

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

Josiane Fernanda dos Santos

**VISÕES DA MENOPAUSA:  
DA ABORDAGEM MÉDICA À EXPERIÊNCIA VIVIDA**

PORTO ALEGRE

2023

Josiane Fernanda dos Santos

**VISÕES DA MENOPAUSA:  
DA ABORDAGEM MÉDICA À EXPERIÊNCIA VIVIDA**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau Bacharel em Ciências Sociais, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Eduardo Valente Dullo e coorientação do Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho.

PORTO ALEGRE

2023

### CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Josiane Fernanda dos  
Visões da Menopausa: da abordagem médica à  
experiência vivida / Josiane Fernanda dos Santos. --  
2023.

74 f.

Orientador: Carlos Eduardo Valente Dullo.

Coorientador: Marcos Castro Carvalho.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Filosofia e Ciências Humanas, Bacharelado em  
Ciências Sociais, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Menopausa . 2. Climatério. 3. Medicalização da  
Menopausa . 4. Patologização da Menopausa. 5. Terapia  
de Reposição Hormonal. I. Dullo, Carlos Eduardo  
Valente, orient. II. Carvalho, Marcos Castro,  
coorient. III. Título.

Josiane Fernanda dos Santos

**VISÕES DA MENOPAUSA:  
DA ABORDAGEM MÉDICA À EXPERIÊNCIA VIVIDA**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau Bacharel em Ciências Sociais, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Eduardo Valente Dullo e coorientação do Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho.

Porto Alegre, 05 de setembro de 2023.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Carlos Eduardo Valente Dullo  
(Orientador)

---

Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho  
(Coorientador)

---

Profa. Dra. Fabíola Rohden

---

Profa. Dra. Daniela Tonelli Manica

## AGRADECIMENTOS

Sirlei e Valdecir, meus queridos pais, pelo incentivo aos meus projetos mais ousados e pela compreensão carinhosa dos momentos de distância.

Rose, Naldo e Luís Antônio, pela feliz acolhida a cada retorno. Ander, Natália, Lucas e Felipe, as memórias compartilhadas fizeram com que eu me sentisse mais perto de casa.

Vô Fantini (*in memoriam*) sou grata pelos valores e guardo com carinho seu sorriso orgulhoso sempre que me via com um livro em punho. Vó Cidinha, obrigada pelas orações.

Thuane, meu cais, agradeço especialmente por me ensinar tanto, crescer ao seu lado tem sido um grande privilégio.

Mari, parte da minha família gaúcha, obrigada pelas tardes de domingo de respiro.

Silvana, incentivadora incansável que me adotou como sua “filha preferida paulista”, obrigada pela partilha desde minha chegada à UFRGS.

Colegas da Biblioteca de Ciências Sociais e Humanidades, onde passei boa parte da jornada universitária, muito obrigada.

Ana, meu facho de luz, pelas ligações intermináveis, pela atenção e cuidado diários, por emprestar leveza aos dias mais difíceis, pela paciência em ler, reler e opinar ao longo do processo de escrita e, principalmente, pelo impulso fundamental ao encerramento desta etapa.

Sou grata também às interlocutoras, Dra. Rita, Elenice e Mara, cujos relatos foram indispensáveis à realização da pesquisa.

À professora Fabíola, pelas disciplinas que inspiraram meu interesse em antropologia das ciências e gênero e sexualidade e à Daniela Manica por aceitar compor, junto à Fabíola, a banca examinadora deste trabalho, oferecendo suas valiosas contribuições.

Agradeço especialmente ao professor Dullo, que ofereceu seu nome como orientador e não me deixou desistir da temática, e ao coorientador, professor Marcos, que apoiou minha ideia mesmo diante de um prazo tão desafiador, pela generosidade e dedicação.

*A vantagem de envelhecer, [...], era só esta: as paixões permaneciam tão fortes quanto antes, mas a gente dispunha – por fim! – daquele poder que confere o sabor supremo à existência, de examiná-la por todos os lados, lentamente, sob a luz.*

*Virginia Woolf*

## RESUMO

A partir da interação entre aspectos biológicos e culturais, a medicina produziu diferentes interpretações sobre o corpo feminino no decorrer do tempo, com grande interesse na capacidade reprodutiva. Com o aumento da longevidade, que permite às mulheres viverem boa parte de suas vidas após a cessação das funções ovarianas, o saber médico voltou seu olhar ao climatério e à menopausa, transformando suas características, antes lidas como inerentes ao envelhecimento, em sintomas de uma doença que, como tal, necessita de intervenção. A partir disso, o presente trabalho teve como proposta analisar as origens e as transformações da visão médica acerca da menopausa, além dos efeitos sobre a percepção de mulheres que vivenciam o processo. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica, análise do conteúdo de um *podcast* feito por especialistas de endocrinologia e ginecologia, além de entrevistas com uma ginecologista responsável pelas questões de saúde da mulher da rede pública de um município do interior do estado de São Paulo e com três de suas pacientes. Entre os resultados, são destacados os ecos da linguagem patologizante sobre processos fisiológicos femininos desde a medicina do século XIX, bem como a alta carga de pressupostos culturais que orientam, ainda hoje, o modelo médico-científico de produção do conhecimento.

**Palavras-chave:** Menopausa. Climatério. Medicalização da Menopausa. Patologização da Menopausa. Terapia de Reposição Hormonal.

## ABSTRACT

Through the interaction between biological and cultural aspects, medicine has produced different interpretations of the female body over time, with high interest in reproductive capacity. From the increase in longevity, that allows women to live big part of their lives after the cessation of ovarian functions, the medical knowledge has turned its attention to climacteric and menopause, transforming their characteristics, previously seen as inherent to aging, into symptoms of a illness that needs intervention. From these points, the present work intended to analyze the origins and transformations of the medical view about menopause, in addition to the effects of this view on the perception of women who experience the process. To do that, a bibliographical research and a analysis of a podcast produced by endocrinology and gynecology specialists were carried out, and interviews with a gynecologist responsible for women's public health service of a city located in the interior of the state of São Paulo and with three of his patients were also done. Among the results, we can highlight the echoes of pathologizing language about female physiological processes since nineteenth-century medicine, as well as the high load of cultural assumptions that guide the medical knowledge production up to the present.

**Keywords:** Menopause. Climacteric. Medicalization of Menopause. Pathologization of Menopause. Hormone Replacement Therapy.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID	Classificação Internacional de Doenças
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
STPM	Síndrome da Tensão Pré-Menstrual
SGU	Síndrome Geniturinária da Menopausa
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
USM	Unidade de Saúde da Mulher
WHI	Women's Health Initiative Study

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 A RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA E O CORPO FEMININO .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Patologizando processos fisiológicos: a tese da medicalização .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Fim do período reprodutivo: climatério e menopausa.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Patologização da menopausa .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 Contexto histórico .....	22
1.3.2 A tradução biomédica de menopausa .....	23
1.3.3 Sintomatologia.....	25
1.3.4 A terapia de Reposição Hormonal (TRH) .....	26
<b>2 PERSPECTIVA MÉDICA: LINGUAGEM E ABORDAGEM.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 <i>Methabolik Podcast</i>: a reposição “melhora tudo” .....</b>	<b>31</b>
2.1.1 Visões da menopausa, estética e ‘combate’ ao envelhecimento .....	36
2.1.2 Vias de administração de TRH e casos clínicos relatados.....	38
2.1.3 A vigilância médica e sua associação ao discurso de qualidade de vida.....	42
2.1.4 Hormônios e gênero .....	43
<b>2.2 Entrevista com ginecologista: um incentivo ‘cauteloso’ .....</b>	<b>44</b>
<b>3 PERSPECTIVA DAS MULHERES: EXPERIÊNCIA VIVIDA .....</b>	<b>55</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A – Guia de entrevista à especialista.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B – Guia de entrevista às mulheres .....</b>	<b>78</b>

## INTRODUÇÃO

Por abrigar a fase mais importante do processo de reprodução humana – a gestação – o corpo feminino ganhou posição de destaque no discurso médico e científico desde a consolidação, em meados do século XIX, da medicina social, quando a redução da mortalidade de crianças e o controle de epidemias fazia-se indispensável para a manutenção da força de trabalho e, portanto, da nova ordem industrial e capitalista em curso no estado brasileiro.

Partindo da necessidade de controle social por meio dos princípios higienistas e da valorização do papel da mulher-mãe, a prática médica penetra no interior das famílias e passa a atuar não somente nos assuntos ligados à manutenção da saúde, mas também naqueles de ordem moral, de modo a preparar mulheres para o cumprimento, da melhor forma possível, do que o discurso médico convencionou chamar ‘desígnio da natureza’: a maternidade. Nunes (1991) aponta que o estudo da condição feminina é considerado um dos aspectos fundamentais da perspectiva higiênica na medicina.

Com base nisso, mulheres passaram a ser submetidas a uma vigilância médica constante, com a pretensa finalidade de torná-las aptas a desempenharem a função mais importante de suas vidas, o cuidado do lar e da prole. O discurso ganhou tamanha abrangência que ainda hoje, dois séculos depois, a valorização da reprodução não só orienta as práticas médicas, como povoa o imaginário social. Tanto que mulheres que optam por não serem mães se veem constantemente compelidas a repensarem suas decisões, posto que uma mulher só poderia se realizar de maneira plena através da maternidade.

A tese da medicalização como estratégia de controle e normalização está no cerne do debate sobre medicina e corpo feminino, visto que para Miles (1991) medicalizar significa tornar aspectos da vida cotidiana objetos de medicina, de modo a assegurar conformidade a um conjunto de normas sociais.

A lógica de tratar a gravidez como doença, a menstruação como um distúrbio crônico e o parto como um evento com grande necessidade de intervenção cirúrgica é abordada por Ehrenreich e English (1991 apud Vieira, 2002) como uma estratégia de controle deste corpo-objeto em todas as fases da vida. E, embora pouco se fale acerca do encerramento da fertilidade, temas como climatério e menopausa não escaparam ao olhar patologizante da medicina moderna.

Ainda que a menopausa, que marca o fim do período reprodutivo, seja definida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como uma fase fisiológica da vida e não como um processo patológico, Kantoviski e Vargens (2010) pontuam que as transformações experimentadas pelas mulheres nesse período são traduzidas pela medicina, em geral, com uma linguagem carregada de expressões negativas, com o uso recorrente de palavras como falência, perda e atrofia. Esta distorção atribuída à forma como a sociedade e a medicina encaram o envelhecimento feminino formata, segundo Jesus (2022), a percepção que as mulheres têm sobre si mesmas.

No discurso médico, a menopausa é compreendida como uma doença, um desajuste que precisa ser corrigido com o uso de medicamentos. Ainda conforme Kantoviski e Vargens (2010), a propagação desta definição reforça uma cultura enraizada no patriarcalismo, voltada ao controle. A medicina, nesse contexto, exerce uma apropriação das possibilidades de interpretação da experiência da menopausa com vistas à adequação dos corpos que a vivenciam, sendo a adequação a base da medicalização.

Com base no exposto, e considerando os ganhos de longevidade que permitem às mulheres viverem, em média, um terço de suas vidas após a cessação do período reprodutivo, este trabalho pretendeu contribuir com informações acerca da experiência de viver o climatério e a menopausa para as mulheres em uma sociedade cujo valor feminino sempre se manteve associado à reprodução. Procurou ainda analisar o discurso médico e suas contribuições para a construção social da maturidade feminina, perpassando, para tanto, a temática da medicalização: terapias de reposição hormonal, como são abordadas por ginecologistas e endocrinologistas e quais os impactos dessa abordagem na adesão das mulheres às medicações.

Para o alcance dos objetivos propostos, foi feito um levantamento bibliográfico em bases de dados acadêmicas com os seguintes descritores: menopausa, medicalização, medicalização da menopausa, medicina e corpo feminino; realizou-se também a análise de um episódio do *Methabolik Podcast*, publicado na plataforma de *streaming Spotify* no dia 20 de março de 2023 com o título “Menopausa, tudo o que você precisa saber”: uma conversa conduzida pela endocrinologista Janaína Koenen, que recebe a ginecologista e obstetra Cintia Fonseca, ambas próximas das temáticas do climatério e menopausa. Além disso, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas, método que permitiu uma interação mais livre com as interlocutoras, sendo uma delas a ginecologista e obstetra que lida com questões de saúde da mulher em um município do interior de São Paulo, ou Dra. Rita (como é conhecida pelas pacientes). Além de ser médica, ela já vivenciou a menopausa, o que possibilitou ouvir

tanto sua perspectiva pessoal, quanto suas experiências clínicas. As demais entrevistas contemplaram pacientes acompanhadas por ela: Sirlei, Elenice e Mara, de 58, 56 e 46 anos respectivamente, que contribuíram com suas experiências individuais sobre envelhecimento, menopausa, estigmas sociais e medicalização.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro, intitulado “A relação entre a medicina e o corpo feminino”, faz um apanhado da apropriação do corpo feminino pela medicina ao longo da história e apresenta as principais teorias ligadas à medicalização. Busca ainda explicar os discursos produzidos em torno de processos fisiológicos, entre eles a afirmação sistemática de que a posição social relegada às mulheres foi determinada pela natureza, e, a partir disso, compreender como a construção social de uma feminilidade ideal moldou a visão médica acerca dos estados de saúde e doença.

O segundo capítulo, “Perspectiva médica: linguagem e abordagem”, procura explorar como a medicina traduz o climatério e a menopausa e, mais amplamente, o processo de envelhecimento feminino na atualidade em comparação aos dados do capítulo anterior. Aborda ainda quais elementos a linguagem médica mobiliza para justificar a necessidade de acompanhamento constante e de intervenções que começam cada vez mais cedo (preventivas), como a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), indicada inicialmente para manter um estado de ‘equilíbrio’ do corpo e que cada vez mais tem se aproximando do conceito de drogas de estilo de vida (Nucci, 2012), que extrapolam a função de tratar sintomas, oferecendo uma proposta de aprimoramento estético e de performance, como manter a juventude e a sexualidade ativa.

O terceiro capítulo, “Perspectiva das mulheres: a experiência vivida”, destina-se a apresentar a perspectiva de mulheres que se encontram à margem da linguagem médica, buscando compreender como a menopausa é vivida por elas enquanto sujeitos socioculturais. Sujeitos estes que empregam suas visões às experiências individuais e as produzem em interação com o meio, além das influências exercidas pelo discurso médico na forma como gerenciam esta fase da vida.

Um dos principais achados desta pesquisa corresponde às heranças do olhar do passado: o domínio hegemônico da ciência do século XIX, marco inicial desta análise, era exercido por homens, que imprimiram suas visões de mundo à construção e evolução da medicina, visões estas que seguem reverberando na forma como enxergamos nossos próprios corpos em todas as fases da vida, incluindo o climatério e a menopausa. Corroborando a perspectiva de Haraway (1995), todos os olhos são sistemas de percepção ativos, que

constroem traduções e modos específicos de ver, afinal toda visão é um ponto de vista, uma perspectiva construída a partir de modos de vida.

Além disso, a produção científica e, mais especificamente, o que se desenvolve no campo das ciências médicas não se distingue de outras práticas sociais por meio de uma superioridade cognitiva (Latour; Woolgar, 1997). Suas teorias estão impregnadas de pressupostos culturais que marcaram o espaço-tempo em que foram concebidas. Pressupostos esses que orientam ainda hoje práticas consideradas modernas, que em nada remetem à memória de uma medicina cujo alcance diagnóstico e terapêutico era profundamente limitado.

## 1 A RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA E O CORPO FEMININO

Para abordar a temática do corpo feminino como objeto da medicina é indispensável resgatarmos a relação que se estabelece entre a condição biológica e a condição social e de gênero. Compreende-se como gênero a construção social dos sujeitos como feminino e masculino (Vieira, 2002) e os papéis, funções e comportamentos que lhes são atribuídos a partir disso.

Em meados do século XIX, quando se constitui, no Brasil, uma medicina voltada para o controle do meio social e da população, a relação entre a medicina e o corpo feminino apresenta os primeiros sinais de estreitamento.

Os médicos oitocentistas ocuparam papel de destaque na formulação de projetos de intervenção social. Detentores, conforme Martins (2004), do conhecimento científico e dispostos a atuarem como agentes de uma nova ordem social, baseada nos princípios da higiene e nos interesses políticos do Estado brasileiro, penetraram no interior das famílias, adotadas como instituição-chave para operar as mudanças necessárias à redução da mortalidade de crianças e à transmissão de um ideal de moralidade. Nas palavras de Martins (2004, p. 223) “sendo a população uma das principais fontes de riquezas da nação, a família foi investida de uma nova função política: produzir bons e saudáveis cidadãos”, para assegurar o povoamento e reproduzir a força de trabalho (Foucault, 2010).

Um olhar mais atento sobre a organização familiar é essencial para compreendermos o interesse da medicina pelo corpo feminino, pois foi por meio da capacidade de gestar, parir e amamentar que a mulher ganhou destaque no discurso médico-científico. O enaltecimento da maternidade fazia parte de um projeto disciplinador que relegou à população feminina o modelo ‘santamãe’, conforme análise de Del Priore (1993 apud Martins, 2004) acerca do poder civilizador da maternidade.

Para Martins (2004) a introjeção do papel materno no imaginário social baseado na doutrina católica e em seus padrões de comportamento visava transformar mulheres em instrumentos de transmissão da moral, devidamente instaladas no casamento e cumprindo os ‘desígnios da natureza’. E, embora a religião tenha exercido grande importância na construção do discurso, foi nas chamadas leis naturais que encontraram sustentação definitiva ao papel da mulher-mãe.

Imbuídos da função de traduzir os desígnios naturais, conforme Rohden (2001), os médicos se esforçaram em garantir que nada prejudicasse o rumo ‘natural’ dos

acontecimentos vitais, com a finalidade de produzir mulheres socialmente aptas a assumirem o papel de mães e esposas. “É esta concepção, de um destino dado pelo sexo que é ‘natural’ e sem escapatória”, no qual a reprodução se constitui em “tarefa valiosa, ou mesmo ‘divina’”, que permeia o interesse da ciência pelo corpo feminino (Rohden, 2001, p. 15).

Por abrigar a etapa mais importante do processo de reprodução, o discurso tratou de justificar a importância de a mulher “ser acompanhada no seu dia-a-dia, submetida a uma vigilância médica necessária para torná-la plenamente capaz de desempenhar a grande tarefa que lhe foi confiada.” (Nunes, 1991, p. 51).

Nunes (1991) aponta que o estudo da condição feminina é considerado um dos pontos fundamentais da perspectiva higiênica da medicina e que foi através da prática médica que o papel social atribuído às mulheres na estrutura familiar – o cuidado do lar e da prole – ganhou status de conhecimento científico:

[...] tudo na organização biológica da mulher está voltado para a procriação, e é a partir desse fato que a natureza a toma inferior ao homem. Para se tornar o depositário de um feto, a mulher é alguém cujos demais órgãos não merecem grande atenção da natureza, que aperfeiçoa apenas o seu aparelho reprodutor. Em sua constituição física e moral, tudo o mais é frágil, pouco desenvolvido, sempre relegado a segundo plano (Nunes, 1991, p. 51).

Suas características físicas foram minuciosamente estudadas e usadas para sustentar diversas teorias de inferioridade moral e intelectual (Nunes, 1991). Ou seja, a natureza já teria se encarregado de designar homens e mulheres para o preenchimento de funções sociais específicas. O ambiente privado ficou, então, reservado às mulheres, menos desenvolvidas intelectualmente, mais afetivas e impressionáveis, além de física e moralmente frágeis, enquanto homens, dotados de inteligência e força, apresentavam maior aptidão para o desempenho de funções ligadas à política e ciências (Rohden, 2010).

Conforme Vieira (2002), determinações biológicas foram largamente utilizadas pela medicina para justificar as questões sociais que envolvem o corpo feminino. O discurso de uma suposta ‘natureza feminina’ serviu para justificar a existência de uma degeneração de base comum a todas as mulheres, que as desqualificava enquanto sujeitos, desqualificando, assim, o saber que detinham sobre seus próprios corpos. A autora afirma que a medicina se valeu da naturalização para explicar “a loucura, a degeneração moral, a criminalidade” de tal forma que a mulher passou a ser considerada como um ser incapaz de autonomia (Vieira, 2002, p. 30).

O orgasmo, por sua vez, passou a ser uma prerrogativa masculina, considerado, segundo Laqueur (2001), como irrelevante para a concepção, além de inadequado, mal visto e



potencialmente patológico, abrindo espaço para que sua natureza sexual fosse amplamente questionada, reconstruída e negada (Feltrin; Velho, 2016).

