produção de marcadores identitários que envolvem relações de poder/saber que os criam e os sustentam: descrever, classificar, identificar e estabelecer jeitos de ser mulher – definindo corpos, comportamentos, modos de viver.

O enfoque de Psicologia Social trabalhado neste texto partilha da posição de Spink (1999), a qual reconhece a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade de humanos, ou seja, o modo como acessamos a realidade institui os objetos que a constituem. Nessa perspectiva, a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la, o que implica entender o conhecimento não como algo que se possui, mas como algo construído, ou seja, tanto o sujeito quanto o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas.

Menopausa é um assunto que se faz presente no cotidiano a partir do momento em que se torna objeto de foco e investimentos (campanhas publicitárias, políticas públicas e privadas). Nos últimos anos, tem-se tornado importante assunto de saúde pública e privada, principalmente em função do aumento da longevidade feminina: após a menopausa, acredita-se que as mulheres têm mais um terço de vida pela frente. Desta forma, focalizar a menopausa implica uma visão de saúde preventiva.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization-WHO, 1996), a menopausa é o período da vida da mulher em que a capacidade reprodutiva cessa, sendo o fim do período menstrual seu sinal mais conhecido. A idade média de sua ocorrência é aos 50 anos, podendo variar entre os 45 e 55, sendo que a menopausa, como fenômeno fisiológico, faz parte da vida de todas as mulheres.

O objetivo deste texto é salientar a menopausa enquanto marca no corpo feminino, porque ela se constrói a partir de um determinado tempo histórico, datado, no qual esse conjunto de “características” referidas ao corpo de mulher passa a ser nomeado como tal, produzindo determinados modos de relação com o corpo e de investimentos neste corpo. A menopausa torna-se um marcador cultural e social que edifica classificações, normatizações e codificações que, por conta disso, produzem marcas identitárias segundo as quais mulheres passam a se reconhecer e ser reconhecidas. Nessa perspectiva, o corpo não é algo dado, mas se constrói como parte da vida do sujeito, sendo que o modo como vive esta vida é que determina o tipo de corpo e a relação que estabelece com o mesmo. Não se considera aqui o corpo como algo biológico, dado de antemão, mas como algo que tem também uma história. O corpo é, assim, um constructo cultural, social e histórico, plenamente investido de sentido e significação.

As (ident)idades e os Corpos Femininos

A idade tem papel fundamental como demarcador da identidade da mulher, sendo que em nossa sociedade circula, como relata Del Priore, um discurso sobre saúde ligado aos corpos jovens, que ficam como referência

para pontuarmos a velhice como doença e, desta forma, como algo indesejado:

Leia-se: a mulher deve explicitar a beleza do corpo por sua juventude, sua juventude por sua saúde, sua saúde por sua beleza. Pode não parecer evidente, mas as relações que temos tido com nossos corpos revelam o tipo de identidade que estamos construindo. As revistas femininas nos ensinam que vivemos um momento ideal de otimismo. 'Que idade? jovem!' O anúncio acompanha o produto anti-rugas com o rosto sorridente da mulher de idade indefinida. A foto resume bem essa disposição para fazer com que a idade madura pareça o fim da história. Nada existiria depois dela. Nem mesmo aquele país cinza, da cor da cabeça de nossas avós (DEL PRIORE, 2000: 100).

A menopausa tem sido descrita como o portal desse país, constituindo-se como uma marca que inscreve o corpo das mulheres nessa idade de mulher *mais velha*. Veiga-Neto (2000) aponta que as idades estão entre os marcadores identitários – símbolos culturais que funcionam para diferenciar, agrupar, classificar, ordenar – mais difundidos e penetrantes. A idade, como tempo vivido pelo corpo, é tratada quase sempre como uma questão biológica. Nos últimos dois séculos, estivemos sempre preocupados/as em classificar, ordenar nossos diferentes atributos e características – físicas, químicas, psicológicas, etc. –, de modo a criar faixas etárias pelas quais cada ser humano pode ser considerado/a normal.

Porém, apenas a perspectiva biológica pouco nos fala dos significados que atribuímos a essas idades, sendo que o autor nos chama a atenção para o *como* estes são construídos:

O que interessa é como são inventadas as diferentes idades do corpo e, ao mesmo tempo, atribuídas tais idades a esse ou àquele corpo, bem como tudo isso é colocado em movimento não apenas para nos dizer quem somos – segundo um retículo de distribuições - e para que cada um se veja e se sinta dessa ou

daquela maneira, mas também para que cada um aja disciplinadamente, de acordo com o que se espera dos "membros desse retículo... é o caso de se dizer que o resultado disso é que não temos, a rigor, essa ou aquela idade, mas é essa ou aquela idade – isto é, aquilo que se diz dela. Aquilo que se representa como idade – que nos captura, nos aprisiona e nos tem (VEIGA-NETO, 2000: 224).

Desta forma, a menopausa, enquanto fenômeno fisiológico que tem ocorrido entre os 45 e 55 anos, faz parte dessas redes que *capturam* as mulheres através dos significados atribuídos aos processos que ocorrem em seus corpos. Esses significados representam formas de identificar, classificar e também disciplinar esses *corpos* para essas idades. Assim, a menstruação ou sua ausência servem para marcar sobre qual identidade feminina estamos falando e quais os comportamentos esperados para cada uma destas categorias, em termos de cuidados com a saúde, exercício da sexualidade, relação com seu corpo.

O sangue parece ter o efeito de dizer quem se é: quando vem a menstruação, é *mocinha*; quando ela pára, se tem que procurar um médico, é *doente*. Essas enunciações tornam o sangue um marcador de idades – a menina, antes de menstruar; a mulher/mãe, aquela que menstrua; e a velha, como *mulher menopáusic*a. O sangue tem o poder, aqui, de conferir um lugar para a mesma mulher em diferentes tempos de sua vida, bem como o de conferir lugares diferenciados para mulheres em função do que significa o sangue menstrual na vida delas, o que poderia ser apontado como a *capacidade reprodutiva*. Desta forma, não se consideram apenas questões biológicas, como se a mulher fosse regida pelos hormônios; mas ressalta-se que, através dessa visão "biologicista", podemos conferir identidades, que

vão sendo naturalizadas como verdades, ancoradas em uma construção sobre o significado dos corpos e suas idades.

É importante, porém, salientar que a idade, entendida como o tempo vivido pelo corpo, não opera de forma isolada das demais categorias identitárias, como, por exemplo, no caso de gênero, em que ser *velho* é muito diferente de ser *velha*. Precisamos ampliar essas idades em função dos eixos que se formam em torno delas, os quais mudam no dia-a-dia e conferem lugares aos sujeitos.

Ao construir os "lugares" que nos posicionam ou ao proporcionarem respostas que nos possibilitam entender aquilo que somos, os sistemas de significação produzem posições de sujeito, produzem identidades. Seguindo esse referencial teórico, precisamos problematizar a noção de sujeito unitário, centrado e coerente, como vêm sendo descritas as mulheres que passam pela menopausa. Essa identidade de *mulher menopáusica* se articula ou pode conflitar com muitas outras identidades que são assumidas nos diferentes grupos em que as mulheres vivem: elas são casadas ou solteiras, mães, filhas, avós, católicas, brancas ou negras, hetero ou homossexuais; passeadeiras, jornalistas, sociólogas, freiras, massoterapeutas, estudantes e aposentadas. Essas identidades são vividas ao mesmo tempo ou em tempos diferentes, articulam-se, fortalecem-se, conflitam-se, produzem efeitos.

Como destaca Louro (1995), no momento em que opomos homem/mulher, lidamos com categorias essencializadas, não colocando em questão as diferenças no interior de cada pólo, como se todas as mulheres fossem de modo idêntico, sem que se reconheçam as diferenças marcadas pelo sexo, religião, raça/etnia, idade, classe. Por isso, ao utilizarmos gênero como categoria de análise, é importante examinarmos as diferenças

construídas no interior de cada um destes pólos. Neste caso, na discussão que se segue, tomamos propositadamente aquela que é tida como medida: a mulher branca, heterossexual, classe média, cristã.

As marcas, as identidades e os lugares

É importante frisar que uma identidade é sempre definida em relação à outra, depende de outra – na afirmação da identidade, inscreve-se a diferença. Conforme Louro (2000), ainda que o caráter relacional seja constituinte da representação de qualquer identidade, podemos notar que algumas identidades ocupam, culturalmente, uma posição central e servem de referência a todas as demais. Essas identidades são representadas como “normais”, básicas, hegemônicas. É por contraponto ou comparação a elas que as outras são qualificadas como diferentes.

É através desse discurso hegemônico que determinamos um "lugar", um determinado referente. Portanto, o que está fora é o que passa a ser problematizado. Como ressalta Silva (2000), a identidade normal é “natural”, desejável, única. A força homogeneizadora da identidade normal é diretamente proporcional a sua invisibilidade. Todas aquelas que fogem a essa norma acabam mantendo-se à margem, como os corpos das mulheres negras, das homossexuais, das que não querem a maternidade, das pobres, das que se convencionou chamar de minorias. Assim, reforçamos então *uma identidade* como sendo *a identidade*.

Voltamos ao início desta discussão: a idade enquanto marcador identitário. Mas, agora, para falar de uma *outra* mulher menopáusica, ou seja, aquela que não é *normal*. A chamada menopausa prematura é o termo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (1996) para mulheres cuja

menopausa ocorre antes dos 40 anos. Essa idade foi arbitrariamente demarcada para servir de ponto de referência.

Se for precoce, ocorrer fora da idade normal e do que é regra, ficando de fora das teorias de desenvolvimento, como, por exemplo, as de Papalia e Old ou de Pikunas – autores/as utilizados nas disciplinas de Psicologia do Desenvolvimento –, isso implica uma forma de exclusão, pois, para mulheres de 50 anos, existe todo um quadro de desenvolvimento relacionado com a menopausa (síndrome do ninho vazio, aposentadoria, papel de avó etc.). Quando a menopausa ocorre antes, fora do padrão, nada disso é apontado: pode-se pensar então que a *anormalidade* é uma situação muito interessante!

Deve-se assinalar que a proposta de tratamento é com Terapia de Reposição Hormonal (TRH), isto é, trata-se a menopausa prematura da mesma forma como se trata a menopausa para mulheres na faixa dos 50 anos. O discurso médico nem sempre é o mesmo, pois nem todas poderão ter acesso a essa tecnologia e outras carregarão a responsabilidade de correr o risco por não terem feito a reposição, que implica tornar-se idêntica aos códigos e regras criados como referentes de uma forma existencial à qual se recorre como modo de classificação, reconhecimento, pertencimento, normatização – modo esse de tornar-se sujeito de um determinado discurso.