Como resultado do crescente interesse médico-científico pelas ‘questões de natureza feminina’, tem-se a consolidação, já no início do século XX, da ginecologia e obstetrícia como especialidades médicas (Martins, 2004). Esta nova especialidade foi a responsável por normalizar padrões de comportamento sexual aplicados especialmente às mulheres, já que os homens não eram definidos por sua genitália e, embora tivessem mais desejo sexual, seu excesso não estava associado à doença. As mulheres, por terem menos controle de si mesmas, “mais facilmente cediam ao sexo, o que caracterizava não apenas doença, mas perigo para a família, para a civilização e para a ordem moral” (Costa et al., 2006, p. 368).

Foi através da legitimação do saber médico que se estabeleceram parâmetros de normalidade bastante restritos em torno da identidade feminina (Vieira, 2002). Especialmente o saber produzido pela chamada medicina da mulher constitui elemento fundante para a compreensão da redução de suas subjetividades a um conjunto de sintomas pré-fixados e sua transformação em objetos de análise devido à determinação do aparelho reprodutivo sobre suas vidas, e de como se formou “uma representação naturalizada da mulher, que ora a qualifica como mãe e esposa, o lado positivo do seu destino natural, ora a desqualifica como a mulher doente, o lado negativo de uma natureza limítrofe entre a fisiologia e a patologia” (Martins, 2004, p. 142).

Em síntese, as narrativas médicas sobre o corpo feminino carregam as marcas culturais de sua época, envolvendo sexo, gênero e hierarquias de poder. A partir da posição de autoridade ocupada pela ciência, as imagens culturais por ela projetadas tendem a ser incorporadas às nossas convenções sociais, uma vez que, segundo Laqueur (2001) a ciência não apenas investiga a diferença entre homens e mulheres, mas a constitui. Diversos estudos sobre reprodução humana e anatomia, por exemplo, quando observados de uma perspectiva de gênero, apresentam uma relação de subordinação do feminino ao masculino (Feltrin; Velho, 2016).

## **1.1 Patologizando processos fisiológicos: a tese da medicalização**

O termo “medicalização” surgiu no início dos anos de 1960 no campo da sociologia da saúde e se consolidou como um importante campo de pesquisa (Clarcke et al., 2003 apud Gaudenzi; Ortega, 2012) orientado ao processo de transformação de aspectos da vida

cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais (Miles, 1991 apud Vieira, 2002). Também pode ser definido como a capacidade do saber médico de se apropriar de problemas cotidianos, revestindo-os de significado e explicações da medicina (Vargens; Progianti, 2004).

A palavra aparece recorrentemente em contextos que criticam a crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam e sua utilização como ferramenta de intervenção política no corpo social, influenciando ou construindo, efetivamente, regras de conduta moral por meio de prescrição e proscisão de comportamentos. Nas palavras de Gaudenzi e Ortega (2012), isto “tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos”.

Para Conrad (1992 apud Gaudenzi; Ortega, 2012), o ponto chave da medicalização reside na própria definição: quando determinado problema sofre uma apropriação pela medicina e passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir de sua linguagem, entendido através de sua lógica e tratado por suas intervenções, formam-se, então, categorias médicas que, de certo modo, não existiam anteriormente, “mas também se modulam categorias médicas já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas” (Gaudenzi; Ortega, 2012, p. 24).

A tese da medicalização, proposta por Illich (1975), um dos maiores críticos ao modelo biomédico e autor do livro “*Nemesis da Medicina: a expropriação da saúde*”, dá conta da redução da autonomia do sujeito promovida, em grande medida, pelas tecnologias oriundas da medicina moderna; um dos temas de destaque de sua obra é a relação de dependência que se cria entre o sujeito e o saber de especialistas para o cuidado de sua saúde.

Tecendo forte crítica à sociedade industrial, Illich (1975, p. 154) acredita que a medicalização contribui de forma determinante para o seu caráter imperialista e autoritário e que o próprio “desenvolvimento da medicina hospitalar constitui inevitavelmente forma de intervenção imperialista”, ao passo que a medicina estendeu seu domínio por todos os aspectos da vida.

Para sustentar sua tese, o autor recorre ao que nomeia iatrogênese<sup>1</sup> clínica, em referência aos efeitos secundários, indesejáveis, porém diretos, da terapêutica. Nas palavras dele “Os medicamentos sempre foram venenos potenciais, mas seus efeitos secundários não desejados aumentaram com a sua eficácia e a extensão de seu uso” (Illich, 1975, p. 24). Para ele, certos medicamentos criam hábito, outros podem gerar lesões, outros produzem ação

---

<sup>1</sup> Com base no Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa (Cunha, 1982) o termo deriva das expressões gregas *iatros* (médico) e *gênesis* (origem, criação).

mutagênica que pode ocorrer quando entram em sinergia com o efeito, sobre o paciente, de outros agentes químicos de uso no dia a dia.

Para obterem uma real satisfação, Illich acredita que as pessoas devem se desvencilhar da necessidade da intervenção de profissionais para os cuidados em saúde em oposição à estimulação do consumo intensivo que marca a medicina moderna (Gaudenzi; Ortega, 2012).

Michel Foucault é outro nome relevante no que concerne ao domínio da medicina sobre os corpos. Foucault analisa os mecanismos, as técnicas e tecnologias de poder que intervêm diretamente no corpo do indivíduo. Ele estabelece o conceito de biopoder, que trata de formas de governar a vida aplicadas desde os juristas do século XVII como meio de produzir corpos disciplinados e economicamente ativos (Foucault, 2010).

Sua teoria, embora não faça menção ao termo, converge com a proposta analítica da medicalização ao argumentar que, diferente do que se poderia imaginar, a medicina moderna não se tornou individual, mas transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade. “Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias” (Gaudenzi; Ortega, 2012, p. 22).

Em se tratando especificamente do corpo feminino, o discurso médico se volta principalmente à higiene e psiquiatria, áreas em que mais se desenvolve o discurso disciplinador. Ao considerar a prática médica como uma prática, sobretudo, intervencionista Vieira (2002) aponta que não se trata apenas de discurso, mas de uma efetiva apropriação desse corpo.

Nas palavras de Ehrenreich e English (1973 apud VIEIRA, 2002, p. 24-25)

O poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes de ideologia sexista na nossa cultura. A ‘doencificação’ desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doenças, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.

Cabe enfatizar que as tecnologias de controle – e, portanto, o olhar da medicina – estiveram, por muito tempo, orientadas à capacidade reprodutiva. Vieira (2002) pontua que por quase três séculos os médicos vinham pleiteando o espaço então ocupado pelas parteiras de modo a transformar o parto em um evento médico e que somente após a criação da obstetrícia como especialidade médica a hospitalização do parto foi efetivada, seguida da criação de instituições específicas para esta finalidade.

Outro ponto que merece ser destacado diz respeito à incorporação das mulheres no mercado de trabalho como fonte de mão de obra barata, no bojo da Revolução Industrial. Com o acesso a um espaço até então masculino, seus padrões de produtividade eram auferidos em comparação ao desempenho dos homens; não demorou para que a ciclicidade, característica da fisiologia feminina que garantia o status de fértil no domínio privado, passasse a ser responsabilizada pela irregularidade de desempenho no trabalho (Jurberg; Canella, 1997).

Neste momento, a medicina construiu “entidades mórbidas” em torno da questão (Jurberg; Canella, 1997, p. 70), como a dismenorreia, termo biomédico adotado para designar cólicas e dores pélvicas ligadas à menstruação. Posteriormente, surgiria ainda a Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) agregando-se às antigas justificativas da necessidade de medicalização, que, por sua vez, buscavam corrigir os desvios e equiparar seu desempenho ao masculino, o que significa dizer que a intervenção médica propunha torná-las “‘sadias’ como eles”.

Soma-se a isso o desenvolvimento de técnicas de anticoncepção e a popularização da esterilização cirúrgica, que ganhou novo fôlego a partir também da década de 1960. Com a divulgação de estatísticas alarmantes relativas ao crescimento populacional nos países de terceiro mundo, as agências internacionais passam a investir no desenvolvimento de métodos anticoncepcionais e na divulgação da esterilização que, embora já fosse uma técnica dominada pela medicina, passou a ser admitida como escolha contraceptiva (Vieira, 2002).

Acompanhando as mudanças sociais, em que mulheres passaram a ocupar posições antes exclusivamente masculinas, galgando espaço na vida econômica e política, a medicina ampliou seu olhar antes limitado às questões de saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica, aperfeiçoando e ampliando o leque de estratégias biopolíticas de controle populacional. Com destaque para a esterilização, largamente utilizada a serviço de políticas eugenistas: a partir da sua popularização, em 1970, as estatísticas de realização foram mais expressivas no Nordeste do que no Sudeste, com maior expansão entre mulheres com baixa instrução (Costa et al., 2006).

No bojo da relação de domínio estabelecida entre o corpo feminino e a medicina ao longo de cada período histórico, residem muitas informações relevantes para explicar como se dá essa relação na atualidade. Vieira (2002) relaciona o advento da medicalização às promessas de resolução de todos os problemas femininos, se estendendo por todas as fases de suas vidas.

O subitem a seguir faz um panorama da fase final do ciclo reprodutivo, buscando introduzir a origem das palavras climatério e menopausa e os significados sociais atribuídos a este período.

## **1.2 Fim do período reprodutivo: climatério e menopausa**

O climatério é um fenômeno da vida feminina onde ocorre transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, e é nele que surgem as irregularidades menstruais que antecedem a menopausa. Já a menopausa, efetivamente, corresponde ao marco dessa fase, a parada permanente da menstruação, e é um dos marcadores sociais mais comuns do envelhecimento feminino. Conforme Covolan (2005), ambos se apresentam como temas interdisciplinares por excelência, que envolvem as ciências naturais e humanas, e estão no centro de vários discursos no tempo e no espaço.

A palavra climatério tem origem no radical grego *klimacter*, que significa período crítico. Já o conceito de menopausa surge a partir de um artigo do médico francês Charles Pierre Louis de Gardanne, publicado em 1816, intitulado “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”, em que descreve uma síndrome chamada “*La menopause*”. O termo menopausa é a junção de dois termos gregos que significam mês e fim (Trench; Santos, 2005, p. 92). Dadas as informações, fica evidente que este período da trajetória feminina é marcado pelas ideias de crise e finitude, expressas inclusive na etimologia das palavras que o definem.

De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério, (Brasil, 2008), a menopausa acontece, em geral, entre 48 e 50 anos, e é uma constatação retrospectiva, feita após 12 meses da ocorrência da última menstruação. Trench e Santos (2005) apontam que em países industrializados, em média, ela ocorre entre os 50 e 52 anos, apresentando uma diferença de dois anos em relação aos países em desenvolvimento. Já o climatério é um período de transição que dura cerca de 30 anos, entre os 35 e os 65 anos.

Ainda em convergência com Trench e Santos (2005) a *North American Menopause Society* calcula que, até o ano de 2030, 1 bilhão e 200 milhões de mulheres estejam vivendo a menopausa, projeção expressiva, especialmente se a considerarmos como uma experiência da modernidade, proporcional ao crescimento da expectativa de vida.

Embora a menopausa seja definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) como uma fase fisiológica da vida e não como um processo patológico, Kantoviski e Vargens (2010) pontuam que as transformações experimentadas pelas mulheres nesse período são

traduzidas pela medicina, em geral, com uma linguagem repleta de expressões negativas, com o uso recorrente de palavras como falência, perda e atrofia.

Algumas interpretações tendem a abordá-la de maneira mais ampla, inserindo-a no ciclo da vida, como um período pelo qual todas terão de passar (Trench; Santos, 2005), ainda que em silêncio – corroborando a denúncia de Beauvoir (1970) acerca da conspiração social de silêncio que cerca o processo de envelhecimento, que não contempla rituais de transição comuns aos outros períodos da vida, como a passagem da infância para a juventude, através da entrada na puberdade, e da juventude para a fase adulta, com a chegada da maioridade.

Marco fisiológico da menopausa, o fim do sangramento menstrual poderia, nessa abordagem, ser encarado como rito de passagem para um novo estágio da vida feminina, tal como a menarca marca o início do período reprodutivo (Borysenko, 2002 apud Costa, 2007). Enquanto um é celebrado como metamorfose bio-psico-socio-cultural onde se adquire a capacidade biológica de reprodução, o outro é apresentado a partir de uma perspectiva negativa, que leva a maioria das mulheres a temer mais do que esperar pela sua chegada com naturalidade (Costa, 2007).

A distinção entre estes processos consiste no fato de que os anos que antecedem a puberdade, durante os quais o corpo passa por uma grande metamorfose em forma e função, são considerados como período positivo de mudanças; já os anos que antecedem a menopausa são vistos como período negativo de mudanças (Borysenko, 2002 apud Costa, 2007). Um dos fenômenos pressupõe o desabrochar do corpo, outro o declínio.

Para Paim (1998 apud Costa, 2007, p. 24) a menarca é valorizada como marco importante da vida feminina porque representa mais um passo para o status de adulta e, portanto, reprodutora, “possibilitando a complementação da identidade feminina” por meio do casamento e da maternidade.

Fraiman (1995 apud Costa, 2007) acredita que a cessação dos sangramentos pode suscitar sentimentos diversos nas mulheres, podendo ser lida como libertação dos incômodos da menstruação ou um marcador da chegada da velhice, tão desprestigiada socialmente, especialmente em mulheres.

Celebrados ou temidos, o fato é que nenhum dos eventos fisiológicos femininos escapou de ser classificado a partir de uma linguagem patologizante, permeada por uma série de pressupostos culturais. Martin (2006) aponta que se por um lado o sangramento menstrual era visto como consistentemente patológico, por outro, sua parada também o era. Relatos que remontam ao século XIX sobre a menopausa já a associam a uma crise que provocaria o aumento de doenças.

Martin (2006) argumenta que por diversas vezes a metáfora do corpo como um pequeno negócio que está no lucro ou no prejuízo foi mobilizada para explicar a menopausa: “quando finda o período de frutificação, a atividade dos tecidos já chegou ao seu clímax, a capacidade secretora das glândulas começa a diminuir, o epitélio torna-se cada vez menos sensível [...] e a atrofia e a degeneração tomam o lugar do processo ativo de crescimento” (Martin, 2006, p. 78)<sup>2</sup>.

Considerando que o valor feminino sempre se manteve associado à reprodução, a passagem para a maturidade, e a conseqüente cessação da função reprodutiva, representam, como pontua Debert (1994), uma série de eventos associados a perdas, além das debilidades e perdas físicas e psicológicas constantemente enfatizadas em referência ao envelhecimento, a perda de sua função social de reprodutora. Em outras palavras, os temas da reprodução e do cuidado permearam suas vidas de modo a tornar impensável que ocupem espaço de representatividade social para além desses moldes.

Beauvoir (1970) no livro “*A Velhice: Realidade Incômoda*” descreve que durante a menopausa a função reprodutora é brutalmente interrompida: “Há uma interrupção do ciclo ovariano e da menstruação, os ovários se esclerosam, a mulher já não pode ser fecunda. Desaparecem os esteroides sexuais e os órgãos sexuais entram em involução.” (Beauvoir, 1970, p. 31).

Trench e Santos (2005) acreditam que o período de menopausa é encarado por algumas mulheres como um dos mais temidos de suas vidas, posto que nele se deparam não só com questões relativas ao fim da reprodução, mas também com o envelhecimento e as inúmeras fantasias que o relacionam diretamente à perda de sua sexualidade e feminilidade, ao passo que não são mais jovens e, portanto, não mais atraentes. Perdem ainda sua capacidade reprodutora, o que pressupõe que não sejam mais sexualmente ativas (JESUS, 2022).

Apesar da construção de significados sociais comuns que permeiam a menopausa, Jesus (2022) sustenta que ela é compreendida e vivida pelas mulheres de maneira individual, uma vez que cada uma atribui ao evento significados diferentes com base no contexto social, econômico e político em que está inserida, produzindo experiências individuais também distintas.

---

<sup>2</sup> Outra metáfora comum envolvendo a ideia de prejuízo na reprodução feminina dá conta da menstruação como fracasso ou desperdício, já que a não fecundação significa que os ovários produziram ‘produtos’ (óvulos) sem utilidade. Ambas as metáforas, conforme Martin (2006), consideram o corpo como uma máquina produzindo substâncias. A associação entre o funcionamento de corpos a equipamentos mecânicos por parte das ciências médicas abriu espaço para o pressuposto de que, como tal, poderiam ser consertados através de manipulações também mecânicas.

O subcapítulo a seguir apresenta a determinante contribuição da linguagem médica para a construção social da menopausa.

### **1.3 Patologização da menopausa**

A construção da menopausa enquanto patologia tem origem na necessidade de controle médico dos processos fisiológicos femininos, como apresentado. A exemplo da menstruação e do parto, a menopausa deixou de ser vista como uma fase natural da vida reprodutiva das mulheres, tornando-se, além de um marcador de envelhecimento, uma doença que necessita de intervenção (Feltrin; Velho, 2016). A partir disso, achei pertinente enfatizar, através dos subtópicos a seguir, a história dos estudos científicos sobre menopausa, sua linguagem e a sintomatologia associada ao período, bem como a terapia hormonal como principal forma de ‘tratamento’.

#### **1.3.1 Contexto histórico**

Nas ciências médicas, o nome mais importante nos estudos sobre menopausa é o médico britânico Edward Tilt (1857-1900), considerado como o “pai da menopausa”, tendo sido o primeiro a relacionar ‘sintomas’ à involução dos ovários. Tilt também foi o primeiro a produzir uma análise estatística desses sintomas e a associar a menopausa a transtornos psíquicos. O médico era grande entusiasta do uso de sedação como tratamento para as ‘tensões nervosas’ produzidas por essa fase da vida, figurando entre os grandes influenciadores da classe médica do século XIX, “uma vez que muitos médicos, ainda hoje, tratam a menopausa como uma endocrinopatia” (Cabral, 2001, p. 70).

Cabral (2001) aponta que surgiram algumas correntes de estudos ao longo da história que não relacionavam a menopausa a nenhuma enfermidade, mas que não receberam importância e divulgação suficientes para que sobrevivessem, uma vez que a concepção predominante na sociedade ocidental é a de que se trata de uma doença que deve ser controlada por meio do uso de medicação.

Após a criação dos hormônios sintéticos, em meados da década de 1930, outro grande influenciador dos estudos médicos sobre menopausa foi o ginecologista americano Robert A. Wilson, que em 1966 publicou o livro “*Feminine Forever*” (Cabral, 2001) e foi a partir de sua



produção que se fortaleceu o conceito de degeneração física em torno da menopausa, legitimando as intervenções.

Em seu livro, Wilson oferecia o tratamento baseado na Terapia de Reposição Hormonal (TRH), com a proposta de complementar a produção de estrogênio já não produzido em níveis ‘adequados’ pelo corpo, que além de aliviar sintomas desagradáveis da ‘doença’, prometia manter as adeptas jovens e bonitas para alcançarem a ‘eterna feminilidade’ (Wilson, 1966 apud Jesus, 2022).

Após a década de 1960 os estudos acerca da menopausa se fragmentaram e podem ser agrupados em três grandes vertentes: os que se concentram somente em aspectos biológicos, considerando-a basicamente como uma consequência do déficit hormonal; os que focam nos aspectos psicológicos, procurando, frequentemente, associá-los também à redução da produção de hormônios; e aqueles que se interessam por aspectos sociais, o que, segundo a autora, propiciou uma visão também fragmentada do tema. Alguns estudiosos defendem, a partir disso, uma abordagem interdisciplinar entre as áreas biológica, psicológica e social (Cabral, 2001).

Corroborando a afirmação de Costa (2007), as mulheres, confiando em uma linguagem técnica característica das ciências médicas, entregaram seus corpos aos cuidados dos profissionais desta área. Trataremos, portanto, de como a perspectiva biomédica traduz o fenômeno a partir de sua linguagem.

### **1.3.2 A tradução biomédica de menopausa**

Na linguagem biomédica, a menopausa abrange três períodos: a pré-menopausa, a menopausa efetivamente e a pós-menopausa. A primeira consiste na transição entre o estado reprodutivo e o não reprodutivo, ou seja, diz respeito ao período que antecede a menopausa; a segunda, como já abordado, é a fase da interrupção menstrual após doze meses; a terceira sucede a menopausa, tal como o nome sugere (Newhart, 2013 apud Jesus, 2022), e alguns autores acreditam que se estende até o fim da vida da mulher. Na primeira fase o ciclo menstrual torna-se mais curto, mantendo certa regularidade; após esse período torna-se irregular, dando origem a ciclos com variabilidade expressiva, sendo que a amenorreia definitiva acontece após algum tempo, quando se dá a ‘falência ovariana’ (Antunes et al., 2003 apud Jesus, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve o período da menopausa como aquele em que “os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo

hormonal diminui e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas” (Trench; Santos, 2005, p. 93).