As identidades *invisíveis* são aquelas que não precisam ser apontadas: as pessoas não precisam dizer durante uma entrevista "*como tu podes ver, eu sou branca*" ou "*não sei se vou servir para tua pesquisa, porque sou heterossexual*". Mas se pensarmos em relação ao que é dito ser seu oposto, ou seja, as identidades marcadas, isso faz muito sentido. Faz-se importante

falarmos dessas identidades marcadas para também tornarmos visíveis as identidades invisíveis.

Apesar de o corpo parecer ser o "último reduto" da identidade, não podemos entendê-lo como uma entidade apenas biológica, temos que cruzá-lo com outras questões, como fizemos em relação às idades. É imperativo questionarmos se o próprio biológico não é significado *na e pela* cultura.

Como salienta Sant'Anna (1997) sobre o pensamento de Foucault, o importante não é perseguir o objeto, mas as *condições de possibilidades* que provocam seu surgimento em cada época, que fazem emergir as designações, divisões e formas de controle e de resistência, tornando possível assim uma visão de construção, de historicidade, para aquilo que consideramos *objeto natural*.

Em função disso, realizamos um recorte arbitrário, percorrendo um pouco da história e centrando o olhar nas questões do corpo feminino e no modo como essa visão de corpo foi sendo culturalmente construída. Não temos a pretensão de construir uma história do corpo, mas de detectar alguns dos sentidos que foram sendo produzidos ao longo da história a respeito do corpo feminino, principalmente no que diz respeito à questão da menstruação e sua ausência – a menopausa –, buscando problematizar questões que levam à permanência de um tipo de enunciado em detrimento de outros.

Historicizando a menopausa

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 íntimos, ou seja, é neste período que

a mulher torna-se um domínio público. Foi por meio desse diálogo com as mulheres de determinadas classes sociais que os médicos foram entrando em contato com os “distúrbios” que as mulheres “freqüentemente sofriam na mudança de vida” (WILLBUSH, 1979).

Mesmo com a falta de registros sobre distúrbios associados ao fim do ciclo menstrual até essa época, a problemática estava colocada em manter a menstruação e retardar o envelhecimento. Apesar de a menstruação ser vista como repugnante e suja, não era considerada doença, o mesmo acontecendo com a menopausa. É a partir do século XVIII que a menstruação, antes 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.

Nesse momento, o saber médico assume o bem-estar das pessoas, aumentando sua utilidade ao mesmo tempo em que regula os processos biológicos da vida. A ciência médica começava a impor progressivamente as normas da vida saudável, assumindo uma função de vigilância social e moral. O *sangue secreto* da menstruação inspirou cuidados, teses e superstições. Esse empenho em normatizar o funcionamento da *madre* (útero) significava adestrar o corpo da mulher para a maternidade e destituí-lo de qualquer significado mágico, diabólico e enfeitiçante.

Por volta de 1800, na França, vários trabalhos e livros médicos dedicaram bastante espaço ao cessar do mêsruo, referindo-se aos *tempos críticos* e aos *males secretos* experienciados pelas mulheres. Desta forma, um corpo de conhecimentos foi sendo construído por médicos (homens), predominantemente sobre queixas e perturbações, antes que surgisse um nome para o fenômeno. O termo *menopausa* foi utilizado pela primeira vez

em 1821, por Gardanne, na França. O autor propõe o novo nome para substituir a embaraçosa nomeação de *cessar do mêsruo* (WILLBUSH, 1979).

Os discursos médicos europeus do início do século XIX sustentavam a idéia de que os *sintomas do climatério* estariam ligados a fatores sociais. Esses registros indicavam que as mulheres das classes mais abastadas dos grandes centros urbanos, como na Inglaterra, apresentavam maior incidência de doenças iatrogênicas, enquanto que as mulheres que moravam em localidades mais retiradas experienciavam um climatério sem esses sintomas.

Para alguns médicos da época, esse resultado explicava-se pela vida saudável e ar puro do campo, ao lado da posição social que as mulheres ocupavam como mães de família. Enquanto isso, as mulheres dos centros urbanos eram percebidas como levando uma vida sedentária, com compulsão por comidas não-saudáveis e com uma *sexualidade desregrada*, entendendo os médicos serem esses fatores os responsáveis pelos sintomas apresentados, principalmente a hemorragia climatérica. Porém, percebeu-se mais tarde que as mulheres de classes privilegiadas, as quais eram discriminadas pelo seu envelhecimento, submetiam-se a terapêuticas extremamente agressivas, resultando na troca das doenças climatéricas por outras doenças iatrogênicas – questão que levou os médicos da época à constatação de seu erro no tratamento de tais mulheres.

Seguindo essa idéia, o médico Edward J. Tilt, em 1857, define o conceito de *ninho vazio*, segundo o qual a mulher que não menstruasse mais perderia sua função com o crescimento e saída dos filhos de casa, caracterizando ainda mais esse período de vida como negativo. Segundo Willbush (1979), é Tilt quem relaciona os sintomas menopáusicos a uma

involução ovariana, pois os ovários estariam em conexão com o sistema nervoso central e, conseqüentemente, a mulher poderia ter problemas em sua vida emocional por ocasião dessa alegada involução. O uso que se fez da conexão entre ovários e sistema nervoso central serviu, com aval científico, para uma série de entendimentos e conseqüentes condutas relativas ao controle do corpo das mulheres.