O discurso médico atual associa frequentemente essas mudanças a uma patologia que deve ser controlada, reforçando o pressuposto de que o estado de normalidade do corpo é o corpo reprodutor. Trata-se de um evento fisiológico inevitável, com grande carga patológica (Kantoviski; Vargens, 2010), podendo favorecer o surgimento de uma série de doenças, como osteoporose, doenças cardiovasculares ou alterações comportamentais, como mudanças de humor, depressão, irritabilidade e insônia.

Cabral (2001) aponta que os diversos estudos realizados no campo da medicina ressaltam uma falha progressiva das funções reprodutoras, motivo pelo qual muitos médicos se referem à condição como “síndrome menopáusica”, reforçando a noção de deficiência.

A chamada síndrome consiste, segundo Lucca (1994 apud MENDONÇA, 2004, p. 156), em expressão médica adotada para designar o

conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estar físico e emocional, resultante da insuficiência estrogênica, destacando-se, a curto prazo, ondas de calor, insônia, irritabilidade e depressão; a médio prazo, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno; a longo prazo, alterações cardiovasculares e perda de massa óssea.

Ainda com base em Mendonça (2004), algumas incursões que analisaram o discurso médico sobre o tema, concluíram que “a perspectiva médico-científica está impregnada de uma série de preconceitos contra as mulheres”, sendo os mais significativos: a) o papel feminino é biologicamente determinado; b) seu valor é proporcional à sua capacidade de procriação e atrativos físicos; c) o papel e a realidade feminina são mal vistos devido a sua debilidade emocional; d) com o passar dos anos, com o envelhecimento, perdem a utilidade e os atrativos (Cabral, 2001, p. 73).

Werthein et al. (1999 apud Mendonça, 2004) afirmam que transformar os signos e experiências vividas durante a menopausa em sintomas torna as mulheres mais vulneráveis à medicalização, validando sua associação a uma enfermidade.

### 1.3.3 Sintomatologia

Corroborando a análise de Jesus (2022), ao falarmos em menopausa é comum associarmos a uma série de sintomas<sup>3</sup>, o que se constitui em grande preocupação das mulheres que se aproximam da maturidade. Estudos apontam que a maioria das mulheres experimenta diferentes graus de sintomas físicos e psicológicos que variam de mulher para mulher, e que são atenuados com o passar do tempo.

Assim como a compreensão da menopausa varia conforme o contexto social, com os sintomas não é diferente, já que também podem variar de acordo com a “cultura e a etnia, o nível de educação, comportamentos de saúde, nível de stress e depressão” (Hickey et al., 2017; Newhart, 2013 apud Jesus, 2022).

O manual de atenção à mulher no climatério (Brasil, 2008) ressalta que ao longo do processo de transformação experimentado pelo corpo, os ‘sintomas’ irão se modificando, até que um novo equilíbrio seja encontrado.

Em seu capítulo intitulado “Poder e Calor” do livro *“A mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução”*, a antropóloga estadunidense Emily Martin (2006) afirma que a única indicação ‘física’ específica da menopausa consiste nos chamados fogachos<sup>4</sup>. Com base na autora, existem variações marcantes na incidência deles e em como são experienciados pelas mulheres em cada cultura, de modo que não existe uma forma segura de separar os aspectos puramente físicos dos calores de seu contexto social e cultural. Em relatos de meados do século XIX sobre os “rubores”, Tilt, já citado como pioneiro nos estudos de menopausa, aborda-os como “descargas compensatórias” benéficas para o corpo, indícios de que uma cultura médica, e talvez popular mais antiga tenha recebido os “rubores” com alegria, como prova de “vigor, harmonia interior e equilíbrio” (Martin, 2006, p. 258).

Ao contrário dos relatos de Tilt, a gramática cultural dos calores em entrevistas realizadas por Martin (2006) no início de seus estudos sobre reprodução, em meados da década de 1980, revela uma concepção bastante diferente do vigor e da harmonia interior de

---

<sup>3</sup> O Manual de Atenção à Mulher no Climatério (Brasil, 2008) considera o aparecimento de sintomas vasomotores como ondas de calor, sudorese, palpitações, parestesias, cefaleia, insônia e vertigens e sintomas neuropsíquicos como ansiedade, depressão, insônia e diminuição da libido, disfunções no ritmo de sono-vigília, predisposição à fadiga, irritabilidade e labilidade emocional.

<sup>4</sup> Fogachos ou “ondas de calor” constituem o sinal mais comum da menopausa nas mulheres ocidentais. Causados pela dilatação abrupta dos vasos sanguíneos, manifestam-se por meio de sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente no tronco, pescoço e face acompanhada, na maioria das vezes, de sudorese e, em alguns casos, de palpitações e sensação de desfalecimento (Brasil, 2008).

tempos remotos. Acostumadas como estamos a considerar a menopausa como falência do corpo, o fogacho, no contexto atual, é lido como um evento constrangedor, ao passo que representa “um processo corporal interno associado ao útero e aos ovários, os quais se espera que permaneçam íntimos e ocultos” (Martin, 2006, p. 261).

Martin (2006) se vale do conceito de constrangimento atrelado à subalternidade para tentar explicar as especificidades na forma como os calores são vividos e interpretados por mulheres de diferentes posições sociais. Embora os poucos estudos realizados sobre o assunto indiquem que os fogachos independem da condição social, a conexão entre menopausa e desconforto seguem a mesma direção, em geral, que a das doenças e das taxas de mortalidade, quanto mais baixo o ponto da hierarquia social, mais sofrimento e percepção da doença existirão. Daí a vulnerabilidade das mulheres em posição de subalternidade quando comparadas às mulheres com uma posição social favorecida. Do mesmo modo, em se tratando de indicadores amplos de sintomas nervosos e vasomotores ligados à menopausa, a menor incidência ocorre nas classes mais altas (Martin, 2006).

#### **1.3.4 A terapia de Reposição Hormonal (TRH)**

Na década de 1950, surgiram os primeiros ensaios que preconizavam o uso de hormônios para mulheres na menopausa, com a proposta de que deveriam imitar a fisiologia reprodutiva (Jurberg; Canella, 1997). Em 1960, o argumento predominante do discurso médico alinhava-se à ideia de ‘desfeminilização’ do corpo em decorrência da menopausa. Num contexto em que a fertilidade é própria do ser feminino, e a capacidade reprodutiva confere status e valor social, sua perda é lida como “uma morte prematura da mulher e uma tragédia sob o ponto de vista da medicina moderna” (Kantoviski; Vargens, 2010, p. 568).

O ginecologista norte americano Robert A. Wilson, mencionado no subitem 1.3.1 deste capítulo, em seu livro *best-seller* “*Feminine Forever*” (1966) que difundia os ‘benefícios’ do uso de estrogênio para mulheres na menopausa, prometia por meio da TRH provocar uma verdadeira revolução biológica no corpo das mulheres:

Entre quase cem milhões de mulheres que vivem nos Estados Unidos de hoje, uma minoria selecionada, variando hoje entre seis a doze mil, constituem os baluartes de uma nova revolução sexual. Elas estão apontando o caminho de um desenho biológico novo para cada mulher. As mulheres deste grupo primeiro, sob o aspecto vital, são diferentes de qualquer outra mulher desde o alvorecer da raça humana: elas nunca sofrerão a menopausa. *Ao invés de serem condenadas a testemunhar a morte de sua própria feminilidade, durante os anos que deveriam ser os melhores, elas permanecerão integralmente femininas, física e emocionalmente, durante toda a sua vida.* Talvez você tenha passado ao lado na rua ou as tenha visto no ônibus. Você poderá encontrá-las em uma festa, na igreja, ou no clube. Talvez uma delas trabalhe

no seu escritório. Você não o saberá, a menos que conheça suas idades. Porém quando você encontrar uma mulher de 50 anos aparentando 30, ou uma mulher de 60 aparentando – e agindo – como aos 40, é provável que ela seja uma das privilegiadas que se beneficiarão das novas técnicas para evitar a menopausa. (Wilson, 1966, p.17-18 apud Trench; Santos, 2005, p. 96, grifo meu).

A promessa de restabelecimento dos níveis hormonais do corpo reprodutor soava como um verdadeiro milagre, ao passo que possibilitaria às mulheres permanecerem jovens, sexualmente ativas e desejáveis. Ou, nas palavras de Kantoviski e Vargens (2010, p. 568), “femininas para sempre, conferindo aos hormônios um caráter de antídoto contra o envelhecimento”.

Nos anos que se seguiram, não só os princípios clínicos do Dr. Wilson foram aceitos, como uma série de esteroides sintéticos foram apresentados pela indústria farmacêutica na forma de comprimidos, adesivos e pomadas vaginais. Concomitantemente, surgiram associações de estudos como a *International Menopause Society* (1976) e clínicas para o tratamento da menopausa se proliferaram especialmente nos Estados Unidos e Inglaterra, bem como publicações científicas dedicadas a narrar os resultados obtidos com os novos medicamentos, sempre focadas na concepção de ‘moléstia’ (Trench; Santos, 2005).

O movimento feminista, desconfiando da voracidade do mercado em torno do uso de esteroides, passou a se manifestar no sentido de responsabilizar as indústrias farmacêuticas a mostrarem os efeitos colaterais e contraindicações em todas as embalagens de hormônios de reposição disponíveis (Trench; Santos, 2005). Costa (2007) afirma que se por um lado a linguagem da medicina enfatizava os sintomas de uma patologia e a reposição de hormônios como solução, por outro a linguagem das feministas sustentava a necessidade de maior conhecimento de si mesmas e do que estavam consumindo.

Antes dos esteroides de laboratório, a menopausa nunca havia alcançado tamanha publicização e, na visão de Oliveira (1999 apud Trench; Santos, 2005), os materiais de propaganda elaborados pelos laboratórios farmacêuticos exercem enorme influência na construção do imaginário social baseado em uma recriação de estereótipos e preconceitos, marcados pela legitimidade do conhecimento científico, da evolução tecnológica e da modernidade.

Figura 1 – O apelo publicitário da TRH

**BELEZA, SENSUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA À FLOR DA PELE.**

LINHA LIBBIS DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL. TRATAMENTO FÁCIL. APENAS UM COMPRIMIDO AO DIA.

- Mantém a mulher jovem e sadia: pele mais viçosa, cabelos mais brilhantes;
- Aumenta a auto-estima e melhora o humor de suas pacientes, normalizando sua atividade sexual;
- Mais energia, mais disposição, mais vida para suas pacientes.

TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA CADA FASE DO CLIMATÉRIO.

Fonte: Trench e Santos (2005).

Jurberg e Canella (1997) denunciam a projeção alcançada por propagandas que vendiam métodos ilusórios de retardar a velhice e estimular a sexualidade, cujos interesses voltavam-se exclusivamente ao potencial de lucro que uma doença fabricada poderia oferecer.

Os médicos também tiveram um papel fundamental na divulgação das TRH. Para Jurberg e Canella (1997) o trabalho de *marketing* empreendido em busca de seu público-alvo, as mulheres, trabalhou em colaboração com os profissionais de saúde que prestam assistência a esta população. Para que os hormônios fossem amplamente aceitos e consumidos pelas mulheres na menopausa, não só a associação entre hormônios e rejuvenescimento e hormônios e prevenção deveriam estar em constante circulação no imaginário, mas os médicos teriam de participar ativamente de sua disseminação (Trench; Santos, 2005).

Kantoviski e Vargens (2010) apontam que desde a popularização da TRH, houve diversas polêmicas que incorreram na diminuição de seu uso, primeiro pela suspeita de sua relação com o aumento de casos de câncer de endométrio, mais adiante com o aumento do risco de desenvolvimento de câncer de mama.

Atualmente, a principal justificativa à adesão da TRH está baseada em seu efeito profilático, associada à redução do risco de incidência de uma ampla variedade de patologias,

além de alimentar expectativas de prolongamento da juventude e da beleza (Kantoviski; Vargens, 2010).

No próximo capítulo, abordarei sob quais perspectivas está fundamentado o discurso das ciências médicas atuais, representado por três interlocutoras mulheres, médicas, uma com quem tive a oportunidade de realizar entrevista e duas que disponibilizaram materiais sobre o tema em seus canais de mídia.

## 2 PERSPECTIVA MÉDICA: LINGUAGEM E ABORDAGEM

Há um extenso debate no campo da antropologia das ciências sobre a produção científica e sua linguagem, problematizando o pressuposto de que ela lida com fatos adquiridos, é possuidora de um status sagrado e, portanto, sem espaço para questionamentos. Na realidade, o campo da medicina possui uma linguagem na maioria das vezes pouco acessível e excludente, de modo que apenas médicos venham a deter conhecimento aprofundado sobre determinados assuntos, o que contribui para a manutenção desse status.

A partir da apropriação da fisiologia feminina pela linguagem médica, nós mulheres vimos o domínio sobre nossos corpos ser deslocado a um espaço onde a ciência mantém a hegemonia do discurso. Neste sentido, considere pertinente promover uma aproximação com o saber médico no que diz respeito à menopausa, e, a partir de sua análise, compreender os impactos desta linguagem na percepção das mulheres.

Este capítulo destina-se à apresentação da perspectiva médica acerca do climatério e da menopausa e, mais amplamente, do processo de envelhecimento feminino. Busca, assim, oferecer elementos para a compreensão da influência exercida pela medicina na construção dos significados culturais e sociais desta etapa da vida das mulheres; como se dão a patologização, a sintomatologia associada às mudanças no padrão hormonal e os discursos mobilizados para justificar intervenções biomédicas como a reposição hormonal.

Para o alcance dos objetivos, optei pela combinação de duas metodologias de pesquisa: análise de discurso e entrevista semiestruturada, ambas de caráter qualitativo. A incursão antropológica procurou considerar a afinidade dos discursos médicos com o contexto social e político de sua produção, ou seja, as informações colhidas foram admitidas como sistemas de enunciados, verdades parciais, interpretações histórica e culturalmente construídas a partir de um contexto específico, portanto, sujeitas a leituras e interpretações.

A primeira metodologia, análise de discurso, foi aplicada a um arquivo digital de áudio disponível na plataforma de *streaming Spotify*. O material foi selecionado a partir de pesquisa em redes sociais e aplicativos de *streaming* com o uso dos termos “menopausa”, “reposição hormonal” e “envelhecimento feminino”, que apresentou como resultado uma série de páginas de influenciadores digitais de saúde e bem-estar, dentre eles, o programa intitulado *Methabolik Podcast*, primeiro material deste estudo. O programa em questão é apresentado pela endocrinologista e metabologista Janaina Koenen e tem periodicidade de publicação semanal. Segundo a descrição oferecida pela plataforma, o espaço de mídia destina-se à discussão de temas ligados à alimentação saudável e estilo de vida através do



olhar da medicina. O episódio selecionado foi o de número 7: “*Menopausa: tudo o que você precisa saber*”<sup>5</sup>, publicado no dia 20 de março de 2023, com duração de 01 hora 32 minutos e 54 segundos, que consiste em uma conversa entre a apresentadora e a ginecologista convidada Cintia Fonseca, especialista nas temáticas de menopausa e reposição hormonal.

A segunda metodologia, entrevista semiestruturada, foi realizada com uma médica ginecologista atuante na rede pública de um município de aproximadamente 17 mil habitantes, com base no último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), situado no interior do Estado de São Paulo. Tendo iniciado sua trajetória no ano de 1994, lida intensamente com a rotina de cuidados de saúde da mulher oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da região. Tivemos uma única interação virtual através da plataforma *Google Meet*, devido à disponibilidade de agenda da mesma – que combina a rotina de atendimentos do SUS com a da sua clínica particular e demandas familiares – durante a qual, além de esboçar um breve resumo de sua trajetória na ginecologia, busquei abordar temas similares àqueles desenvolvidos no *podcast* de modo a traçar um paralelo entre os discursos de menopausa, reposição hormonal e doenças que a medicina associa ao processo de envelhecimento, além das principais queixas trazidas pelas mulheres na menopausa, periodicidade ideal para o acompanhamento das pacientes e tratamentos indicados.

## **2.1 *Methabolik Podcast*: a reposição “melhora tudo”**

A apresentação do *podcast* é conduzida pela médica especialista em clínica médica e endocrinologia e metabologia Janaína Koenen. Na ocasião, Janaína recebe a também médica Cintia Fonseca, especialista em ginecologia e obstetrícia e mestre em saúde da mulher, com especial interesse em climatério e menopausa. As duas travam uma conversa com duração de pouco mais de uma hora e meia com o objetivo de ‘informar’ as ouvintes sobre o uso da TRH como uma importante aliada das mulheres que querem viver o envelhecimento de maneira saudável e, segundo Janaína, desmistificar a ideia de que hormônios como progesterona, estrogênio e testosterona possuem apenas funções sexuais, mobilizando uma série de órgãos e funções fisiológicas que dependem do chamado ‘equilíbrio hormonal’ para estarem em estado de saúde plena. Leia-se como equilíbrio a taxa hormonal referente ao corpo com capacidade reprodutiva, ou seja, mulheres férteis representam o padrão de normalidade.

---

<sup>5</sup> Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/5ETZZZmOPeU1Wjm9hWh30n>. Acesso em 16 de jun. de 2023.

Na ocasião da análise, entre maio e agosto de 2023, as médicas mantinham perfis ativos no *Instagram*, Cintia Fonseca<sup>6</sup> com 10,5 mil seguidores e um público predominantemente feminino e Janaína Koenen<sup>7</sup> com 194 mil seguidores (além de um canal com mais de 20 mil inscrições), também composto por maioria feminina. Ambas figurando como produtoras de conteúdo e influenciadoras de bem-estar, qualidade de vida e comportamento em saúde, com postagens diárias e dezenas de interações, inclusive de outros profissionais de saúde que se valiam do espaço para sanar dúvidas e compartilhar experiências clínicas.

Cintia começa sua participação agradecendo o convite e enfatizando a capacidade transformadora das intervenções que serão propostas ao longo do programa: “é uma honra estar [...] falando de um assunto que sou apaixonada por ele, e um assunto que é relevante e que quando a gente usa o que a medicina tem disponível é capaz de transformar a vida das mulheres”.

Com forte apelo à adesão das TRH, as médicas orientam sua apresentação em *slides*<sup>8</sup> em que expõem os dois principais esteroides presentes no corpo feminino, progesterona e estradiol (que pertencente ao grupo dos estrogênios), relacionando-os a uma ampla variedade de funções do corpo e sugerindo que seu ‘desequilíbrio’ seria o responsável por diversos problemas de saúde. Apesar de focarem nos hormônios mencionados, as médicas se mostram entusiastas também do uso de testosterona combinada, a fim de produzir ganhos de desempenho específicos.

Entre os benefícios promovidos pelo estradiol, destacam que: 1) estimula a produção de colina-acetiltransferase, uma enzima diretamente envolvida na prevenção do Alzheimer; 2) aumenta a taxa anabólica, que é importante para a musculatura e ganho de massa muscular e óssea; 3) melhora a resistência à insulina, ligada às funções cardiovasculares e à distribuição de gordura corporal; 4) regula a temperatura corporal, agindo diretamente no sistema nervoso central; 5) previne catabolismo muscular (perda de massa magra); 6) estimula a síntese de miosina; 7) estimula o sono REM, compreendido como o sono de maior qualidade; 8) reduz o risco de catarata, devido à atuação na lubrificação de mucosas; 9) aumenta a elasticidade das artérias, inibe agregação plaquetária e melhora o fluxo sanguíneo, reduzindo o risco de infarto, AVC e trombose; 10) reduz a deposição de placas de aterosclerose; 11) aumenta a

---

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/cintiafonseca76/>. Acesso em 14 de jul. 2023.

<sup>7</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/janainaendocrino/>. Acesso em 14 de jul. 2023.

<sup>8</sup> Embora o formato principal do arquivo seja *podcast*, a conversa foi registrada em vídeo e está disponível no canal de Janaína no *YouTube* no endereço: <https://www.youtube.com/@drajanainakoenen>. Acesso em 10 de ago. 2023.

captação orgânica de magnésio (mineral associado principalmente à cognição); 12) mantém concentrações de colágeno na pele; 13) reduz pressão arterial; 14) inibe a oxidação do LDL; 15) aumenta o poder de criatividade; 16) otimiza habilidades motoras que exigem refinamento (como colocar linha numa agulha); 17) é antidepressivo; 18) melhora o humor; 19) eleva a capacidade de concentração; 20) aumenta o interesse sexual; 21) reduz a homocisteína (marcador do risco de enfarto, câncer e Alzheimer); 22) reduz a incidência de rugas; 23) protege contra a degeneração macular; 24) reduz o risco de câncer colorretal; 25) reduz a perda dental; 26) induz à síntese de serotonina e 27) reduz a sensibilidade à dor, melhorando quadros álgicos.