Na virada do século, com o desenvolvimento de novos instrumentos e técnicas cirúrgicas, a medicina sofisticava suas intervenções. Conforme Ehrenreich e English, citadas por Menegon (1998), elegem-se os ovários como fonte da maioria dos males femininos, desenvolvendo-se a intervenção chamada ooforectomia (remoção dos ovários), que se torna uma das cirurgias mais indicadas para tratar *problemas de personalidade* da mulher.

Segundo essa análise, em 1906, um renomado obstetra americano estimou que cerca de 150.000 mulheres nos Estados Unidos tinham perdido seus ovários sob o bisturi. É interessante salientar que os entusiastas dessa técnica propagavam que as pacientes submetidas àquela intervenção apresentavam melhora, ou mesmo cura, passando a ter um senso de moral mais elevado (por exemplo, deixavam de se masturbar), tornando-se mais tratáveis, ordenadas, laboriosas e asseadas.

Nesse contexto de *psicologia dos ovários* é que Freud começa a desenvolver sua teoria psicanalítica, tendo como ponto de partida os sintomas histéricos femininos. 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).

Todavia, olhando-se mais atentamente, em outros aspectos houve uma simples passagem do campo da Ginecologia para o da Psiquiatria: a histeria era uma doença mental. Em última instância, a nova teoria postulava que a personalidade feminina era inerentemente defeituosa, desta vez devido à ausência do pênis, remetendo novamente às bases anatômicas (MENEGON, 1998).

O biológico tem sido usado de uma forma essencialista para inscrever uma identidade natural no corpo feminino. Assim, reforça-se até nossos dias a ligação feminina com uma *natureza* e, ao mesmo tempo, a necessidade de um controle dessa *natureza*. Descrevemos explicações que se tornaram hegemônicas numa dada época. Outras versões aconteceram, pois, como aponta Foucault (1997),

da mesma forma que a rede das relações de poder acaba formando um tecido espesso que atravessa os aparelhos e as instituições, sem se localizar exatamente neles, também a pulverização dos pontos de resistência atravessa as estratificações sociais e as unidades individuais (p.92).

Existem versões que ficam relegadas a uma posição periférica em relação à medicalização da menopausa; por exemplo, a versão sobre a menopausa como sendo um período de revigoração, que indica a completude de um período, podendo abrir espaço para outras perspectivas de vida, como Simone de Beauvoir escreve em 1949:

Então a mulher acha-se libertada da servidão da fêmea; não é comparável ao eunuco, porque sua vitalidade continua intacta; entretanto não é mais presa de forças que a superam: coincide consigo mesma. Já se afirmou que as mulheres idosas constituem 'um terceiro sexo', e, com efeito, não são machos e não são mais fêmeas, traduzindo-se amiúde essa autonomia fisiológica por uma saúde, um equilíbrio e vigor que antes não possuíam (BEAUVOIR, 1980: 51).

Essa retrospectiva histórica serve para demarcar algumas questões importantes: quem produz o saber sobre o corpo, de quem é esse saber e que efeitos que ele produz. Desta forma, o saber médico e psicológico constrói o conhecimento sobre os corpos femininos a partir de uma referência: o homem, europeu, branco, heterossexual, burguês. As mulheres passam à esfera privada, afastadas das esferas onde se produz oficialmente o conhecimento. O cessar do mênstruo passa a ser nomeado, o envelhecimento feminino passa a ser doença, principalmente com base nas queixas de mulheres de determinada classe social, raça e religião, para se generalizar a todas as mulheres.

A atualidade da menopausa

Primeiramente, é importante problematizar a própria definição de menopausa, principalmente no que se refere à diferenciação do climatério. Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde (1996), a utilização da terminologia climatério deve ser abandonada para evitar confusões. 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, os quais não representam ameaça à vida, mas nem por isso são menos **desagradáveis**, e algumas vezes **incapacitantes**. A prevalência de **sintomas** relacionados à*

menopausa entre mulheres de países em desenvolvimento não é bem conhecida (WHO, 1996: 73).

Porém, na revista *Veja* (2001), em uma reportagem intitulada "Menopausa à vista", estão relatadas as dúvidas mais frequentes, de acordo com pesquisa nacional feita com 2.000 mulheres entrevistadas em todas as regiões do país, encomendada pelos laboratórios Wyeth-Whitehall (que se intitulam, através de seu logotipo, como o líder mundial em saúde feminina) ao Instituto Gallup. O objetivo da pesquisa era avaliar o conhecimento que a população feminina acima dos 45 anos tinha sobre a menopausa e a utilização da terapia de reposição hormonal (TRH). Segundo a reportagem, os equívocos vão desde a confusão entre as definições de menopausa e seus sintomas, até os medicamentos existentes. Aparece então na reportagem a seguinte pergunta, com a resposta de especialistas (ginecologistas): "Qual a diferença entre menopausa e climatério? A menopausa é a **última** menstruação espontânea da mulher. Enquanto que o climatério é o período que engloba os anos anteriores (em geral, inicia-se aos 40 anos) e os que vêm depois dela" (*Veja*, 2001: 153).

Essas duas definições, de menopausa e climatério, servem para ilustrar a dificuldade de definir uma terminologia que seja única, verdadeira, absoluta, cujo significado seja apenas um. Utilizamos essa reportagem por entender que a mídia se propõe a uma função informativa, ao passo que essas informações são positivamente que forjam modos de viver e de experimentar o próprio corpo. Entendemos por experiência a relação entre tipos de normatividade, delimitação de verdades e de modos de viver. Como a própria reportagem indica, busca levantar e responder as dúvidas

que as mulheres têm; para tal, recorre a especialistas, desejando apontar verdades, regras de conduta e formas de viver.

Concomitante a isso, o conceito de menopausa no enfoque da psicologia do desenvolvimento corrobora e reforça as codificações e normatizações sobre a mulher:

A menopausa ocorre quando uma mulher pára de ovular e menstruar e não pode mais procriar; geralmente considera-se que ela tenha ocorrido um ano depois da última menstruação. Para as mulheres americanas, isso ocorre tipicamente entre as idades de 45 e 55, numa idade média de 51. Entretanto, algumas mulheres sentem alterações na menstruação aos 30 anos; outras, não antes dos 60. O período de dois a cinco anos durante o qual o corpo de uma mulher sofre mudanças fisiológicas que produzem a menopausa é o climatério. Os ovários e as glândulas supra-renais começam a produzir menos estrogênio, o hormônio feminino, e a menstruação geralmente torna-se irregular, com menor fluxo do que antes e um tempo mais longo entre os períodos menstruais (PAPALIA, 2000: 434).

Esses diferentes campos de saber trazem definições à menopausa que são conflitantes, principalmente no que se refere ao tempo de duração: ou é um evento (última menstruação) ou um período (um ano antes da última menstruação ou o período em que os ovários param de funcionar). Mas são semelhantes no que diz respeito ao processo fisiológico que ocorre no corpo feminino, todos se referindo a uma diminuição, perda, sofrimento, finitude ou incapacidade, ligada aos hormônios.

A menopausa como fase da vida

A descrição médica e psicológica da menopausa aparece como decorrência do processo fisiológico, relacionado ao sangue menstrual, que acompanha a vida reprodutiva das mulheres. O processo tem início com a

menarca, nome dado à primeira menstruação, que em nossa sociedade tem uma importante conotação de saída do mundo infantil – a menina torna-se capaz de gerar filhos/as. Já a menopausa, se entendida em forma de oposição, seria a entrada no mundo da velhice. O binarismo se institui entre jovem/velha. A partir do que foi visto nas entrevistas, a menopausa é apontada como uma fase da vida, trazendo outra questão para ser discutida: a medicalização da menopausa.

O que está explicitado aqui não é a valorização de um período reprodutivo, mas a questão do controle do corpo feminino no que se refere a todas as fases que são demarcadas pela presença/ausência do sangue menstrual: antes, durante e depois. A menopausa não teria um tratamento diferenciado das fases anteriores: a mulher é focalizada sempre em relação a um sintoma – cólicas, indisposição, angústia e TPM (tensão pré-menstrual). Assim, o que resulta na menopausa é manutenção do que foi feito nas outras fases: a medicalização do corpo feminino.

A questão importante aqui não é verificar se os sintomas ocorrem ou não, mas sim apontar que existe um discurso sobre o corpo feminino no qual este aparece como sintomático e, desta forma, doente. O saber médico e psicológico é referência para esse controle do corpo feminino, o qual se exerce a partir de uma série de práticas que estão naturalizadas, como, por exemplo, a necessidade de exames ginecológicos periódicos com o intuito de manter sempre cuidado/controlado esse corpo que pode se descontrolar/adoecer.

A menstruação, então, é um incômodo e é nojenta. Como vimos, esse é um sentido que vem sendo construído, com o incremento de questões ligadas ao consumo de produtos que a tornem menos presente, que vão

desde os absorventes e a medicalização, até produtos que a inibam. Conforme Menegon (1998), há interesses antagônicos, representados especialmente pelas indústrias farmacêuticas, que dão ao sangue menstrual dois sentidos: o de inútil (para suspender a menstruação), referente às indústrias que produzem os anticoncepcionais, e o de vital (no que se refere à menopausa), para as que produzem estrogênio. Complementamos essa questão com a de que, mesmo havendo visões antagônicas, estas atuam em diferentes momentos de vida das mulheres, tornando-se iguais em relação a ter o poder de dar o *sentido* a esses momentos, o que, em termos gerais, acaba marcando todo o ciclo menstrual como algo que necessite de acompanhamento e de controle medicamentoso e psicológico na medida em que estabelece critérios relacionados às experiências psíquicas (depressão na menopausa, síndrome do ninho vazio, entre outros).

O segundo ponto importante é o fato de a mulher não correr o risco de engravidar. Logo, não ser mais reprodutiva ganha um outro significado – o de despreocupação e vivência da sexualidade sem o compromisso com os cuidados para não engravidar. Isso muitas vezes vem ligado a uma outra questão, como o risco de contrair Aids ou até uma exigência em termos de uma performance sexual.

Para discutirmos estes aspectos, os quais dizem respeito à vivência da sexualidade, é necessário trazer a questão masculina para a discussão. O processo de envelhecimento masculino não tem uma marca externa como a menopausa, mas podemos levantar outras questões para pensar o masculino.