Já a progesterona 1) alivia a ansiedade, melhorando os sintomas da STPM que, segundo as médicas, se acentua no período perimenopausa; 2) promove memória; 3) ajuda a prevenir o crescimento excessivo de determinados tipos de célula, oferecendo proteção contra alguns tipos de câncer, incluindo mama e útero; 4) ajuda a prevenir o crescimento excessivo de células do revestimento endometrial e a prevenir formação de endometriose; 5) ajuda a prevenir doença fibrocística e cistos ovarianos; 6) produz efeito relaxante no sistema nervoso central; 7) auxilia no bom funcionamento da glândula tireoide; 8) pode ajudar a retardar o processo de envelhecimento; 9) melhora a insônia; 10) melhora a libido; 11) reduz ou elimina as enxaquecas; 12) reduz inflamação e dores nas articulações; 13) regula os ciclos menstruais; 14) reduz as ondas de calor; 15) reduz ganho de peso; 16) auxilia na prevenção de formação de placas nas paredes arteriais; 17) ajuda a baixar os triglicédeos e é 18) essencial para o crescimento ósseo.

Entre os benefícios da testosterona figuram: 1) melhora da procrastinação; 2) melhora da fadiga; 3) melhora quadros de osteoporose por meio do aumento de massa muscular e óssea; 4) melhora dos níveis de cognição e memória; 5) melhora do desempenho no aprendizado; 6) redução de triglicérides e resistência insulínica e 7) melhora da resposta sexual.

Diante da imensa gama de benefícios associados à manutenção de níveis ‘adequados’ de hormônios no corpo, Cintia explica que eles atuam de maneira conjunta, promovendo o que nomeia como “uma orquestra sinfônica, que gera harmonia no funcionamento da mulher”.

Então a mulher que tá com os hormônios em dia, ela é produtiva no trabalho, ela mantém uma estabilidade de humor, ela mantém a disposição física, se ela se alimentar bem, se ela fizer atividade física, ela pode ganhar massa óssea e massa muscular, ela pode conservar o seu metabolismo de maneira mais adequada, ela

pode ter uma função sexual normal, então tudo aquilo que faz a mulher viver mal uma reposição hormonal adequada pode devolver pra ela qualidade de vida (Cintia).

Um fator relevante à análise é que o estímulo à adesão da TRH se restringe ao uso de tipos específicos de esteroides, os chamados isomoleculares ou bioidênticos. Trabalhos da área de farmacologia definem os bioidênticos como substâncias “cuja estrutura molecular é exatamente idêntica à dos equivalentes produzidos pelo nosso próprio organismo, independentemente da fonte da qual se origina, seja natural ou sintética” (Romancini; Barbosa; Tiyo, 2016, p. 158). Estes hormônios, por serem, nas palavras de Janaína, iguais àqueles produzidos pelo próprio corpo, são por ela defendidos como mais seguros:

Importante ressaltar que nós não estamos falando aqui de anabolizantes orais sintéticos, nem injetáveis [...]. Lógico que remédios, né, remédios, esteroides, anabolizantes, principalmente usados via oral, que tem primeiro a passagem no fígado, o fígado modifica aquela droga, gera metabolize que, sim, pode ter risco de várias doenças ou de eventos tromboembólicos ou câncer, mas a gente não tá falando disso aqui, nós támo falando de hormônios isomoleculares, hormônio igual ao nosso, ok? E principalmente da forma transdérmica, já existem vários estudos mostrando segurança, ok? Então [são] a progesterona, o estradiol e a testosterona isomoleculares, iguais aos que a gente produz (Janaína).

Outro aspecto que merece destaque é a exclusão deste tipo de hormônio da categoria de medicamentos. O discurso alude a uma ideia de natureza e em várias ocasiões Cintia lembra às ouvintes de que os hormônios bioidênticos “não são remédios”, já que consistem em “hormônios naturais micronizados”.

A valorização dos bioidênticos como ‘naturais’ e detentores de maior segurança e eficácia em comparação com os medicamentos tradicionais deriva da ideia de que a ligação aos receptores do organismo se daria de maneira semelhante aos hormônios endógenos, ou seja, aqueles produzidos organicamente. Em referência aos bioidênticos, Janaina menciona uma discordância entre profissionais quanto ao uso da expressão e classifica como “ignorância” a crítica por parte dos colegas, já que a nomenclatura se encontra publicada desta maneira na literatura médica, sendo, portanto, válida:

[...] tem gente que tem birra da falar bioidêntico, fala ‘ah, se o médico falar bioidêntico é charlatanismo’, isso é ignorância, tá certo? Isso tá na literatura. Então é importante que se ressalte isso, que hoje existe uma ojeriza da classe médica, não sei por quê, a colegas que usam o bioidêntico, mas na verdade isso está publicado na literatura, né, inclusive é difícil, como cê vai diferenciar o hormônio sintético do isomolecular, né? Então a gente fala *bioidentical hormones*, *isomolecular hormones*, então é necessário que esses colegas estudem mais, leiam, né, literatura científica com um pouco mais de afinco e tempo, que eles vão ver que isso tá publicado desta forma com essa nomenclatura (Janaína).

A conversa se desenvolve com bastante intimidade entre as profissionais, que são amigas pessoais. Esta informação foi considerada relevante a partir da constatação, em dado momento, de que Janaína fez reposição hormonal acompanhada por Cintia, sua ginecologista de confiança, após uma queda na produção de progesterona que, segundo seu próprio relato, desencadeou uma adenomiose:

[...] já tinha uma cesarezinha ali, comecei a ter uma adenomiose, nunca tive, mas por que? Porque a progesterona caiu e eu largada, não ia no médico, médico não se cuida, aí falei ‘não, a Cintia vai cuidar de mim’, né, aí você começou a cuidar de mim e falou não, tá faltando progesterona, a gente tratou, então às vezes se a mulher tem um bom acompanhamento ela consegue até evitar esse tipo de doença (Janaína).

A adenomiose, entre outras doenças, entra numa categoria classificada como “doenças da predominância estrogênica”. A partir da linguagem biomédica, pelo que compreendi ao longo da análise, predominância estrogênica consiste em um ‘distúrbio’ hormonal provocado pelo desequilíbrio entre a produção de progesterona e estrogênio. Esse desequilíbrio pode ocorrer por diversos fatores e acomete mulheres cada vez mais jovens, entre eles a diminuição da produção orgânica e o uso de anticoncepcionais orais por um longo período, considerando que os anticoncepcionais bloqueiam a produção de estrogênio natural pelo corpo, promovendo o aumento da proliferação celular e aumentando a predisposição ao câncer de mama e endométrio. Ao abordar a temática do anticoncepcional, Cintia se mostra cautelosa, afirmando que seu uso “está associado a um leve aumento do risco de câncer de mama”.

É muito importante estar atenta, eu costumo dizer o seguinte: o ciclo menstrual ele é um reflexo da saúde ginecológica, então a gente tem um padrão de sangramento que a gente considera normal, entre 24 e 35 dias, tem que ter uma regularidade, o impacto do fluxo e do sangramento não pode te causar perdas sanguíneas que baixam sua ferritina, seu bem-estar, então toda vez que teve ali uma mudança daquele padrão esperado merece investigação, então a paciente que sangra irregularmente, que sangra com dor, com cólica, que tem sintoma pré-menstrual, isso a gente tem até um conjunto de doenças, né, a gente fala de doenças da predominância estrogênica, eu já quase apanhei por falar que essas doenças existem. (Cintia).

A médica termina a fala com ar divertido, ao que é respondida pela amiga com risadas seguidas da frase “bem vinda, bem vinda ao time!”. O comportamento pressupõe um debate interno que envolve a existência ou não da categoria de doença a que se referem.

Cintia aborda ainda que “a síndrome pré-menstrual, a endometriose, a adenomiose, a síndrome do ovário policístico, a miomatose uterina são ‘doenças da predominância estrogênica’ aonde você tem [...] uma deficiência de progesterona e um desequilíbrio no ciclo menstrual”, esta deficiência tem maior prevalência em mulheres acima de 35 anos. Note-se o

termo deficiência frequentemente usado em referência à redução orgânica da produção de hormônios.

A interpretação de processos fisiológicos da menopausa como patologias se mantém ao longo de toda a conversa, não somente por meio das palavras doença e deficiência, empregadas recorrentemente por ambas as profissionais, mas também por sua associação com um período de falências fisiológicas e estéticas, como mostra o subitem a seguir.

### **2.1.1 Visões da menopausa, estética e ‘combate’ ao envelhecimento**

Nas palavras de Cintia, a menopausa consiste na “interrupção do ciclo menstrual por um período de doze meses”. Segundo ela a média de menopausa é de 51 anos, “então, por exemplo, se eu tenho 51 anos e tive a última menstruação em doze meses eu estou em menopausa”. Já o climatério é descrito como “a transição da fase reprodutiva para a fase senil, para a fase onde não tem mais a possibilidade de reprodução, então o climatério começaria onde você tem um declínio hormonal, por volta de 45 anos, e iria até os 65 anos, mais ou menos”.

Conforme a ginecologista, alguns autores defendem o início do climatério “um pouco antes”, em torno de 35 anos, “então se você pegar esses autores de 35 a 65 anos, é uma fase de vida da mulher que dura 30 anos [...] onde começam os sintomas de deficiência hormonal”. O que significa dizer que o chamado ‘declínio’ da capacidade de reprodução se inicia na metade da terceira década de vida.

O climatério e a menopausa são abordados como períodos em que os cuidados médicos devem ser intensificados na proporção do envelhecimento, e tanto a ginecologista quanto a endocrinologista se esforçam em convencer o público de que os cuidados preventivos são fundamentais para retardar o processo de envelhecimento e, com isso, manter a ‘qualidade de vida’.

Então é interessante que a mulher ela fique atenta, né, a partir dos 30 anos, elas sempre se cuidam, mas a partir dos 30, 35 anos ela ter um médico de confiança, [com quem] ela vai acompanhar isso, avaliar todos os hormônios e a queda deles, caso ocorra, né, e os sintomas, né, disso. Não é só hormônio sexual que começa a cair aos 35, né. Na verdade, a melatonina é um dos hormônios que caem também, e que quando a gente tem 60 anos a gente tem 5 a 10% do que a gente tinha antes, e é um hormônio importantíssimo, né, pro nosso envelhecimento ou pra nossa saúde em geral (Janáina).

Uma imensa gama de perdas físicas é associada ao período – corroborando a análise de Kantoviski e Vargens (2010) – dentre as abordadas podemos destacar a perda de massa muscular, alterações do sono, aumento dos triglicérides, desregulação no sistema nervoso central (que afeta o hipotálamo, conhecido como termostato biológico, gerando os fogachos), lapsos de memória, irritabilidade, secura vaginal, incontinência urinária, depressão, ansiedade, síndrome do pânico e aumento da incidência de câncer. Neste contexto, o próprio envelhecimento é tratado por Cintia como um “evento crônico degenerativo”, que pode ser prevenido através da prescrição do “medicamento correto” e “quanto mais precoce e mais assertivo, mais direcionado for o tratamento, melhor”. O termo precoce induz a ouvinte a uma necessidade de constância que remete à pesquisa de Vieira (2002, p. 11), em que, ao questionar uma interlocutora acerca da periodicidade da ida ao ginecologista, a pesquisadora recebe como resposta a afirmação categórica de que “bom mesmo, ideal, seria sempre... todo dia”, sendo a constância fator determinante para a manutenção da saúde.

Notadamente, o conceito de qualidade de vida em muitos momentos aparece atrelado às questões de natureza estética, Janaína introduz a temática ao ressaltar, por exemplo, que o uso do estradiol “mantém concentrações fisiológicas de colágeno”, ao que Cintia complementa alegando que as mulheres “reclamam muito de flacidez, do aumento das rugas e perda de elasticidade da pele” durante a menopausa.

Outro ganho estético do uso do estradiol corresponde ao que Cintia chama “função anabólica”, nas palavras dela “muito importante para a musculatura, para a massa magra, massa muscular, pra massa óssea, pro depósito de gordura, então é um hormônio fundamental para a mulher.” Completa ainda dizendo “a gente vê que as mulheres eram magrinhas de cintura fina, entram na menopausa, no período climatérico, aí começam a ter gordura abdominal, ter resistência à insulina e o tratamento adequado pode melhorar isso”. Sobre o assunto, Janaína afirma que acompanha diversos casos de mulheres que se queixam de não conseguirem mais emagrecer por conta da entrada na menopausa, dizendo “agora eu como a mesma coisa que eu comia antes e engordo [...]”, e quando a gente faz a reposição isso se reverte, isso volta ao normal”.

Em seu perfil do *Instagram*<sup>9</sup>, Cintia descreve suas áreas de atuação como saúde da mulher, reposição hormonal, climatério, menopausa, dieta *lowcarb* e jejum e apresenta o link de seu empreendimento, uma clínica de medicina integrativa e estética que contempla

---

<sup>9</sup> Disponível em: <https://instagram.com/cintiafonseca76>. Acesso em 14 de ago. 2023. A descrição em sua rede social ofereceu informações para a compreensão de seu grau de envolvimento e interesse por temas de natureza estética.

diversas especialidades entre cardiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, medicina do sono, nefrologia, neurologia, nutrição, nutrologia e reumatologia.

### 2.1.2 Vias de administração de TRH e casos clínicos relatados

Ao ser indagada se todos deveriam fazer a reposição hormonal, Cintia responde “eu acho que todo mundo que não tem contraindicação merece fazer”, acrescentando que existem vários tipos de reposição disponíveis que podem ser adaptados à necessidade da paciente:

[...] você pode começar com uma reposição específica da progesterona naquele momento, depois você associa um estradiol local, depois você associa uma testosterona transdérmica, o estradiol local já não tem mais tanto efeito, você passa pro estradiol sistêmico transdérmico, ou seja, você vai de acordo com a fase que aquele paciente está, adaptar a reposição hormonal à demanda dele (Cintia).

Transdérmicos e implantes são as vias de administração mais mencionadas ao longo da conversa. A via transdérmica é caracterizada pela aplicação na pele, e, em breve pesquisa em sites de laboratórios farmacêuticos, encontrei diversos hormônios de uso transdérmico disponíveis em forma de adesivos, *sprays*, cremes e géis. O uso local a que a médica se refere na fala sobrescrita, consiste na aplicação direta no local em que se espera o resultado, na vagina, por exemplo, para prevenir ou minimizar os efeitos da chamada Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGU), outra classificação patologizante ligada ao ressecamento vaginal e à maior vulnerabilidade da pele da vagina a lesões e dores durante o sexo ou recorrência de infecções urinárias à medida que envelhece. Já os implantes consistem em tubinhos de silicone que variam entre 3 e 5 centímetros e são subdermais (implantados sob a pele), geralmente contendo um combinado de hormônios, que são manipulados de acordo com a ‘demanda’ de cada paciente, em doses determinadas pelo médico. É comum encontrarmos propagandas que fazem uso da expressão “chip da beleza”<sup>10</sup> em referência a esse método de TRH.

Diante da possibilidade de diversas combinações de hormônios e dosagens que, conforme Cintia, podem ser adaptadas ao perfil de saúde e interesses de cada usuária, nota-se o apelo à ideia de exclusividade dos implantes hormonais. Essa capacidade de personalização e o incentivo à adesão não apenas com a finalidade de tratar doenças, mas de aprimorar

<sup>10</sup> Para compreender o emprego do termo “chip” como estratégia de *marketing* de laboratórios farmacêuticos em alusão a um dispositivo altamente tecnológico consultar Manica e Nucci (2017).



determinadas performances (disposição, vitalidade, memória) ou aparências corporais (rugas, flacidez, gordura abdominal) aproxima a TRH do conceito de drogas de estilo de vida abordado por Manica e Nucci (2017).

Cintia enfatiza que a relação “custo-benefício” é positiva, especialmente diante de um acompanhamento que mitigue os riscos envolvidos no tratamento:

[...] eu tenho muito mais preocupação com aquele médico que fala que é contra a reposição hormonal, do que quem fala que é a favor, então eu vejo assim, se você não tem contraindicação, se você tem um médico que te examina, que avalia o seu endométrio, avalia sua mama, colhe o seu Papanicolau, tá preocupado com a sua colonoscopia com a sua avaliação dentária, com a sua dieta, com os suplementos que você usa, com atividade física, né, a reposição hormonal ela entra ali como uma ferramenta de doença crônico degenerativa, essa é a visão que eu tenho de reposição hormonal hoje, Jana. Eu não tenho mais aquela visão de apenas melhorar a libido e um ressecamento vaginal ou uma incontinência urinária que são as coisas mais frequentes que aparecem pra mim. Hoje eu vejo a reposição hormonal como uma atuante no processo de envelhecimento, no processo crônico degenerativo (Cintia).

Ainda sobre a associação da TRH com o retardo do ‘processo crônico degenerativo’, Janaína traz um relato clínico do uso de hormônios em paciente com Alzheimer, em que a paciente recobrou a autonomia e voltou a morar sozinha: “Era Alzheimer inicial, ela melhorou os hormônios [...] fez tratamento metabólico, melhorou a alimentação, voltou a morar sozinha, a cozinhar... é muito gratificante, né?”.

[...] eu pego paciente com Alzheimer inicial, né, o paciente totalmente dependente, aí cê conserta a base, que é ter deficiência de vitamina D, não sei se cês sabem disso, mas a vitamina D age na questão do estradiol com seu receptor, então assim, você ter suficiência de vitamina D é importante até pra ação da reposição hormonal, então a gente coloca todos os hormônios em dia, tá, galera? É importante que isso seja dito aqui, não é só... a reposição hormonal não é só sexual, não é só de hormônios esteroides, tá, a gente olha todos os hormônios, tudo é importante, então a gente arruma a base. Aí a idosa tá lá, não consegue comer sozinha, não consegue levantar, aí a gente melhora a dieta, melhora o sono, repõe melatonina, repõe vitamina D, tudo, as vitaminas, minerais, tudo que é necessário, e começo uma reposição hormonal, salvo contraindicação [...] eu vou fazer! Geriatra quase fica com os cabelos em pé, né, que eles fazem a desmedicalização e eu volto com um tanto de coisa... o paciente levanta, volta a comer, vai pro pilates, fica mais autônomo, tem mais autonomia, né, gente, isso é devolver a vida pra um idoso (Janaína).

Na experiência de aproximação com a linguagem das interlocutoras – que expressa frequente ambiguidade entre fisiologia e patologia – recordo a reflexão proposta por Canguilhem (2006) no livro “*O normal e o patológico*”, de que o estado patológico não se difere radicalmente do estado fisiológico, propondo que a doença não pode ser lida somente como desequilíbrio ou desarmonia, mas também, e talvez sobretudo, como o esforço

empreendido pelo corpo em busca de um novo equilíbrio. No campo desta análise, tanto o processo de envelhecimento quanto a menopausa são postos no limiar entre as duas categorias, desconsideradas, portanto, as capacidades adaptativas do corpo à uma nova condição de ‘normalidade’ à medida que envelhece.

Para ilustrar casos de melhora nos processos de cognição e memória e capacidade de aprendizado, segundo a endocrinologista, recobrada após a TRH, Janaína relata diversos casos de pacientes que começam a aprender novas atividades após a intervenção, “às vezes [elas] começam a aprender uma língua nova, fazer algum curso de alguma coisa, voltam a estudar, fica[m] empolgada[s], né, com as coisas de nutrição, eu tenho paciente que tá fazendo nutrição, estudando”.

Cintia observa que um cuidado complexo e multidisciplinar, que, além da ginecologia, contemple áreas como endocrinologia e gerontologia, é capaz de oferecer melhores resultados. Em sua fala, ressalta que “àquela paciente que investe em saúde, a resposta é maravilhosa, então cê vê as pacientes dirigindo, cuidando da própria casa, viajando, [tendo] autonomia, autonomia e qualidade de vida.”. Este trecho abre margem para refletirmos sobre as condições de classe que envolvem a adoção ou não de medidas terapêuticas durante a menopausa e que tipo de público pode acessar o cuidado integrativo e multidisciplinar referido pela médica, já que depende de múltiplos investimentos, tanto financeiros, quanto de tempo. A expressão “investe em saúde” corrobora a abordagem de Martin (2006) que relaciona o grau de sofrimento experimentado pelas mulheres na menopausa à posição que ocupam na hierarquia social.

No que concerne os riscos, é amplamente difundido que o uso da TRH é contraindicado em casos de câncer de mama e endométrio ou lesão precursora diagnosticados, pelo estímulo que os hormônios oferecem à proliferação celular. Ao longo da conversa, seus posicionamentos apontam para uma flexibilização médica acerca do tema:

[...] pacientes que já tiveram câncer de mama em algumas situações, principalmente câncer de mama muito jovens, é controverso ainda, mas eu vejo algum movimento na literatura, especialmente com mais tempo de cura, dependendo do tipo de câncer, que eles estão indicando reposição hormonal (Janaína).

É, existe esse movimento mesmo, porque esses trabalhos deram muita segurança, muito respaldo pros médicos usarem, o que eu acho importante é uma transparência com o paciente, eu tenho esses artigos aqui no meu celular e eu mando pros pacientes, eu ligo pro oncologista e a gente trabalha em equipe, assume as responsabilidades da relação custo-benefício do paciente e o que eu escuto das pacientes é o seguinte, eu tenho algumas pacientes pós câncer de mama, tenho pacientes após leucemia, após doenças graves que passaram pelo processo de menopausa precoce, não fisiológica, e que usam a reposição hormonal e fala-se o

seguinte ‘olha, doutora, eu preciso ter relação sexual com meu marido, eu preciso ter disposição, eu preciso ter vida, porque se for pra viver com ondas de calor, com ressecamento vaginal, com dor...’. A sensação que eu tenho é só quando você sente o impacto dessas queixas, o impacto desses sinais e sintomas é que você é hábil pra julgar aquele paciente. Então eu diria que eu sou acolhedora, eu gosto de escutar o paciente, de saber o impacto que aquilo tem na vida dele e a compreensão que ele tem do benefício dessa reposição pra ele, então assim, se o paciente tá disposto e ele reconhece a segurança e a gente tem uma equipe que abraça essa segurança também, eu acho que a gente deve cuidar do paciente, acolher (Cintia)<sup>11</sup>.

Existe ainda o que a medicina qualifica como “janela de oportunidade” de início da TRH, situada no período de transição da menopausa, o que significa dizer que seu início é recomendado decorridos, no máximo, 10 anos do início dos sinais, pelo que pude compreender por meio de literatura específica (Pardini, 2007), os riscos de eventos tromboembólicos e outras complicações duplicam a cada dez anos, ou seja, mulheres com 50 anos têm cerca de metade do risco de efeitos colaterais daquelas com 60. Através de uma fala de Janaína, notei também inclinações à flexibilização desta premissa:

Com relação à janela de reposição, que eu vejo que antigamente falava 5 anos, se não começou, não começa mais, já era... aí mudou, 10 anos, não começou, não começa mais, já era... mas eu pego paciente com 15 anos de menopausa, com osteoporose grave, que não tem contraindicação, não tem doença cardiovascular, não teve AVC, não tem enfarto, não tem placas horrorosas nas carótidas, né, assim, pode começar, não tem uma contraindicação, e que a gente faz reposição hormonal, melhora a cognição, o trofismo da vagina, incontinência urinária, perfil lipídico, melhora a osteoporose, começa a melhorar a resposta ao tratamento da osteoporose [...] (Janaína).

Os relatos de sucesso com as TRH são múltiplos e abrangentes e seguem um formato que permite a associação de todo e qualquer sintoma, em algum nível, à baixa hormonal. Em todos os casos as drogas são apontadas como capazes de operar mudanças radicais na vida das mulheres em termos de estética e saúde, que fazem parte da categoria ‘qualidade de vida’, frequentemente mobilizada.

Rohden (2008) aponta para a ascensão de um fenômeno que nomeia ‘corpo hormonal’ onde os hormônios, cada vez mais, têm sido usados para explicar condições de saúde, se sobrepondo a qualquer outra concepção biomédica corrente. As mulheres protagonizam o discurso, ao passo que são ‘governadas’ pelas transformações hormonais.

Um dos relatos pareceu sintetizar a mensagem transmitida ao longo do programa e é emblemático das transformações radicais de que a TRH é capaz, segundo as médicas, pois

---

<sup>11</sup> Cintia, embora atue como ginecologista especializada em atendimento às demandas de saúde feminina, se refere com frequência às pacientes no masculino. A expressão “o paciente” aparece repetidas vezes em sua fala.

alude à uma reapropriação de si, uma espécie de resgate da vitalidade e disposição próprios do corpo jovem, escolhido para finalizar o subitem de casos clínicos:

[...] a paciente do climatério, da menopausa, ela chega no consultório e ela fala uma coisa que é muito difícil de ouvir, ela fala assim ‘doutora., eu não sou mais a mesma pessoa, eu era dinâmica, eu trabalhava muito, eu tinha disposição, eu era cheia de energia, agora eu tô sempre cansada, eu tô mais deprimida, eu tenho vontade de ficar deitada, o dia inteiro, eu não tenho vontade de acordar’, e aí as pacientes chegam e reclamam ‘eu não sou mais a mesma pessoa’, fazem a reposição hormonal, ficam bem, aí elas falam ‘eu voltei a ser eu mesma’(Cintia).

### 2.1.3 A vigilância médica e sua associação ao discurso de qualidade de vida

Foucault (1979), no tocante ao controle social sobre o corpo, aponta que houve um deslocamento das tecnologias disciplinares mais rígidas – comumente exercidas no passado – a partir do capitalismo, momento em que, segundo ele, o poder assumiu forma de exploração econômica e ideológica do corpo. Encontramos, assim, um novo investimento que não tem mais forma de controle-repressão, mas de controle-estimulação. Nesse contexto, a nova ferramenta de exercício do poder consiste em cada vez mais rígidas formas de padronização, com a valorização de determinados atributos como a juventude, a sensualidade e a magreza, usados como estímulo ao consumo de uma diversidade imensa de produtos e serviços de beleza e bem-estar.

Corroborando a análise de Foucault (1979) as médicas não impõem limites ao uso de hormônios – e voltam a acionar a relação “custo-benefício” – podendo estendê-lo até o fim da vida, conforme a fala da endocrinologista e da ginecologista respectivamente:

[...] paciente chega no meu consultório e fala ‘ah, eu fiz, 5 anos, aí tirou, porque falou que não precisava mais, melhorou fogacho’ e eu ‘ai que pena’, ‘por que, não era pra parar?’ eu falei ‘Não!’, ‘Mas até quando eu ia usar?’, ‘Até quando cê quisesse’, ‘Eu vou usar até na beira do caixão’ [...] Até a missa de sétimo dia eu quero estar usando a minha reposição hormonal! (Janaína).

Existe um *position statement* que ele é muito interessante, que eu falo assim, gente esse *position statement* tá falando que é pra você usar enquanto cê quiser, [...] enquanto os benefícios superarem os riscos, pra você sempre reavaliar e manter o uso da reposição (Cintia).

Os ganhos de performance e qualidade de vida não são definitivos e impõem às usuárias manutenção e acompanhamento constantes por parte da medicina, que mantém o monitoramento sobre os resultados “até o caixão”, fechando um ciclo de controle em torno do

corpo e dos processos fisiológicos das mulheres, sejam eles ligados à fertilidade ou à cessação dela.

Ao ser perguntada por Janaína se há uma regra médica que recomende a suspensão da reposição hormonal em alguma fase da vida, Cintia responde:

Não há. A relação de *guideline* é manter a reposição enquanto a relação custo-benefício for favorável, agora me fale, você usando baixas doses, com o paciente bem adaptado, um paciente que faz a musculação, que [se] alimenta bem, que se cuida, como que a relação custo benefício dele vai ficar negativa pra você suspender a medicação?

#### 2.1.4 Hormônios e gênero

O foco nos hormônios para explicar diferenças de gênero remonta a uma longa jornada de pesquisas envolvendo médicos, cientistas e companhias farmacêuticas. Até o final do século XIX estas pesquisas se concentravam na busca de um órgão que a explicasse e fundamentasse essas diferenças. Já nas primeiras décadas do século XX o desafio era compreender como as substâncias produzidas pelas gônadas atuavam no processo de diferenciação (Rohden, 2008).

Os hormônios, a partir de então, assumiram papel de destaque na determinação de comportamentos lidos como femininos e masculinos e as transformações percebidas durante a menopausa, por exemplo, passaram a ser usadas como chaves explicativas para as mudanças comportamentais.

Desde a publicação do *best-seller Feminine Forever*, de 1966, que incentivava o uso das TRH como recurso para manter mulheres ‘jovens e femininas’, a associação entre hormônios e ‘comportamento feminino’ se perpetuou no imaginário coletivo e segue viva no discurso médico.

É frequente a associação entre testosterona e o vigor físico, inteligência, assertividade e segurança, e, em contrapartida, a do estrogênio à delicadeza, sedução e charme. Em referência aos benefícios do uso do estradiol, Cintia condensa essas características vistas como próprias do ser feminino naquilo que nomeia “magia feminina”:

[...] aumenta o poder de criatividade, né, essa é uma ação muito interessante do estradiol e eu me lembro que eu fiz um curso com o Dr. Elsimar Coutinho e [...] no curso dele ele falou muito do efeito do estradiol sobre o comportamento feminino, então é o charme da mulher, o tom de voz que ela usa, a criatividade, o jeito de falar, tudo isso é estradiol. Então quando a mulher tá com o estradiol baixo ela perde essa magia feminina (Cintia).

Mais adiante, em defesa do uso da testosterona, Cintia se aprofunda em um de seus benefícios mais notáveis nas mulheres na menopausa, a melhora da procrastinação e da fadiga, deixando claro que a testosterona possui função determinante em características constantemente associadas aos homens, como coragem, iniciativa e assertividade (que é frequentemente lida como agressividade nas mulheres):

Quando a mulher tá na menopausa e ela tem ali o trabalho dela, os afazeres, ela começa a ficar mais cansada, mais indisposta, e tudo o que ela tem que fazer, ela vai adiando, ela vai deixando pra depois. Existe um trabalho que foi feito com homens de negócios, e eu não tô muito bem lembrada, não é sobre mulheres, mas, assim, a gente que trabalha, eu que trabalho com mulher vi, então depois de uma determinada idade, quando os níveis de testosterona começam a cair, os homens começaram a ficar procrastinadores e começaram a ficar medrosos, perderam a ousadia, perderam a assertividade nos negócios, então você perde um pouco, assim, daquela altivez mental, daquela pronta resposta, daquela iniciativa, você começa a postergar as coisas, a ficar mais cansado, então essa é uma ação interessante da testosterona de te dar essa boa energia, essa iniciativa, essa resposta, essa prontidão pra resolver as coisas (Cintia).

As falas são claros exemplos da crença em uma determinação biológica/hormonal das performances de gênero (Fausto-Sterling, 2002), além da tradição dualista que tem caracterizado a cultura ocidental moderna e que vêm se aperfeiçoando diante de novas descobertas científicas, onde os homens são dotados de força e inteligência e mulheres de charme e de uma delicadeza que remete à fragilidade<sup>12</sup>. Há uma tentativa constante de marcar o gênero a partir de uma lógica de materialização da diferença (Rohden, 2008), utilizando como objeto, neste caso, os hormônios sexuais.

## 2.2 Entrevista com ginecologista: um incentivo ‘cauteloso’

O contato com a Dra. Rita foi realizado em uma única oportunidade, como mencionei no início deste capítulo, especialmente por conta da agenda intensa da interlocutora, e se constituiu em entrevista semiestruturada, com duração de cerca de uma hora, através da plataforma *Google Meet*. A entrevista, conduzida em formato de conversa, oportunizou

---

<sup>12</sup> Esta tradição concebe a ciência a partir de uma perspectiva masculina e alimenta crenças como a que associa os espermatozoides a agentes ativos do processo de fecundação. Eles são frequentemente descritos como exploradores e competidores entre si, ao contrário dos óvulos, transportados passivamente, empurrados ao longo das trompas de Falópio, lentos e à espera da penetração. Apesar dos diversos estudos que evidenciam que o que acontece, na verdade, é uma incorporação das membranas do óvulo com o espermatozoide, na qual a contribuição do óvulo é muito maior em função do seu volume, a ideia persiste tanto na literatura médica quanto no senso comum (Pulido, 2004 apud Feltrin; Velho, 2016).

ampliar o olhar sobre aspectos abordados no *podcast* – de cujas interlocutoras só tive acesso ao conteúdo – que considero fundamentais.

Na ocasião, procurei introduzir brevemente sua trajetória e motivações para ingresso na ginecologia, além de sua visão sobre a menopausa tanto no âmbito profissional quanto pessoal. O foco foram as queixas trazidas pelas pacientes, sua visão acerca da TRH e resultados percebidos no uso de hormônios, o que possibilitou ainda abordar a acessibilidade dos ‘tratamentos’, já que a médica divide sua agenda entre atendimentos em sua clínica privada e a Unidade de Saúde da Mulher (USM) da rede pública do município, mantendo contato diário com diferentes realidades sociais.

Ao ser indagada sobre sua trajetória, Rita deu a entender que não fez escolhas planejadas e que as coisas “foram acontecendo”. Por residir em cidade pequena, sem estrutura de educação superior, tinha como obrigação passar no vestibular “perto de casa” como forma de poupar dispêndio financeiro e cursou a faculdade de medicina em uma instituição privada da cidade vizinha, a cerca de 30 km do município de origem.

Tendo ingressado na graduação no final dos anos 1980, a escolha pela ginecologia se deu por interesse despertado durante o estágio, “No quinto eu decidi por fazer, mas pelo estágio mesmo. Cê vai passando os estágios e tem que se decidir, aí eu gostei [da ginecologia], acho que não me arrependo, o que ‘judia’ mais é a obstetrícia e eu tô querendo tentar parar, ficar mais com a parte de ginecologia mesmo”. Durante nosso contato pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp*, nas tentativas de agendar a entrevista que compõe esta análise, Rita menciona o cansaço por conta dos partos e a dificuldade da rotina de obstetra.

A médica se formou em 1994 e trilhou sua trajetória profissional em seu município. Ao ser perguntada se durante a graduação havia algum tipo de abordagem dos temas do climatério e menopausa na universidade, ela respondeu negativamente.

Quando eu saí da faculdade estava[m] começando a falar [...] eles começaram a fazer estudos com mulheres acima de 60 anos e começaram a fazer reposição nessas mulheres, e aí foi um estudo que eu acho que [...] comprometeu muito, porque começou a ter uma incidência grande de câncer de mama (Rita).

Ela se refere ao WHI (*Women's Health Initiative Study*), um estudo clínico randomizado estadunidense, que recrutou mulheres na pós-menopausa, com idades entre 50 e 79 anos, entre 1993 e 1998. O estudo comparou mulheres tratadas com a combinação de estrogênios equinos conjugados e acetato de medroxiprogesterona com mulheres que

receberam placebo, resultando em cerca de 24% de aumento na incidência de câncer de mama nas mulheres que fizeram uso das terapias hormonais combinadas (Martins et al., 2021).

Rita conta que o estudo comprometeu muito o trabalho com a TRH e que muitos colegas que estavam começando a prescrever foram influenciados a recuar por conta dos resultados negativos, “eu mesma fui uma das que fiquei com medo porque eu tava saindo da faculdade e minha mãe tava entrando em menopausa e eu falei ‘vamos fazer e tal’, mas aí saiu esse estudo e foi um rolo, né [...]”, complementando, em momento posterior da conversa, que sua mãe perdeu a oportunidade de se beneficiar com a reposição por conta dos estigmas gerados pelo estudo.

Em comparação às médicas do *podcast*, Rita possui uma linguagem mais conservadora em relação ao uso das medicações fora da janela de oportunidade, bem como com finalidades estéticas, como a diminuição da flacidez, embora se mostre favorável e concorde com a eficácia do uso da TRH em mulheres que apresentam sinais considerados clássicos, como fogachos e ressecamento vaginal.

Tem que fazer a partir do primeiro ano, né, não é bom fazer tardio, os congressos falam que pode se fazer até dez anos [após a menopausa constatada], eu não tenho coragem, porque depois os vasos envelhecem e aí você pode causar uma trombose na paciente, então você tem que começar no primeiro ano, geralmente [...]. Nesse período seus vasos estão bons, então ele [o hormônio] vai ajudar a preservar [...] hoje tem estudos sobre parte cardíaca, sobre parte neurológica, o maior benefício ainda é massa óssea, preservar a massa óssea e evitar a osteoporose. Atrofia vaginal horrível, né, as pacientes começam a ter síndrome geniturinária, dor, então é diferente quando você passa a reposição hormonal pra essas pacientes e quando não passa, a vagina fica totalmente diferente ao longo do tempo [...] (Rita).

Em defesa da TRH ela argumenta que o estudo do WHI comprometeu a possibilidade de mais discussões e provocou “muita rejeição” inclusive na classe médica, ao passo que possui colegas “que até hoje não mexem nessa área”, mesmo diante dos discursos promovidos pelos congressos que frequentam acerca da vasta gama de benefícios.

Então, assim, é muita rejeição, as pessoas tem muita ignorância em relação à reposição de hormônio e que que acontece? Por que esse avanço, né? Porque lá atrás as pessoas não viviam a menopausa, não chegavam, né, morriam antes. Então hoje com essa qualidade de vida e sobrevida maior, eu acho que o benefício é grande, entendeu? Dos estudos que a gente vê, dos congressos que a gente vai, eu acho que é uma pena, é uma pena que não é acessível pra todo mundo, é uma pena que ficou muito essa coisa de câncer. Eles acham que a reposição vai dar câncer [...]. Então pra você convencer uma paciente a fazer reposição hormonal, principalmente na nossa região, é bem difícil (Rita).



A médica expõe a dificuldade de trabalhar com a TRH em seu contexto social, onde a maioria das pacientes tem baixa instrução e, conseqüentemente, poucos elementos técnicos para uma análise clara de riscos e benefícios, especialmente diante de um assunto que, para ela, gera muitas controvérsias e requer uma decisão consciente. Soma-se a isso a linguagem pouco acessível a ‘leigos’ adotada pelos especialistas em saúde.

Em referência aos implantes subcutâneos, a médica argumenta que o assunto envolve uma “briga entre médicos”, já que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) não liberou seu uso: “essas manipulações ainda são bem complicadas, então isso dividiu [opiniões], tem uma linha de médicos que mantém aquilo que tem estudos, que tá provado, e tem uma linha partindo pros implantes”.

Ela acrescenta que existem poucos medicamentos disponíveis e que os que fornecem maior segurança às pacientes são inacessíveis, especialmente às usuárias do atendimento público:

O grande problema é a falta de medicamento, hoje a via mais segura é a transdérmica, por que ela é mais segura? Não passa pelo fígado, então [gera] menos risco de trombose, mas ela é mais cara e no mercado pra você comprar um adesivo só tem o estradiol [...] aí cê tem que ficar dando via oral ou colocar um DIU, né, mas o DIU é caro também. [...] a gente tem muito pouco medicamento, é uma pena, parece que os laboratórios não investem (Rita).

Anda sobre os implantes, Rita menciona que um dos benefícios consiste em facilitar que as pacientes não “abandonem” o tratamento – reduzindo a autonomia das mulheres sobre o uso –, ao passo que os medicamentos podem provocar diferentes respostas corporais, inclusive efeitos inconvenientes que resultariam na interrupção do tratamento:

Tem vários esquemas, você pode fazer esquema contínuo, você pode fazer esquema que você só dá um período de progesterona, então [...] tem endométrios que às vezes respondem de maneira diferente, então acaba tendo sangramento e as pacientes abandonam [...] daí que tá partindo o bioidêntico. Tem uma linha de médicos grande [adepta] dos bioidênticos, fazendo manipulação e implante (Rita).

Aqui, nota-se uma confusão no uso da expressão bioidêntico em referência aos implantes com doses ‘personalizadas’, embora existam também diversos bioidênticos produzidos pela indústria farmacêutica em dosagens padronizadas e encontrados em farmácias.

A médica afirma que mantém o uso de medicações tradicionais fabricadas pela indústria e regulamentadas pela ANVISA (transdérmicas e orais), já que, na sua visão, “não dá pra saber ainda se [o implante] é seguro, [...] aí a gente fica na dúvida, porque realmente são caros, você ganha dinheiro com eles, bastante, mas não tem o respaldo científico ainda”.

Na verdade, o alto valor associado aos implantes consiste em uma peculiaridade brasileira (Manica; Nucci, 2017), ao passo que são utilizados como estratégias de controle de fertilidade (por meio da administração de contraceptivos) em diversos países periféricos, justamente pelas características de baixo custo de produção, longa duração e menor controle das usuárias sobre o método.

A opção de Rita pelos medicamentos regulamentados esbarra em uma questão para a qual a médica chama a atenção algumas vezes: as alternativas de transdérmicos encontradas no mercado são bastante limitadas, “já que se provou que a via segura é o adesivo, devia ter os dois adesivos, progesterona e estradiol, a gente acha só o estradiol, aí você tem que dar via oral e tem muitas limitações”.

As idades de mulheres com menopausa constatada por ela variam entre 46 e 55 anos, em casos mais raros já atendeu mulheres em torno de 55 anos sem sinais aparentes e mencionou ainda casos de menopausa precoce por “iatrogenia”, já que “antigamente não se tratava muito cisto, tirava muito ovário de pacientes jovens”, resultando em quadros de menopausa precoce.

Em relação ao perfil das mulheres que atende, questionei sobre o grau de conservadorismo, por se tratar de um município interiorano, na intenção de compreender se as pacientes expõem abertamente questões de sexualidade e como lidam com a entrada na menopausa.