Lupton (2000) pontua que uma maior atenção é dada às questões da saúde da mulher, se comparada às da saúde dos homens. Também o processo de corporificação do feminino é mais documentado e criticado. Os

homens, muitas vezes, tendem a negar esse processo de corporificação, exceto em relação ao esporte ou outras atividades de destreza física. O corpo masculino com problemas, doente, passivo, é culturalmente sub-representado.

Coloca-se aqui a questão da invisibilidade do corpo masculino em contraponto com a superexposição do feminino, indicando que o controle sobre os corpos pode acontecer de formas distintas e ao mesmo tempo propor condutas que, analisadas rapidamente, podem parecer semelhantes: o uso de medicação em relação à sexualidade.

Assim, por exemplo, a impotência sexual tem sido frequentemente apontada pela mídia¹, principalmente em relação a sua medicalização (como o uso de Viagra, Uprima, etc.), mas seu uso é pontual em comparação à menopausa, que requer tratamento prolongado. Essa medicalização do corpo masculino visa à manutenção relativa a uma identidade masculina marcada pela virilidade. Outras formas de sexualidade não são questionadas, permanecendo uma sexualidade ligada à penetração. Desta forma, o órgão sexual masculino continua a ser visado, e não o processo que envolve a questão da impotência. Neste sentido, os corpos são medicalizados e psicologizados, tanto o masculino quanto o feminino. Entretanto, os significados são diversos: para um, é a potência, e para a outra, a juventude/saúde.

Quais os corpos que circulam?

Nas reportagens sobre o assunto menopausa, o corpo nu que aparece é sempre de uma mulher jovem; parece não haver espaço para o corpo *velho*, e ele passa a ficar fora da norma. A Terapia de Reposição Hormonal,

chamada de TRH, vai fazer parte das novas tecnologias propostas para mantê-lo dentro desse padrão, compondo a tríade beleza, juventude e saúde.

A TRH, como nova tecnologia, aparece como forma discursiva: o que é o normal? Essas tecnologias médicas e psicológicas (já que os hormônios também regulam o humor das mulheres) sobre o corpo das mulheres criam e sustentam necessidades sociais, políticas e econômicas. Continuamos construindo um discurso de “normalidade” para o corpo, agora velho, tendo como efeito novas formas de cuidado. A preocupação com a maternidade diz respeito ao corpo jovem; em relação às velhas, a questão gira em torno da saúde/aparência.

Circulando em diversos campos de saber, como a Mídia, a Psicologia e a Medicina, a TRH tem atraído a atenção como uma tecnologia que diminui o risco de desenvolver doenças provenientes do processo de envelhecimento, tais como osteoporose e doenças cardíacas (PAPALIA, 2000). Ela visa a repor a ausência do estrogênio, o qual é tido como responsável pelo que há de feminino na mulher, e sua falta causaria a desfeminização do corpo feminino ao envelhecer. É um tratamento médico e, como tal, só pode ser prescrito nesse âmbito, com o propósito de remediar os efeitos patológicos da deficiência de estrogênio, ocorrida em função da menopausa. Porém, devido a sua grande divulgação, pode gerar confusões, como nestas falas de entrevistadas:

R40: Porque o médico disse que, como eu já tô quase na menopausa, que não era preciso mais (tomar pílula), porque faz mal, dá problema de coração. E aí um dia desses, eu conversando com a moça da farmácia lá perto da minha casa, e ela disse: “é pra ti esse comprimido?”, e eu disse “é”; ela disse: “mas tu ainda menstrua?” Eu disse assim: “ainda”. Aí ela disse assim: “então não pára de tomar, não pára porque é bom, porque tem hormônio e se um dia tu precisar tu já tá repondo” (Rosana)

Assim, o importante é *repor* o que está faltando, ou seja: prevenir-se contra doenças físicas e mentais, perda de libido e falta de atrativos sexual resultantes da redução dos níveis naturais de hormônios no corpo da mulher velha; o detalhe é que o responsável por tudo isso é o estrogênio. A TRH é um tratamento para ficar *normal*:

*L71: O outro aceita... aceita, continua com a vida normal. Se ele tiver uma mulher, que se trate. Porque tem aquela mulher que entrou na menopausa, começou os **efeitos**, ela não dá bola, ela não liga, ela não procura um médico pra corrigir aqueles **defeitos**. Então, aquela mulher que se trata, que tenha do seu lado uma pessoa que tenha conhecimento do que é a menopausa, vão continuar uma vida normal.*

Assim, os *efeitos* da menopausa vão-se transformando em *defeitos*. Defeitos esses que necessitam da intervenção médica. Ter saúde também vai implicar fazer *exames periódicos*, procedimento que, para as mulheres, é sempre indicado. Porém, o discurso médico sobre o corpo das mulheres na menopausa é relacionado a uma falência ovariana, que produz, a curto prazo, sintomas, os quais podem tornar-se, a longo prazo, doenças graves. Isso leva a dizer que o corpo feminino velho está em constante risco, e com isso ocorre o reforço da necessidade de diferentes exames.