Geralmente é bem traumatizante, a gente percebe que quando elas entram na menopausa é aquele choque de tipo ‘nossa, sou outra mulher’ [...]. Quando entrei eu também tive esse choque, mesmo sendo médica, é uma sensação de que você vai entrar para a senilidade, né, e não tem mais aquela capacidade reprodutiva [...] então é diferente, ninguém entra muito bem resolvida na menopausa (Rita).

Só que tem muita ignorância, muita dúvida, desde o que é a menopausa. Elas não conseguem entender que tem que parar um ano, ficar um ano sem menstruar, a questão de anticoncepção, que tem que tomar muito cuidado nesse período, porque a paciente pode ainda engravidar e uma gravidez nessa idade é pior que na adolescência, além de [a mulher] não estar preparada tem os riscos, riscos na mãe, riscos na criança de má-formação, é um negócio que a gente tem realmente que ficar em cima, né, na transição, então às vezes eu deixo a paciente bem pertinho mesmo com o anticoncepcional, paciente que pode usar o anticoncepcional, pra depois fazer a mudança, mas na nossa cidade é difícil, é muito limitado, elas tem muito pouco conhecimento e como eu lido com o público de postinho também, né [...] nossa, é muito pouco (Rita).

O “público de postinho” a que se refere consiste nas mulheres que são atendidas via USM da rede pública do município, levando à compreensão de que existem mais dúvidas e inseguranças por parte delas em comparação às mulheres que buscam o atendimento privado.

A médica acrescenta que mesmo que haja interesse das mulheres no uso da TRH, os medicamentos são pouco acessíveis para a maioria das usuárias do SUS da região:

[...] a reposição custa, né, e o governo não fornece, e não é barato [...] manter, então a maioria não consegue, dá dó. E mesmo via oral, porque se você tentar fazer uma reposição transdérmica numa paciente de posto, não vai dar conta, né, é cara. Eu tenho muitas pacientes do postinho que usam via oral, inclusive eu forneço muito, levo da clínica pra tentar dar uma ajudada, porque [elas] não tem acesso, é uma pena. Mas eu sou defensora, já tive muito medo de reposição e hoje eu acho perfeito, tem que fazer (Rita).

Rita é uma incentivadora da TRH e prescreve as medicações mais acessíveis de acordo com a realidade econômica de suas pacientes. Seu discurso converge com o de Cintia e Janaína ao se referir ao “custo-benefício” do uso de hormônios, já que admite a existência de riscos envolvendo as medicações:

[...] realmente se você tiver usando hormônio e tiver um câncer de mama, ele vai crescer rápido [...] porque se você tem a célula lá e você dá o hormônio ele vai acordar, então é esse o medo, só que quando você pensa em qualidade de vida eu fui bem segura com as minhas dúvidas de fazer ou não fazer, quando eu entrei na menopausa com todos os sintomas, onda de calor, não dormia, baixa concentração, muita coisa mexeu, então se eu tiver um câncer de mama, eu trato o câncer de mama, eu prefiro o hormônio. Então as pacientes tem que assumir os riscos e bancar, né, tipo ‘eu quero?’ porque hoje tem até termo pra você dar o hormônio pra paciente, se você for fazer, assim, tudo muito direitinho, você dá termo pra ela assinar, pra ela bancar os riscos (Rita).

A partir da fala acima, indaguei se faz uso de reposição hormonal, ao que a médica respondeu afirmativamente, acrescentando que existe um protocolo rigoroso para dar início à TRH, que inclui “olhar todas as enzimas do fígado [...], o colesterol, os triglicérides, ultrassom transvaginal, mamografia”. Uma de suas maiores preocupações é que as pacientes em tratamento hormonal negligenciem ou descumpram a orientação de acompanhamento periódico (pelo menos uma vez ao ano):

[...] cê tem que fazer mamografia sempre antes pra saber como que aquela mama é, se ela já não tem alguma coisa, vamos supor que você dá um hormônio pra ela sem saber que tem um nódulo lá, pra quem nunca fez mamografia, vai fazer rolo, levar um processo, então tem que tomar muito cuidado em relação a isso (Rita).

Diante disso, expõe a seletividade na prescrição:

Você frisa [para a paciente] ‘olha, você tem que fazer todo ano, não pode sumir’ e você pega paciente que tá às vezes há três, quatro anos sem fazer mamografia, então

é difícil lidar, tem que saber o público que você pode dar [a TRH], infelizmente. Então não é pra todo mundo, é triste, mas parece que não é pra todo mundo (Rita).

Mulheres que fazem o atendimento via USM, em geral, possuem renda familiar e grau de escolaridade mais baixos quando comparadas às pacientes do atendimento privado, que se expressam em uma menor familiaridade com a linguagem técnica empregada pelos profissionais da saúde, o que, na concepção da médica, dificulta a compreensão da dinâmica de riscos e benefícios. Neste sentido, Rita se mostra mais segura sobre a colaboração e o comprometimento das pacientes do atendimento privado, ao passo que são, por suposto, mais conscientes, colaborativas e bem informadas.

Quanto à sintomatologia associada à menopausa, Rita menciona os sintomas mais comuns com que lida em seus atendimentos: “fogacho, depressividade, baixa de libido, secura vaginal [...], mas são mais de setenta sintomas reconhecidos pela medicina, eu não vou conseguir te listar, tem muitos sintomas, muitos”.

Mas os mais frequentes, o primeiro, é calor, é uma coisa insuportável, geralmente vem de madrugada, não é um calor normal, é uma onda que vem realmente, sobe e aquilo te desconcentra, é muito comum dar de madrugada, aí você se cobre e tira a coberta, aí esfria, né, então, assim, é péssimo, te desequilibra (Rita).

Rita chama a atenção também para o aspecto da vagina das pacientes. Segundo sua abordagem “a vagina é o pior” da menopausa:

Cê vai passar o espécuro, ela fica muito sensível, a pele muito fina, você consegue até saber. Quando você olha pra vagina da mulher cê fala assim ‘essa tá entrando na menopausa’, [porque] muda a cor da mucosa, muda a textura, muda tudo. E algumas fecham, né, vai ficando muito estreita a linha e cê vai passar o espécuro aquilo vai tirando a pele, machuca, sangra, sorte que não é tão sensível lá. Aí a partir do momento que você estrogeniza fica bom, então melhora, né (Rita).

A fala da médica remete à abordagem de Oliveira (1999) que aponta uma preocupação frequente com a anatomia e a adequada capacidade funcional da vagina por parte da medicina. Na perspectiva da autora, isso acontece porque os danos de elasticidade e lubrificação são associados à perda de atratividade feminina. Embora as queixas relativas ao desconforto nas relações sexuais não devam ser negligenciadas e a frequência das manifestações justifique a preocupação, a leitura do discurso hegemônico se mantém permeada pela ameaça de rejeição e abandono, nesse sentido, “mulheres inteligentes deveriam tomar hormônios para conservar seus maridos” (Oliveira, 1999, p. 83).

Durante a conversa procurei introduzir a temática da influência do estradiol na feminilidade, de modo a compreender se trata de um consenso médico que sua redução compromete o ‘comportamento feminino’. Rita negou que a baixa do hormônio ‘desfeminilize’ mulheres, embora tenha usado como explicação o fato de que “ficam mais androgênicas nesse período”, já que a testosterona “dá uma predominada”, resultando em hirsutismo, por exemplo.

De acordo com nossas concepções culturais sobre as diferenças entre homens e mulheres, a presença de pelos é considerada um importante marcador da característica masculina, sendo o corpo feminino caracterizado pela ausência deles. O desvio desse padrão associado ao feminino é frequentemente visto como uma anomalia (Feltrin; Velho, 2016).

[...], mas essa coisa de muitos médicos falando que [a TRH] vai manter [a mulher] jovem, cê tá fazendo uma propaganda enganosa, não é esse o benefício, o maior benefício para a reposição de hormônios é manter massa óssea, esse é o primeiro [...] porque ninguém valoriza muito a osteoporose, Josi, mas a osteoporose mata muita gente [...]. Então o maior benefício dela ainda é a manutenção da massa óssea, aí acho que uma coisa puxa a outra, né, fica essa coisa de estética, de viver mais, mas não é por aí (Rita).

Quanto às reações mais comuns das mulheres quando recebem o ‘diagnóstico’ de menopausa e os motivos que as fazem buscar atendimento, Rita relata que suas pacientes agem com estranhamento diante das características fisiológicas que antecedem a menopausa, como mudanças no padrão do sangramento e a amenorreia, e a maioria procura ajuda por acreditar que se trata de doença:

É engraçado, elas vêm porque acham que é doença, na transição, porque começam a sangrar mais, então elas procuram, aí você olha a idade [...] e diz ‘ah, provavelmente você tá perto de menopausa, não dá pra gente quantificar o tempo que isso vai durar, porque não é igual pra todo mundo, cada uma tem um período’, mas elas já te olham assustadas, eu não sei se é a questão da fertilidade, ou se é a questão de achar que vai mudar alguma coisa em relacionamento, tipo ‘to velha’, ou doenças [...] mas assusta muito as pacientes, muito (Rita).

Embora mantenha uma visão mais conservadora do uso das TRH do que as apresentadoras do *podcast*, Rita se mostra favorável ao seu uso como ferramenta de auxílio à manutenção da saúde (validando o feito profilático) no período da menopausa, que, para ela, depende da combinação de outros cuidados, como boa alimentação, rotina de atividades físicas e um ‘estilo de vida’ saudável. Embora trate, em consonância com a literatura médica, alterações emocionais e físicas comuns ao envelhecimento como ‘sintomas’ e mobilize

expressões como atrofia, perda e síndrome com relativa frequência, se opõe ao uso de hormônios como proposta de intervenção estética.

O envelhecimento mexe com a cabeça de todo mundo, é normal, aí vem uma droga que te promete um milagre ‘ah, cê usa isso que vai ficar bem’ [...] cê vai fazer tudo pra comprar aquela medicação pra poder tentar se manter saudável. Só que eu falo para as minhas pacientes, ‘gente não é isso, isso aqui é uma coisa que vai te ajudar na questão geniturinária, na questão de massa óssea [...], mas só essa medicação isolada não vai fazer tudo’. Tem que manter um estilo de vida saudável, cuidar da alimentação, fazer atividade física (Rita).

Sobre o uso de TRH por mulheres cada vez mais jovens, perseguindo o conceito de ‘intervenção precoce’ para manutenção da saúde e da qualidade de vida, ela se mostrou também contrária, já que aos 35 anos, por exemplo – faixa em que Cintia aponta o início da baixa hormonal – “a mulher está produzindo hormônios normalmente” e que, portanto, não faz sentido intervir com medicamentos. Em referência às propagandas de consumo de hormônios de maneira indiscriminada, Rita conclui dizendo que “Muita coisa vai acontecer ainda, realmente, mas não concordo [...] precisam encontrar uma droga muito segura pra fazer isso e eu acho que não é o caso”.

Questionada acerca de fitoterápicos para o tratamento dos desconfortos associados à menopausa, considerando que várias pacientes apresentam contraindicações à reposição hormonal, Rita cita a isoflavona, um fitoestrogênio encontrado em abundância na soja e seus derivados, composto por estrutura similar à do estrogênio humano, característica que fez com que angariasse aceitabilidade considerável como opção terapêutica em substituição à TRH (Vieira et al., 2007) e a Cimicífuga racemosa, uma planta norte americana (*black cohosh*), também aceita pela medicina para o controle de fogachos e atrofia da mucosa vaginal (Brasil, 2008).

Tem os hormônios da soja, né, no começo tinha aquela cimicífuga racemosa, não tem o mesmo efeito que os benefícios de outros hormônios e tem os mesmos riscos, você pode gerar hiperplasia de endométrio, você pode gerar câncer de mama, então eu penso que se você vai fazer [tratamento], tem que fazer com hormônios (Rita).

Além da soja, em interação com mulheres na menopausa – ouvidas durante a pesquisa ou não – ouvi sobre as propriedades terapêuticas de diversos alimentos, a exemplo da linhaça, do inhame e da folha de amora, sendo esta última, condensada em cápsulas naturais e comercializada como popular alternativa fitoterápica. Nesse sentido, questionei sobre possíveis benefícios da planta, ao que respondeu que “amora é efeito placebo, [...], é que

existe o efeito placebo, então [a mulher] toma, acha que melhorou e fica tudo bem, mas não tem nada científico, nada”.

Em dado momento da conversa, Rita expõe a mudança da postura de profissionais da área médica de seu convívio sobre o uso de hormônios, deixando clara a influência dos discursos difundidos em eventos, como congressos, destinados à discussão de conteúdos médico-científicos:

A gente tinha cárdio que não era muito favorável, isso, assim, eu tô falando lá atrás. [A TRH] era linha só de ginecologistas batendo em cima disso, de tipo assim, ‘é bom, é bom, é bom’. E tinha uma briga com mastologista... eu tinha um mastologista aqui que é super meu amigo, mas quando eu falava de reposição pra ele virava o cão, ele falava ‘Rita, cê é louca, cê vai dar hormônio’, porque era câncer, câncer, câncer [...]. Hoje é até engraçado, ele também mudou. Antes a gente ia em temas de mastologia só, por exemplo, congressos de mastologia, não falavam de reposição de hormônio nesse período, era como se não pudesse fazer nada. Agora a gente vai nos cursos de ginecologia, tem um cárdio indo lá falar sobre os benefícios, tem um neuro, tem um dermato, né, então, assim, todos estão muito juntos em relação a isso e achando que é bom (Rita).

Rita se mostrou bastante ortodoxa quanto ao aval da ciência, desvalidando, em alguma medida, tanto o auxílio de plantas quanto a manipulação de dosagens hormonais ‘personalizadas’, exaltadas por Cintia e Janaína, demonstrando uma postura compatível com a visão de ciência estabelecida popularmente, como um fato adquirido e não como uma disputa de narrativas, possuidora, assim, de um status de verdade absoluta.

Neste contexto, cabe mencionar o princípio da simetria proposto por Latour e Woolgar (1997). Para os autores, a ciência não se distingue de outras práticas sociais por meio de uma superioridade cognitiva derivada da racionalidade como o discurso médico se esforça em fazer parecer. Os agentes de produção do conhecimento científico lançam mão de estratégias persuasivas para garantir a aceitação de seus resultados/achados, como qualquer outro ator social. O princípio sugere que tanto os enunciados científicos “verdadeiros” quanto os “falsos” assumem tais atributos não por suas qualidades internas distinguidas pelo “bom” ou “mau” uso do método científico, mas em função de um processo social de convencimento que possibilita que eles sejam reconhecidos enquanto tais.

Por fim, o apego à visão da menopausa como um estado patológico se expressa não na afirmação desta premissa por nenhuma das interlocutoras pesquisadas, mas nas entrelinhas do discurso de uma ciência que além de reforçar estereótipos negativos que associam uma ‘habilidade decrescente dos ovários’ ao curso do envelhecimento, tende a enxergar o corpo como um sistema de informação hierárquico onde a cessação reprodutiva representa inutilidade (Martin, 2006).

Regressão, atrofia e declínio são algumas das expressões que marcam a perspectiva médica de menopausa, que vêm acompanhada de maior suscetibilidade a uma série de doenças e perturbações nervosas. Isso acontece porque, segundo Martin (2006, p. 88), os materiais em que se baseiam os profissionais da saúde descrevem as alterações físicas da menopausa como uma ruptura de autoridade, posto que nesse período as funções ovarianas deixam de responder e os ‘membros do sistema’ entram em ‘declínio’: “os seios e os órgãos genitais gradualmente se atrofiam, murcham e se tornam senis. Relíquias reduzidas e atrofiadas de sua antiga essência vigorosa e capaz”.



### 3 PERSPECTIVA DAS MULHERES: EXPERIÊNCIA VIVIDA

Corroborando a análise de Costa (2007) mulheres são sujeitos socioculturais que tem modos de agir, sentir e interpretar a menopausa de acordo com suas visões de mundo, decorrentes das interações que produzem em seu ambiente.

Apesar da extensa pesquisa sobre os sintomas associados à menopausa e seus aspectos biológicos, pouco se valoriza a perspectiva pessoal das mulheres. Trata-se de uma experiência resultante de uma construção singular, integrada à rede de significados instituídos pelos grupos, que condicionam a vivência dentro de padrões culturais determinados (Costa, 2007).

A partir disso, este capítulo procura introduzir a perspectiva das mulheres sobre a menopausa, as alterações fisiológicas percebidas por elas em interação com o discurso médico, além dos significados pessoais atribuídos à experiência. A partir de estudos que contemplam a relação entre cultura e menopausa, Melby, Lock e Kaufert (2005 apud Costa, 2007) apontam que a organização cultural da vida varia de acordo com a ambiente geográfico, fatores individuais, educacionais e socioeconômicos que afetam significados e experiências.

No sentido de elucidar as variáveis que envolvem a percepção das mulheres sobre a temática, apliquei a metodologia de entrevista semiestruturada a três interlocutoras, entre 46 e 58 anos, as três acompanhadas pela Dra. Rita, também residentes no município de atuação da médica, a fim de compreender como suas pacientes enxergam e vivem a menopausa com base em suas trajetórias e no ambiente cultural em que se inserem. Importante ressaltar que Rita é a médica de referência em saúde da mulher das três entrevistadas, inclusive em questões que extrapolam a temática da menopausa. Todas relataram conhecê-la há pelo menos 20 anos, seja por meio do acompanhamento periódico, seja por demandas de saúde eventuais.

As entrevistas foram realizadas também pela plataforma *Google Meet* com duração de aproximadamente uma hora para cada participante. Duas delas dividem suas tarefas entre a rotina de trabalho doméstico e formal, Elenice como empreendedora de beleza, possui um salão nos fundos de sua casa, e Mara como costureira para uma fábrica de roupas local. Sirlei se dedica exclusivamente às funções do lar. As três são casadas, têm filhos, possuem renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos, autodeclaradas brancas, heterossexuais e profundamente ligadas ao cuidado. Considerando o grau de escolaridade, duas delas possuem o segundo grau completo (até o 3º ano do ensino médio) e uma o primeiro grau completo (até 4ª série do ensino fundamental).

As informações sobre características socioeconômicas similares são relevantes na medida em que a experiência autodeclarada sobre sua saúde tende a ser paralela às definições normativas adotadas pelo grupo (Utz, 2011 apud Feltrin; Velho, 2016). Em outras palavras, a partilha de características socioeconômicas pode tornar suas narrativas sobre a menopausa também semelhantes.

Em meio aos depoimentos, foi possível observar histórias bastante parecidas, todas as interlocutoras são casadas, possuem filhos e trajetórias especialmente dedicadas à criação e educação deles, além da rotina de tarefas domésticas conciliadas com o trabalho externo, semelhanças que se estenderam aos relatos sobre a menopausa, talvez pela aproximação geográfica, de modelo familiar e de classe social.

Durante as entrevistas procurei abordar suas percepções sobre a cultura local e acesso à informação, consumo de conteúdos de mídia como *podcasts* e redes sociais de médicos e influenciadores de estilo de vida, saúde e bem-estar, suas leituras acerca da menopausa e influência médica, bem como a possibilidade de compartilhamento de experiências com amigas e familiares que já vivenciaram ou vivenciam a transição para a cessação da função reprodutiva.

Na visão de Helman (1994 apud Costa, 2007), as mulheres se pautam no ambiente cultural para decodificar experiências no curso da vida. É a cultura que as ensina a perceber e interpretar mudanças que marcam o desenvolvimento do corpo, seja do seu próprio ou de outrem.

Ao largo do ambiente geográfico de vivência das entrevistadas, um município distante dos grandes centros, o processo de globalização em curso tem permitido um intenso intercâmbio de informações. Com a digitalização e o aumento da conectividade com a informação, via *internet*, redesenha-se um cenário de possibilidades de acesso a toda sorte de conteúdos médicos, páginas em redes sociais voltadas à saúde e bem-estar, aulas ministradas à distância e acompanhadas em tempo real, entre outros recursos que tendem a aproximar o discurso dos especialistas do dia a dia de mulheres 'leigas'.

Com base nisso, uma das questões introdutórias, além de um breve resumo sobre seus modelos de família, características socioeconômicas e ocupações, tratou do grau de afinidade que mantém com ferramentas de acesso a conteúdos médicos, de modo a compreender se estão familiarizadas com plataformas de *streaming* que veiculam informações como aquelas apresentadas no *podcast*. Sirlei informou que segue alguns especialistas no *Instagram* e já consumiu conteúdo sobre menopausa em páginas de médicos e Mara, embora também possua

redes sociais, afirma nunca ter procurado materiais dessa natureza, Elenice, por sua vez, se mantém cautelosa desde que iniciou a TRH:

Algumas coisas eu sigo nas redes sociais, não muita[s] coisa[s], mas sigo. Mas eu costumava ver um pouco mais antes de começar a tomar a medicação do que depois, porque às vezes confunde um pouco a cabeça, eu acho, sabe? Tem médicos que são contra, tem médicos que são a favor, às vezes fala[m] sobre a medicação que a gente está tomando e eu não sou muito de ficar atrás de rede social pra isso, não, porque se a gente começar a colocar na cabeça tudo o que a gente vê em rede social, a gente acaba nem tomando a medicação, né? E eu penso assim, se tá me fazendo bem, se eu não tô tendo reação, então eu evito um pouco de ver por isso. Podcast eu nunca vi nenhum [...]. (Elenice, 56 anos, cabeleireira).

Elenice faz o acompanhamento da menopausa há cerca de um ano com a Dra. Rita e a procurou no posto com queixas, primeiro, de variabilidade de humor: “Eu tinha tristeza, o humor variava muito, tinha horas em que eu chorava, chorava [...] sozinha, né, ficava sozinha e chorava, aí de repente já estava tudo bem [...] aí eu falei isso não tá normal, aí foi onde eu procurei a Dra. Rita”. Os sinais relatados começaram no período perimenopausa, quando ainda havia sangramento menstrual, embora irregular. Em seguida vieram os ‘calores’ “[...] no começo eu não tinha, aí depois quando parou mesmo, que fez um ano que eu não menstruei mais, aí começaram as sensações e eram bem ruins”. Relata ainda um quadro de ressecamento vaginal severo “na hora que ela [a Dra. Rita] foi fazer o exame ginecológico ela falou ‘tua vagina tá atrofiada’ muito ressecamento, ela não conseguia nem fazer o papa”. Considerando que a médica acompanha seus exames periódicos e conhece seu histórico clínico, ela prescreveu a medicação antes mesmo dos exames protocolares: “Ela falou ‘eu vou te passar [a medicação]’ e aí você pega o laudo da mamografia tudo certinho e me traz assim que fizer”.

Ela faz uso de Tibolona desde que teve a menopausa ‘diagnosticada’, em junho de 2022, um esteroide sintético de uso oral que “alivia os sintomas vasomotores, melhora a atrofia urogenital, previne a perda de massa óssea e acarreta aumento da densidade óssea. Devido seu perfil androgênico, pode melhorar a libido” (Pardini, 2014, p. 180). Ao questionar o oncologista especialista em mamas (Dr. Toni) com quem acompanha um cisto mamário sobre possíveis riscos, o médico a tranquilizou dizendo que a probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama, em seu caso, com o uso da medicação, seria a mesma caso optasse pela não utilização.

O Dr. Toni me deixou muito tranquila. A explicação dele em relação ao uso da medicação me deixou tranquila [...] então eu não tive medo nenhum de usar, porque as pessoas não tem essa informação, a maioria não tem, agora como coincidiu de eu passar com ele em seguida de ter passado com a Dra. Rita, ele me explicou tudo. [Na ocasião] ele comentou que a mulher de um médico que é paciente dele faz uso da

reposição hormonal há 15 anos, ela falou que não para de jeito nenhum, porque a qualidade de vida dela é outra. Está com mais de 70 anos e falou que não pretende parar (Elenice, 56 anos, cabeleireira).

No que concerne a cultura local, todas manifestaram algum grau de insegurança própria ou de pessoas de seu convívio diante da relação entre terapia hormonal e aumento do risco de câncer. As entrevistadas se consideram satisfeitas com o atendimento público apesar dos poucos recursos disponíveis no município, ao passo que Rita conhece o histórico de cada uma delas e as acompanha de perto, fator que permite o estabelecimento de uma relação de relativa proximidade entre a especialista e as pacientes.

Embora tenha manifestado satisfação com o atendimento, Elenice acredita que falta informação sobre menopausa no município, como palestras e eventos:

Porque na verdade ficou aquele estigma de que reposição hormonal causa câncer e nem sempre é assim, a gente sabe que não é assim. Nem toda reposição hormonal causa câncer, mas a maioria das mulheres que você fala que faz reposição hormonal falam ‘nossa, mas cê não tem medo?’, porque não tem essa informação (Elenice, 56 anos, cabeleireira).

Ao serem perguntadas sobre o significado da menopausa e sobre como lidam com envelhecimento, frequentemente associado ao período, Elenice e Mara manifestaram surpresa e incômodo diante da nova condição e Sirlei associou a uma fase natural da vida, apesar dos incômodos:

Foi um susto, né, no começo quando parou [a menstruação] eu falei ‘Meu Deus’ e pensei ‘ah, tô ficando velha’. Depois foi normal, mas no começo foi meio estranho porque não caía a ficha de que a gente tava chegando (Elenice, 56 anos, cabeleireira).

Eu tô achando meio complicado, porque mexe muito com o humor, né? A gente fica mais estressada. Eu percebi que ando mais nervosa, não é muito agradável. O corpo parece que engorda mais, me sinto inchada, é bem chato (Mara, 46 anos, costureira).

Ah, eu acho uma coisa natural da vida, todo mundo vai ter que passar por isso, né, normal. Tem os incômodos, mas acho que não dá pra escapar (Sirlei, 58 anos, do lar).

Ao analisar os relatos das interlocutoras, achei pertinente mencionar a pesquisa de Martin (2006), realizada em meados da década de 1980, que aponta para uma discrepância entre a percepção de mulheres que já haviam passado pela menopausa em relação à percepção de mulheres jovens, à época, sobre o assunto. As mais jovens frequentemente associavam a cessação da reprodução a um período de descontrole, enquanto as mais velhas, além de não

terem usado expressões que remetessem à linguagem biomédica, não apresentaram nenhum indício de compreenderem o período como negativo. A hipótese levantada para explicar essa discrepância é a de que as mulheres mais jovens teriam interiorizado mais completamente os modelos médicos de hierarquia do corpo e a consequente insegurança quanto ao descontrole com que teriam de lidar no futuro. Considerando o período em que foi realizada a pesquisa de Martin, é de se esperar que mulheres que estejam vivendo a menopausa atualmente, estejam ainda mais expostas ao olhar depreciativo da medicina. A carga negativa atribuída ao período, neste caso, se apresenta nos relatos em forma de insegurança/surpresa, incômodo, oscilações emocionais e na relação com um estado corporal indesejado.

Mara vive a perimenopausa há cerca de dois anos, desde os 44, quando começaram as irregularidades no ciclo menstrual, motivo que a fez procurar Rita, que solicitou exames hormonais e informou que a menstruação espaçada é característica deste período. Perguntada sobre possível menção ao uso de medicação, Mara relatou que Rita não indicou nenhum, já que sua produção de hormônios, como apontaram os exames, está ainda ‘normal’ e por enquanto “não tem o que fazer” até que se complete um ano da cessação da menstruação, quando será possível “fechar o diagnóstico”. Ela conta que não costuma ir com regularidade às consultas ginecológicas: “Fazia uns dois anos que eu não ia, eu não vou todo ano certinho, aí quando começou a atrasar, eu procurei porque eu achei que estivesse com algum problema no ovário, ou alguma coisa assim”. Sobre o ciclo descreveu que “Fica, assim, oscilando, vem [a menstruação] depois para, fica quatro meses [sem menstruar] depois volta, tá desse jeito, mas não imaginei que já fosse o início da menopausa”.

No que concerne a frequência ideal sobre as visitas à ginecologista, são orientados retornos anuais, como meio de manter os exames periódicos e o acompanhamento do quadro geral das pacientes atualizado. Neste sentido, ao não cumprir a orientação de retornos periódicos, pode se dizer que Mara desafia a lógica de controle imposta pela linguagem médica.

Questionei as entrevistadas sobre possível troca de informações e vivências com familiares e amigas, Mara comentou que a irmã de 51 anos também está passando pela perimenopausa e que compartilha das irregularidades no ciclo, Elenice respondeu que às vezes menciona a condição e o tratamento, embora a maioria das pessoas de seu convívio não seja favorável à TRH e questione sua adesão, Sirlei, por sua vez, mostrou-se mais conservadora e afirmou não trocar experiências sobre o assunto, embora tenha acompanhado a menopausa de sua mãe que, segundo ela “sofreu muito com os calores” e chegou a fazer uso da reposição combinada a alternativas fitoterápicas, como o chá de folhas de amora, tendo

sido orientada a interromper as medicações alguns anos depois, quando cessaram os ‘sintomas’.

Apesar do descrédito da medicina à ação de fitoterápicos, Sirlei contou que também já fez uso de algumas dessas alternativas incentivada pela mãe, que, por sua vez, aprendeu a manipular plantas e alimentos com finalidades terapêuticas com sua avó. Além do chá mencionado, a entrevistada comentou que alimentos como inhame e açafrão são comumente utilizados com a finalidade de melhorar os ‘calores’ da menopausa. “Hoje em dia as pessoas não acreditam muito nessas coisas, mas o chá ajuda sim”. Sua fala mostra que, apesar do status de verdade absoluta atribuído à ciência contemporânea, o conhecimento passado de geração em geração pelas mulheres de sua família, desafia, em alguma medida, as imposições científicas, ao passo que seguem se utilizando de recursos não validados para administrar questões de seus corpos.

Sirlei vivenciou o início da menopausa aos 52 anos, quando começaram os fogachos e o ressecamento vaginal, sendo que este último, segundo ela, gerava “muita infecção urinária”. Conta ainda que não teve incômodos advindos da irregularidade menstrual, como as demais entrevistadas, porque já havia feito, anos antes, uma cirurgia de remoção do útero em razão do diagnóstico de miomas uterinos. Ao procurar Rita motivada pelos sinais relatados, foi orientada a decidir sobre a adesão ou não da TRH “Ela disse pra eu pensar, porque eu já fazia um acompanhamento de nódulo no seio e tinha riscos”. Sirlei acompanha o nódulo com exames periódicos desde os 50 anos, ou seja, quando começaram os sintomas da menopausa – aos 52 – a paciente já sabia da existência do nódulo.

Fui em dois médicos quando descobri, eles falam que não é nada, que não precisa fazer biópsia, aí a Dra. Rita pede ultrassom da mama todo ano pra ver se não tá crescendo [...], eu só teria que fazer biópsia dele se quisesse começar a tomar hormônio, mas o Dr. Toni me orientou a não tomar, disse que não aconselha no meu caso.

“Quando ela falou pra eu decidir, fiquei sem saber, porque falou ia melhorar o que eu tava sentindo, mas eu tinha medo e ela deixou nas minhas mãos [a decisão]”. Sirlei foi tirar dúvidas com o mesmo oncologista que avaliou o quadro de cisto mamário relatado por Elenice – o médico havia liberado e incentivado a mesma ao uso de terapia hormonal – que, neste caso se mostrou mais cauteloso, além de desaconselhar, orientou que se, ainda assim, a paciente optasse pelo tratamento, deveria antes fazer uma biópsia do nódulo.

Em pesquisa em material pertinente constatei que a principal diferença entre cisto e nódulo diz respeito à sua consistência. Cistos geralmente são ‘occos’, podendo conter fluidos

como sangue e pus, já os nódulos se constituem em massas sólidas. A bibliografia aponta que há critérios bem definidos para orientar a conduta médica e evitar iatrogenias como procedimentos cirúrgicos desnecessários e dispendiosos para as pacientes (Nazário; Rego; Oliveira, 2007).

Além das especificidades de cada diagnóstico – o cisto de Elenice e o nódulo de Sirlei – é importante salientar a diferença temporal entre as consultas ao oncologista. A primeira que denota incentivo do especialista ao uso da TRH é recente enquanto a segunda, na qual se mostra mais cauteloso, aconteceu há pelo menos seis anos. Logo, é importante refletir sobre os modos pelos quais diferenças diagnósticas e mudanças no proceder médico em relação à reposição hormonal ocorridas nos últimos anos se entrelaçam de forma dinâmica e complexa – levando, conseqüentemente, a diferentes tomadas de decisão a depender do profissional, do caso clínico e da geração da paciente.

Questionei ainda se a médica pergunta sobre a vida sexual das interlocutoras, ao que responderam afirmativamente. Elenice informou que esta foi uma das motivações para a prescrição da medicação: “Ela pergunta sempre, tanto que foi por isso que ela já passou o remédio. Eu falei que fazia tempo que a gente não conseguia, né, ter relação, porque não conseguia mesmo, do jeito que tava [...] sentia muita dor”.

Questionadas sobre a possível sensação de vergonha ou constrangimento decorrentes de ondas de calor em ambientes públicos, Elenice e Mara afirmaram nunca terem vivenciado nenhum episódio público, visto que as ondas de calor acontecem principalmente no período noturno. Já Sirlei fez o seguinte relato: “já aconteceu assim, algumas vezes, de estar no meio das pessoas e começar a transpirar muito, aí parece que tá todo mundo olhando pra você, o suor escorrendo”. Sua fala remete à abordagem do constrangimento que permeia a experiência das mulheres contempladas na pesquisa de Martin (2006) sobre os fogachos, apresentada no item 2.3.3 deste trabalho.

A respeito da cessação reprodutiva, sendo a reprodução uma das funções femininas mais caras à medicina, perguntei sobre possíveis impactos da infertilidade em suas vidas. As três demonstraram despreocupação com o assunto. Elenice afirmou que não pensou nisso já que não teve nenhuma gestação, posto que se tornou mãe por meio da adoção: “Esse não foi o problema, eu pensei mais pelo lado do envelhecimento, na verdade [...]”. Mara apresentou uma resposta parecida, dizendo que “Não foi uma preocupação, eu já me realizei nesse quesito, os meus dois estão grandes, não queria mais filhos [...] tem mulheres que ficam abaladas, né, porque não podem mais engravidar, mas pra mim foi normal”. Sirlei lembrou a

retirada do útero anos antes, levando à compreensão de que quando passou pela menopausa, a questão reprodutiva já não fazia mais parte de sua realidade.

Paradoxalmente, ao serem questionadas sobre a importância da maternidade, todas valorizaram muito a função materna – Elenice tem dois filhos, Mara também dois e Sirlei três. Elenice fez o seguinte relato: “a maternidade é tudo na vida de uma mulher, pelo menos pra mim, né, no meu caso, que eu escolhi ser mãe. A gente não podia ter filho de forma natural e a gente escolheu, né, então no meu caso [a maternidade] é tudo”. Já Sirlei afirmou que os filhos são a coisa mais importante de sua vida: “a melhor coisa que fiz foram meus filhos, nem imagino a minha vida sem eles, então pra mim é muito importante”. Mara afirmou ainda ter gostado muito da experiência da maternidade e estar realizada com seus filhos, complementando que se submeteu ao procedimento de laqueadura logo após o parto do segundo filho. Os relatos são consonantes com a valorização do papel da mulher-mãe promovida, em grande medida, pelo discurso médico desde a consolidação da medicina social, no século XIX, cujos ecos reverberam ainda hoje no imaginário social. O lugar social expresso na fala de Elenice e Sirlei, de que a maternidade é inerente ao ser feminino é reflexo do processo disciplinador a que fomos reiteradamente submetidas ao longo do tempo.

Outra questão abordada durante as entrevistas foi a relação entre a menopausa e a perda de características como o charme e a feminilidade, no sentido de compreender como enxergam a temática e se notaram mudanças em relação à sua própria feminilidade.

Ah, a gente vai envelhecendo, né, eu acho que não no sentido da menopausa, mas a gente vai vendo umas rugas [...] começa a ser chamada mais de ‘senhora’, mas não pela menopausa, não, nunca levei por esse lado [...], mas sobre feminilidade eu não senti [perda/diminuição], não, não vi isso (Elenice, 56 anos, cabeleireira).

Mara afirmou não ter parado para pensar em questões estéticas “Eu nunca tive muita vaidade, então não esquento com isso, não” e Sirlei informou que não acha que mulheres ficam menos femininas nesse período, pois, na sua concepção, o real ‘problema’ da menopausa são “os sintomas difíceis, os calores, mas sobre isso [a perda da feminilidade]” a interlocutora acredita que “não tem nada a ver”.

As interlocutoras, bem como sua médica, parecem menos suscetíveis tanto aos discursos de prevenção do envelhecimento quanto às promessas de ganhos estéticos por meio do uso de hormônios. Ainda que apresentem certo grau de desconforto com características ligadas ao processo de envelhecimento, como o aparecimento de rugas e ganho de peso, os aspectos mencionados não parecem relevantes o bastante para convencê-las à adoção da TRH.



Assim, suas demandas estariam mais ligadas aos efeitos profiláticos de retenção de massa óssea e de proteção cardiovascular, por exemplo, do que à finalidade de manter um estado corporal jovem.

Por razões talvez ligadas à cultura local, apesar de possuírem perfis em redes sociais e condições de acesso a diversos conteúdos de especialistas, o estigma que relaciona TRH e câncer possui maior abrangência entre as pesquisadas do que aquele difundido por médicos influenciadores de bem-estar e estilo de vida e das propagandas de laboratórios farmacêuticos assentadas sobre a fantasia de uma juventude duradoura.

Ainda assim, essas mulheres também reconheceram a menopausa como uma fase desagradável e se mostraram em acordo com a parte do discurso médico que enfatiza perdas – do vigor físico, da libido, da massa óssea e até mesmo do controle emocional, resultando nos quadros de irritabilidade e tristeza mencionados por elas. É nesses aspectos que reside uma maior suscetibilidade ao discurso médico. Elenice, a única interlocutora que faz uso de TRH ouvida, adotou a terapia motivada pelo bem-estar físico que a medicação poderia proporcionar: a ‘cura’ dos fogachos e da ‘atrofia vaginal’ diagnosticada, resultando em melhora de sua ‘qualidade de vida’.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do trabalho foram apresentadas diversas abordagens que corroboram a visão de Cabral (2001), de que a menopausa compreende uma série de mudanças para além do fator biológico, sendo impossível, portanto, que sua definição permaneça circunscrita ao pensamento médico-científico.

Existe uma série de engrenagens históricas e socioculturais que se articulam e colaboram para a construção do conceito de menopausa que conhecemos, entre as quais podem ser destacadas: a valorização da maternidade, que condicionou o envelhecimento feminino à inutilidade ante a cessação da função reprodutora; a apropriação de processos fisiológicos femininos pela linguagem médica e sua negligência sobre temas que extrapolassem o campo da reprodução; a associação constante entre menopausa e velhice como um período de múltiplas perdas, tanto físicas quanto sociais; a emergência de padrões estéticos que supervalorizam a juventude e orientam tanto o discurso médico quanto as pesquisas biomédicas e o *marketing* das companhias farmacêuticas.

Foi através de um novo mecanismo de controle – a estimulação do consumo (Foucault, 1979) – e do crescente envelhecimento da população global que a medicina voltou seu olhar ao climatério e à menopausa, empregando contornos de doença ao período como meio de manter a vigilância sobre os corpos. A busca de alternativas de subversão do envelhecimento alimenta um mercado promissor que engloba produtos cosméticos e farmacológicos. Assim, entram em cena categorias de fármacos não mais voltados à cura de doenças, mas ao melhoramento estético e de performance, entre eles a TRH, ancorada nas promessas de juventude, qualidade de vida e sexualidade ativa, cujas propagandas apelam para um público de mulheres modernas e sensibilizam, conforme Oliveira (1999), especialmente aquelas que lutaram para exercer sua emancipação sexual, pois se veem diante da possibilidade de desfrutarem por mais tempo dos resultados de suas conquistas.

A ambiguidade entre o ‘normal’ e o patológico no processo de envelhecimento aparece constantemente ao longo da pesquisa e se expressa em falas como a da endocrinologista Janaína sobre a adoção de cuidados ‘preventivos’, ao afirmar que “Não quer dizer que a gente não vai envelhecer, todo mundo vai morrer um dia, todo mundo vai envelhecer”. A narrativa da médica emprega um status de lugar comum ao envelhecimento, enquanto o uso recorrente do termo ‘processo crônico degenerativo’, reveste-o de uma roupagem patológica, distanciando de uma pretensa normalidade. Rita, por sua vez, se esforça

em manter uma linguagem mais ‘neutra’ que aquela empregada por Cintia e Janaína sobre a adoção da terapia hormonal, mas não se afasta da visão da menopausa como um estado patológico, a começar pela ênfase nas ‘perdas’.

O mesmo pode ser aplicado à menopausa diante dos principais órgãos de saúde nacionais e internacionais: as diretrizes da OMS e do SUS reforçam não se tratar de doença (OMS, 1996; Brasil, 2008), ao passo que empregam a ela um código na Classificação Internacional de Doenças, CID N95, referente a transtornos da menopausa e da perimenopausa, além de uma série de sintomas que a envolvem e caracterizam.

A própria terminologia médica, expressa tanto no conteúdo do *podcast* quanto na entrevista com Rita, que faz uso recorrente de expressões como ‘sintomas’, ‘síndrome’ e ‘deficiência’, colabora para a manutenção de uma ideia depreciativa e patologizante. O envelhecimento feminino, neste contexto, deve ser ‘combatido’ como forma de atender a parâmetros de saúde e feminilidade encontrados em mulheres jovens (Kantoviski; Vargens, 2010).