De acordo com a pesquisa relatada na *Veja* (2001), 53% das mulheres residentes nas áreas urbanas do país que estão no climatério (período anterior e posterior à ocorrência da menopausa) nunca fizeram terapia de reposição hormonal. Ainda segundo a mesma fonte,

uma das explicações para isso é a crença de que não é preciso procurar tratamento na ausência de sintomas. Segundo os médicos, é possível que essa conclusão seja equivocada. Algumas mulheres podem não apresentar sintomas, mas estar desenvolvendo silenciosamente doenças decorrentes (Veja, 2001, p.152).

Esse cuidado constante com a saúde das mulheres é demonstrado por Meyer (1998) em sua problematização sobre a área de estudos e atuação profissional chamada de Saúde da Mulher, quando ela pergunta "O que é exatamente a saúde da mulher?", pois, segundo seu raciocínio, a saúde aparece relacionada aos exames que as mulheres têm que fazer *obrigatória* e regularmente: os ginecológicos.

Conforme a autora, isso reforça o ponto de vista de que as mulheres são vistas principalmente em relação ao sistema reprodutor, pois esse procedimento não é utilizado para o homem. Para o homem, não existe uma área correspondente – "saúde do homem" –, talvez devido à idéia de que o homem ainda é visto dentro de uma perspectiva de saúde da humanidade, e a saúde da mulher seria uma parte disso, que necessita ser tratada e controlada de forma diferente.

Então Meyer questiona: "Quais relações de poder isso põe em funcionamento?" (MEYER, 1998:26). Centrando essa pergunta em relação à mulher menopáusicas, apresenta-se um incremento ainda maior do cuidado com o corpo, pois, além de ser mulher, é velha, ou seja, um maior número de doenças podem acontecer devido à *falência ovariana*, as quais podem estar ocorrendo *silenciosamente*, mas podem ser *ouvidas* pelos médicos.

São essas práticas que constituem o que é falado e como é falado; portanto, é importante deter-se sobre as mesmas para compreender a rede diferenciada de poderes e saberes que produzem os sujeitos. Às mulheres é delegada a responsabilidade pela própria saúde, que fica representada como *ir fazer exames*; e ao médico, através de tecnologias, cabe falar desses corpos, ou melhor, *ouvi-los*.

Recentemente, conforme Papalia (2000), os especialistas têm observado que a prescrição da TRH deveria ser rotina, pois em longo prazo

estaria produzindo proteção contra o risco de a mulher menopáusicas desenvolver sérias debilidades e doenças potencialmente fatais, como osteoporose e doenças cardiovasculares. Desta forma, as mulheres são aconselhadas a buscar tratamentos prolongados, tanto para doenças de longo e de curto prazo quanto para os sintomas temporários da menopausa. Tais tratamentos devem ser mantidos até a morte.

Esse tratamento gera uma série de transformações, que vão desde efeitos colaterais, como câncer uterino ou de mama, até aumento de peso (PAPALIA, 2000). Além disso, o tratamento provoca também o aumento de produtos no mercado de consumo, ocorrendo a ampliação de novos mercados para novas consumidoras, que solicitam tanto os produtos farmacêuticos quanto outros profissionais e serviços, como nutricionistas e academias de ginástica, que se tornam necessários em função dos efeitos não desejados quando se faz TRH.

Desta forma, o cuidado com saúde implica que as mulheres, além de medicadas, são também consumidoras. Será que todas podem proceder dessa forma? Não sendo *uma medida simples e barata*, quem fica excluída?

Outras técnicas médicas aparecem para comprovar a necessidade da TRH, como o exame de dosagem hormonal. Conforme Harding (1997), áreas importantes de experiência corporal das mulheres estão sendo progressivamente subjetivadas por técnicas de detalhamento médico. Neste caso, as mulheres referem que, para saber se estão ou não na menopausa, é necessário o exame de dosagem hormonal. A experiência do que estão sentindo ainda é relatada, mas o exame, como confirmação, torna-se medida.

Menegon (1998) salienta, dentre outros fatores, que os interesses mercantis estariam sustentando a hegemonia da reposição hormonal, pois, em 1995, entre os produtos mais comercializados no mundo todo, os hormônios para o período da menopausa ocupariam o quinto lugar em vendas. Porém nem todos/as os/a especialistas vão ser a favor da TRH, e nem todas as mulheres fazem uso desta ou desejam fazê-lo. O objetivo, então, não é pesquisar se a TRH deve ser feita ou não, se é adequada ou não, boa ou ruim, mas sim investigar quais os sentidos de mulher menopáusicas que são construídos em relação a ela, os quais envolvem relações de poder: descrever, classificar, identificar jeitos de ser mulher – o poder de definir corpos e comportamentos.

Mesmo que a aparência seja um aspecto relevante para a definição de mulher, como vimos em relação à própria nomeação da menopausa, aqui ela assume outra forma de ser representada. No caso da TRH, há uma tecnologia que pode propiciar ao corpo a libertação da dor e da decrepitude do envelhecer, ainda que ele permaneça controlado pela medicação. Assim, mesmo que a TRH continue reforçando um posicionamento sobre aparência/saúde, o faz de outra forma, re-edifica o controle de outra forma. Neste sentido, ela representa uma mulher que escolhe, é informada e controla seu corpo, diferente da outra, que está à mercê das *intempéries da natureza* e tem seu corpo marcado pelo tempo.

Essa questão pode ser vista na matéria da revista *Isto é* (1999) intitulada “Hormônios, corpo e mente em ação”, tendo por subtítulo “A revolução que precede o fim do ciclo reprodutivo provoca angústias e desconfortos, mas a mulher já consegue passar por esse período sem perder a beleza e a vitalidade”. Na reportagem, entre a lista de benefícios da TRH e sua comprovação através de pesquisas científicas, lê-se:

Outra pesquisa, publicada recentemente pela revista The Lancet, (uma das mais conceituadas publicações científicas do mundo), mostra que, comparando-se mulheres de uma mesma faixa etária, aquelas que faziam o uso da TRH aparentavam oito anos menos que as do grupo sem tratamento. Isso porque o estrógeno – ele de novo – também aumenta o teor de colágeno da pele (Isto é especial - saúde da mulher, 1999:35).

A pergunta que fica é: o que significa aparentar oito anos menos – que visual é esse? Isso quer dizer que as mulheres que não usam a TRH parecem ter que idade? Como essa idade é representada? A categoria idade está sendo usada sozinha, para igualar as mulheres, remetendo a uma *mulher referência*. Logo, a mulher que faz TRH tem sempre menos idade do que a outra. Desta forma, a TRH vai operar sobre as marcas do corpo.

Neste momento, para finalizarmos, porém deixando em aberto, cabe perguntar sobre a Terapia de Reposição Hormonal: o que está faltando? Se estamos repondo algo, é por haver uma falta; se o estrogênio representa tudo o que há de feminino na mulher, a partir de sua ausência, o que nos tornamos? Essa prática põe em evidência a própria naturalização da identidade hegemônica do que é ser naturalmente *mulher* e, consequentemente, do que é ser naturalmente *homem*.

A *mulher* que utiliza TRH torna-se, por esse discurso, melhor do que a que *naturalmente* envelhece – a velha reveste-se de todos os adjetivos negativos da menopausa, e a outra, dos positivos da TRH. Mas como isso se corporifica? Onde está esse corpo de *mulher que faz TRH*? Qual corpo é permitido aparecer? Onde está o da *velha*? A quem pertencem esses corpos? Essas são questões que devemos ter presentes para podermos abalar esse discurso acerca de *uma mulher velha*, devido às diferenças que as

constituem mulheres e dos vários discursos que se produzem e se atravessam tramando redes e construindo diferentes lugares.

Referências Bibliográficas

- BEAUVOIR, S. de. *O segundo sexo: 1. Fatos e mitos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- DEL PRIORE, M. L. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora SENAC, 2000.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- HARDING, J. “Bodies at risk”. Em: Petersen, A.; Bunton, A. (eds) *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.
- Hormônios, corpo e mente em ação. *Isto é* - edição especial: saúde da mulher. São Paulo. p.32-35, out. 1999.
- LOURO, G. L. Corpo, Escola e Identidade. *Educação & Realidade*. Porto Alegre: UFRGS/FACED, v.25, n.2, p.59-75, jul./dez. 2000.
- _____. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. *Educação & Realidade*. Porto Alegre: UFRGS/FACED, v.20, n.2, p.101-132, jul./dez 1995.
- LUPTON, D. Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação & Realidade*, Porto Alegre: UFRGS/FACED, v.25, n.2, p.15-47, jul./dez. 2000.
- MENEGON, V. M. *Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano*. Dissertação de mestrado. PUC/ São Paulo, 1998.
- _____. Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais. *Revista Ciência e saúde*. Florianópolis, v.17, n.1, jan/jun. 1998.
- Menopausa à vista. *Veja*. São Paulo, p.152-153, 24 out. 2001.
- PAPALIA, D. E., OLDS, Sally W. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SANT'ANNA, D. O corpo entre antigas referências e novos desafios. *Cadernos de Subjetividade*, v.5, n.2, p.275-284, dez.1997.

Sexo depois dos 40 (agora fora das telas). *Veja*. São Paulo, p. 118-124, 24 mai. 2000.

SILVA, T. T. da. “A produção social da identidade e a diferença”. Em: SILVA, Thomaz Tadeu da (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

SPINK, M. J. P. e FREZZA, R. M. “Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social”. Em: SPINK, Mary Jane (org.). *Práticas discursivas e produções de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

VEIGA-NETO, A. “As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades...” Em: AZEVEDO, José Clóvis (org.). *Utopia e democracia na educação cidadã*. Porto Alegre: Ed. da Universidade UFRGS, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION . Research on the menopause in the 1990s- *Report of the WHO Scientific Group*. Geneva: Ed World Health Organization, 1996.

WILLBUSH, J. La menopause: the birth of a syndrome. *Maturitas*, v.1, p.145-151, 1979.

Patricia Flores de Medeiros é Psicóloga, mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS, doutoranda em Psicologia pela PUCRS.

Anita Guazzelli Bernardes é Psicóloga, mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS, doutoranda em Psicologia pela PUCRS, docente da Faculdade Cenecista Nossa Senhora dos Anjos.

Betina Hillesheim é Psicóloga, mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS, doutoranda em Psicologia pela PUCRS, docente da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Neuza Guareschi é Professora Doutora da Pontifícia Universidade Católica do RS, coordenadora do grupo de pesquisa “Estudos Culturais, identidades/diferença e teorias contemporâneas”. E-mail: nmguares@pucrs.br

¹ Conferir reportagem “Sexo depois dos 40 (agora fora das telas)”, na revista *Veja*, 2000, p.124.