Diante de uma realidade em que o corpo feminino se encontra medicalizado em níveis considerados irreversíveis (Oliveira, 1999), assistimos ao deslocamento da prescrição de hormônios antes restrita ao tratamento de sintomas – como os fogachos e secura vaginal – para um contexto infinitamente mais amplo, que engloba a prevenção de uma série de doenças ligadas ao envelhecimento, como osteoporose, distúrbios cardíacos e Alzheimer, em um grau de abrangência que até mesmo a visão mais conservadora de Rita legitima este tipo de utilização. Neste sentido, os hormônios passaram a ser indicados não mais com objetivos curativos, mas profiláticos (Trench; Santos, 2005) e com a adesão às terapias há uma expectativa de que os sinais físicos e até mesmo emocionais do envelhecimento desapareçam (Oliveira, 1999).

O *marketing* das companhias farmacêuticas voltado à solução de problemas antes aceitos como inerentes ao processo de envelhecimento e o crescente interesse nessas soluções por parte dos consumidores alimentam o que Conrad (apud Nucci, 2012) chama de indústria da medicalização. Neste cenário crescem e se diversificam métodos de reposição hormonal com apelos comerciais ligados à exclusividade, como os implantes subcutâneos, que permitem a manipulação de doses que atendam a ‘demandas específicas’ de cada usuária, e aos bioidênticos, propagados como uma espécie de extensão dos hormônios endógenos, na tentativa de desvincular a TRH da categoria de medicamentos, posto que apresenta a mesma estrutura molecular daqueles produzidos pelo corpo. É possível notar, por exemplo, que em

vários momentos do *podcast* as médicas associam benefícios dos hormônios endógenos como justificativa à adesão dos fármacos.

Apesar de o conteúdo em formato de *podcast*, com apelo a um público de mulheres ‘modernas’, não ser consumido pelas usuárias do sistema de saúde do município com as quais desenvolvi parte da pesquisa, a ideia da TRH com funções profiláticas se repete em ambos os contextos, ao passo que em suas orientações Rita também dá enfoque às propriedades de prevenção dos hormônios (a médica destaca seu uso na prevenção de osteoporose, mas não deixa de mencionar estudos que avançam no sentido de comprovar que a terapia hormonal pode oferecer ganhos neurológicos e cardíacos, por exemplo). Além disso, o público pesquisado, bem como os ouvintes do *podcast*, permanece exposto às terminologias patologizantes próprias do discurso médico.

A ambiguidade também se apresenta na reação das mulheres diante da experiência da menopausa. Uma das interlocutoras define como uma fase comum da vida, momento pelo qual todas terão de passar, ainda assim, sua chegada é marcada por desconforto e incerteza. Embora o contexto social das entrevistadas contribua para uma menor exposição ao discurso veiculado no *podcast*, com forte apelo à manutenção da juventude, também expressam descontentamento com os sinais do envelhecimento.

Em maior ou menor proporção, pode-se considerar que todas as mulheres ocidentais já tiveram contato com a ideia da menopausa como um estado físico em que se sentem “deprimidas, irritadiças, confusas, cansadas, insones, com ossos frágeis, sem libido e oprimidas por calores e ondas de suor noturno” (Feltrin; Velho, 2016), sintomas que aparecem constantemente nos relatos das mulheres ‘leigas’ ouvidas durante a pesquisa.

Apesar da hegemonia do discurso patologizante, em que os especialistas procuram ‘ensinar’ as mulheres a lidarem com seus corpos (Feltrin; Velho, 2016), elas vivenciam a menopausa de maneira singular, conforme características pessoais, história e trajetória. Isso justifica narrativas como a de Sirlei sobre o uso de plantas fitoterápicas que vão na contramão da visão médico-científica, valorizando intervenções provindas da sabedoria popular.

Outro aspecto relevante para o contexto analisado é a não superação do estigma que associa a terapia hormonal ao câncer, especialmente o de mama, ainda que os estudos mais relevantes sobre a correlação entre eles tenham sido divulgados há pelo menos três décadas e sejam considerados superados na visão das especialistas, visto que para elas os benefícios superam os riscos.

O perfil de mulheres de meia idade que valorizam a manutenção de uma estética jovem e de boa performance e produtividade a que o *podcast* se destina, não parece convergir

com a realidade das entrevistadas, visto que seu contexto de vivência sustenta como principal atribuição feminina o cumprimento da função de mães e esposas e o cuidado do lar. Nesse sentido, considero que as entrevistadas seriam menos sensíveis aos ganhos prometidos para além da função de tratar ‘sintomas’ geradores de desconfortos físicos – como os fogachos e o ressecamento vaginal – especialmente quando confrontadas com os riscos envolvidos na TRH.

Outro aspecto que merece ser destacado, é a manutenção do pensamento dualista que concebe a ciência a partir de uma visão masculina de mundo e relega à mulher o papel de objeto a ser estudado, explorado, compreendido. Mesmo diante de especialistas mulheres, o discurso reforça a associação entre o masculino e atributos como razão, objetividade e assertividade, características consideradas dominantes socialmente, restando ao feminino os domínios da natureza, como instabilidade e emoção (Feltrin; Velho, 2016).

A persistência desta lógica, a despeito da conquista de espaços importantes no campo das ciências pelo feminino, pode ser explicada nos termos de Schiebinger (2001). A autora assinala que uma cultura é maior do que as instituições e regulamentações legais que permitem às mulheres ocuparem, hoje, posições profissionais como o exercício da medicina. Ela consiste na aprovação e em valores não formulados, mas expressos pelos membros de um grupo. Muito do que sabemos sobre ciência tomou forma “na ausência das mulheres e, [...], também em oposição à sua participação” (Schiebinger, 2001, p. 139), fator que se reflete na linguagem e na hierarquia de valores entre corpos femininos e masculinos estabelecida historicamente.

Apesar dos esforços empregados pelas especialistas em demonstrar ‘objetividade’ e ‘neutralidade’ científicas, os pressupostos culturais e as heranças do domínio da ciência por homens permanecem reverberando na forma como enxergam e nos ‘ensinam’ a enxergar nossos corpos em todas as fases da vida, também, portanto, no climatério e menopausa, momento em que necessitamos de intervenções que promovam um ‘reequilíbrio’ hormonal para nos mantermos saudáveis e produtivas.

Corroborando a perspectiva de Haraway (1995), na pós-modernidade, a partir da evolução de tecnologias diagnósticas e de recursos de imagem quase ilimitados, o saber científico tem sofrido um processo de descorporificação. Nesse contexto todas as perspectivas cedem passagem a uma visão com pretensões de neutralidade e unidade, sendo desconsideradas, portanto, as camadas de privilégio e opressão envolvidas na produção do conhecimento.

A autora argumenta que toda a tecnologia necessita da interação humana e responde a interesses específicos dos grupos que podem acessá-la e são produtos da perspectiva e visão de mundo destes mesmos grupos. Os olhos são sistemas de percepção que constroem traduções e modos específicos de ver: reconhecer a parcialidade do que se produz em termos de ciência implica responsabilizar-se pelos possíveis impactos dessa produção, afinal toda visão é um ponto de vista, uma perspectiva construída a partir de modos de vida (Haraway, 1995).

Aplicando as premissas de Haraway (1995) ao contexto desta análise, somos levados a acreditar que as ferramentas tecnológicas de dosagem hormonal, por exemplo, realizadas através de exames de laboratório, proporcionam resultados neutros e objetivos, de modo a ‘certificar’ um diagnóstico de ‘deficiência hormonal’. Para tornar esses diagnósticos possíveis existem padrões de normalidade previamente definidos, que orientam os profissionais a identificarem qualquer ‘desvio’ que sugira uma patologia (Feltrin; Velho, 2016). Mas como os padrões de normalidade são definidos?

É importante não perdermos de vista que os resultados e suas interpretações dependem do olhar de uma série de profissionais – homens historicamente – cuja posição de privilégio e domínio da linguagem científica permitem que definam o conceito de ‘normalidade’ a partir de sua visão. De maneira geral, o padrão de normalidade baseia-se em corpos com capacidade reprodutiva, ao passo que ‘desvios’ apresentados durante a menopausa, implicam em ‘diagnósticos’ de ‘deficiência’ ou ‘desequilíbrio’.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como proposta apresentar um apanhado da relação entre a medicina e o corpo feminino, que foi subalternizado, disciplinado e patologizado sucessivas vezes ao longo da história com vistas a atender a demandas sociais específicas, como o casamento, a reprodução e o cuidado do lar. Pretendeu ainda compreender como o interesse médico se deslocou de processos ligados à reprodução feminina, estendendo seu domínio também sobre a menopausa a partir de novas tecnologias de controle do corpo, com especial enfoque na medicalização.

Em um segundo momento, buscou apresentar como a menopausa é traduzida pelo discurso médico atual a partir da análise de um *podcast* produzido por médicas das áreas de endocrinologia e ginecologia e *influencers* digitais de bem-estar e qualidade de vida, além de uma ginecologista da rede pública de um município do interior paulista. Em ambos os contextos, tanto no *podcast* quanto na entrevista, em maior ou menor grau, todas as profissionais fizeram uso de uma linguagem repleta de expressões patologizantes para descrever a menopausa e os processos fisiológicos que a envolvem, oferecendo a terapia de reposição hormonal como alternativa profilática e/ou curativa das ‘mazelas’ que acometem mulheres nesse período.

A terceira parte procurou apresentar a narrativa de mulheres que vivenciam a menopausa e que partilham o ambiente cultural da médica entrevistada, de modo a contemplar suas experiências e compreender do grau de influência do discurso médico-científico na autopercepção.

Entre os principais achados, pode-se destacar as definições de menopausa fixadas no limiar entre normalidade e patologia expressas tanto no discurso das mulheres ‘leigas’, quanto no das profissionais e principais órgãos de saúde que orientam a prática médica nos contextos nacional e internacional. Em associação entre menopausa e envelhecimento feminino leem-se as mudanças no padrão estético e fisiológico como partes de um ‘processo crônico degenerativo’, as alterações hormonais como deficiência ou desequilíbrio, a cessação da função ovariana como perda, crise e declínio reprodutivos, além de mudanças no aspecto da vagina como atrofia.

Outro ponto de destaque trata da ascensão das terapias hormonais como drogas ‘transformadoras’, capazes de operar verdadeiros milagres na vida das mulheres, atuando no tratamento dos ‘sintomas’, na prevenção de diversas doenças e no prolongamento da

juventude e sexualidade, que refletem em uma melhora da ‘qualidade de vida’, categoria mobilizada pelas propagandas da indústria farmacêutica e validada pelo discurso médico.

Diante deste cenário, as mulheres que participaram da pesquisa se mostraram sensíveis ao discurso patologizante dos profissionais da área médica sobre menopausa, replicando inclusive algumas de suas terminologias. Paradoxalmente, não parecem responder igualmente àquele que oferece a terapia hormonal como uma espécie de ‘pílula da juventude’. Isto porque, embora tenham relatado diversos ‘sintomas’ como fogachos, secura vaginal, irritabilidade e variabilidade de humor, além de desconfortos estéticos associados à vivência da cessação reprodutiva, como rugas e retenção de gordura, a cultura local associa fortemente o uso de hormônios ao surgimento do câncer de mama, fator que dificulta a ampla adesão da TRH, mesmo diante da imensa quantidade de benefícios reiteradamente apontados pelo discurso médico e, em especial, pela profissional que as acompanha.

Minha hipótese baseada em informações inconclusivas é a de que o apelo à um público de mulheres ‘modernas’, jovens, independentes, autônomas e sexualmente ativas não é capaz de gerar grande identificação nas interlocutoras que colaboraram à pesquisa, já que suas preocupações, objetivos e necessidades não convergem com aquelas em que a indústria farmacêutica e médicos *influencers* tem focado. Em outras palavras, essas mulheres tendem a valorizar mais o bem-estar físico do que questões de natureza estética, como demonstram as respostas sobre não se considerarem vaidosas ou não terem preocupação com a perda da feminilidade, por exemplo.

Apesar dos esforços empreendidos tanto por médicos quanto pela indústria farmacêutica em fixar a terapia hormonal no imaginário das mulheres como a solução de todos os seus problemas, as interlocutoras, bem como as mulheres com quem convivem, se mostram cautelosas diante do aumento do risco de câncer de mama.

Durante a pesquisa, foram encontrados trabalhos dos mais diversos campos com a proposta de discutir a dimensão patológica atribuída ao fim do período reprodutivo e a problematizá-la. A complexidade da temática se aprofunda na medida em que tanto a linguagem científica quanto a ‘leiga’ advém de uma mesma matriz cultural e que, como tal, as ideias que permeiam a linguagem ‘comum’ do dia-a-dia das mulheres e a aquela mobilizada por especialistas se influenciam e se constroem a partir de interações mútuas permeadas por diversas variáveis econômicas e sociais.

Finalmente, dada a relevância e interdisciplinaridade dos temas de patologização do corpo feminino, menopausa e medicalização, as informações geradas por meio deste trabalho sugerem a realização de levantamentos mais detalhados, especialmente do campo da



antropologia, de modo a complementar os resultados ligados às influências culturais expressas no saber e fazer científicos expostas no presente trabalho.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, José Augusto C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 17, n. 5, p. 377–386, 1983.
- BRASIL. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- CABRAL, Maria Mercês Cavalcanti. Situando a Menopausa: tempo, nomenclatura e tipologia. *Revista Interloquções*, ano 1, nº 1, 2001.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Editora Forense Universitária, 2009.
- COVOLAN, Nádia Terezinha. Corpo vivido e gênero: a menopausa no homoerotismo feminino. Tese (Doutorado) – Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2005.
- COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Deixar de ser mulher: conhecimento e significado cultural da menopausa. 2007. Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- COSTA, Tônia; et al. Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. *Interface - Comunic., Saúde Interface - Comunic., Saúde, Educ., Educ.*, v.10, n.20, p.363-80, 2006.
- CUNHA, Antônio Geraldo da. Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- DEBERT, Guita Grin. Gênero e envelhecimento. *Revista Estudos Feministas*, v. 3, n. 3, 1994.
- FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, n. 17-18, p. 9–79, 2002.
- FEBRASGO. Position Statement: Propedêutica mínima no climatério. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N5-Maio-2022-portugues.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2023.
- FELTRIN, Rebeca Buzzo; VELHO, Lea. Representações do Corpo Feminino na Menopausa: Estudo Etnográfico em um Hospital-Escola Brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 22, p. 148–174, 2016.
- FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 21–34, 2012.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 07-41, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JESUS, Beatriz Marcos de. *Medicalização e construção social da menopausa: impactos na experiência e produção de significados por parte das mulheres*. Dissertação (mestrado), Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais. Universidade Beira Interior: Covilhã, 2022.

JURBERG, Marise Bezerra; CANELLA, Paulo. R. B. Sexualidade e menopausa: crise da reprodução ou produção da crise. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, [S. l.], v. 8, n. 1, 1997.

KANTOVISKI, Andréia Lara Lopatko; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 12, n. 3, p. 567–70, 2010.

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

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A Vida de Laboratório: a Produção dos Fatos Científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LIMA, Marcia Alexandrino de. “Pra onde vai todo esse sangue da menopausa?”: Uma análise antropológica dos aspectos culturais e simbólicos da menopausa. Dissertação (mestrado), Programa de pós-graduação em antropologia. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2019.

MANICA, Daniela; NUCCI, Marina. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. *Horizontes Antropológicos*, v. 23, n. 47, p. 93-129, 2017.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Coleção Sexualidade, Gênero e Sociedade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. História e Saúde Collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, Sara Custódio. et al. Terapia de reposição hormonal e câncer de mama: uma revisão de literatura acerca da influência do tratamento hormonal no desenvolvimento neoplásico. *Revista Médica de Minas Gerais*, 31: e-31206, 2021.

MENDONÇA, Eliana Azevedo Pereira de. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 155–166, 2004.

NUCCI, Marina. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidade, Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 124-139, 2012.

NAZÁRIO, Afonso Celso Pinto; REGO, Mychely Fernandes; OLIVEIRA, Vilmar Marques de. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 4, p. 211–219, 2007.

NUNES, Silvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 49–76, 1991.

OLIVEIRA, Maria Coleta de. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (orgs.). *Velhice e Sociedade*. Campinas/SP: Papirus, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa*. Biblioteca da OMS: Ginebra, 1996.

PARDINI, Dolores. Terapia hormonal da menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 51, n. 6, p. 938–942, 2007.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 2, p. 172–181, 2014.

ROHDEN, Fabíola. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p. 161–196, 2011.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, p. 133–152, 2008.

ROHDEN, Fabíola. “O que se vê no cérebro: a pequena diferença entre os sexos ou a grande diferença entre os gêneros”. In: Maluf, S.; Torquinst, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, v., p. 403-439, 2010.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2 ed. Antropologia & Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROMANCINI, Clair Maria Passarin; BARBOSA, Gêssica Renata; TYIO, Rogério. A relevância clínica no tratamento com hormônios bioidênticos. *Revista Uningá*, vol. 28, n.3, pp.158-163, 2016.

SAMPAIO, Juliana Vieira; MEDRADO, Benedito; MENEGON, Vera Mincoff Menegon. Hormônios e Mulheres na Menopausa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, p. e229745, 2021.

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Coleção Mulher. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

TRENCH, Belkis; SANTOS, Claudete Gomes dos. Menopausa ou Menopausas? Saúde e Sociedade, v. 14, n. 1, p. 91–100, 2005.

VARGENS, Octávio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, n. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004 38(1), p. 46–50, 2004.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. A Medicalização do Corpo Feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, Lucia Helena Laprano et al. Efeitos da isoflavona e dos estrogênios conjugados equinos sobre a qualidade de vida na pós-menopausa. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 5, p. 248–252, 2007.

WOOLF, Virginia. Mrs. Dalloway. 1 ed. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2017.

## **APÊNDICE A – Guia de entrevista à especialista**

1. Como foi o início da sua trajetória na medicina? Teve uma grande motivação pra ingressar nessa área? Por que a ginecologia/saúde da mulher?
2. Em que ano se formou? Teve algum contato com os temas do climatério e da menopausa durante a graduação? O assunto era abordado? Com que viés?
3. Há quanto tempo trabalha com saúde da mulher na rede pública da cidade?
4. Qual a média de idade das mulheres com menopausa constatada (diagnosticada) no serviço público?
5. Qual o perfil de mulheres nessa faixa etária atendido por você? (Ex.: mais conservadoras/progressistas? Qual a classe social? Falam abertamente sobre sexualidade ou têm tabus?).
6. Existem doenças relacionadas à baixa hormonal vivenciada pelas mulheres a partir da menopausa? Quais as mais comuns?
7. De quanto em quanto tempo é indicado que mulheres na menopausa procurem acompanhamento com ginecologista?
8. Fiz uma pesquisa histórica que apontou que a medicina esteve orientada por muito tempo à saúde reprodutiva das mulheres e que só recentemente a saúde da mulher na menopausa passou a ser discutida, com uma abordagem mais voltada à qualidade de vida e sexualidade plena. Você percebe, no seu contexto de clínica, que as mulheres maduras vivem essa emancipação do corpo? Estão mais livres para falar sobre temas que antes eram considerados tabus?
9. Em relação à autoestima, percebe alguma diferença que mereça ser destacada? Como a menopausa é um marcador de envelhecimento e nós enquanto sociedade não lidamos bem com esse processo, imagino que você já deva ter presenciado diversos tipos de

reação. Qual a reação delas quando tem a menopausa diagnosticada? Já vi casos de mulheres que acham a parada do sangramento um alívio e outras que acham que é terrível, porque associam ao envelhecimento. O que você mais presencia na vivência clínica?

## **APÊNDICE B – Guia de entrevista às mulheres**

1. Qual a sua idade?
2. O que significa menopausa pra você? Como encara o envelhecimento?
3. Como percebeu que havia entrado na menopausa? Sentiu mudanças/alterações fisiológicas importantes no seu corpo? (Ex.: irregularidade menstrual, fogacho, secura vaginal, irritabilidade). Se sim, foram elas que te levaram a procurar ajuda médica? Demorou algum tempo?
4. Essas mudanças já te causaram sensação de vergonha ou constrangimento em alguma ocasião? (Ex.: Ondas de calor em ambiente público, dificuldades na intimidade com parceirx).
5. Ao relatar as queixas à sua médica, quais orientações ela deu? Prescreveu alguma medicação? Qual a forma de uso? (Oral, gel ou adesivo transdérmico, implante.). Qual o nome da medicação? Com que frequência faz uso/manutenção dela?
6. Sua médica orientou algo sobre a periodicidade do tratamento? (Ex.: de quanto em quanto tempo deve fazer retornos ao consultório?).
7. Você troca informações/experiências com amigas e conhecidas sobre como lidam com a menopausa?
8. Considerando que a perda mais importante ligada à menopausa é a da capacidade de engravidar, qual a importância da maternidade pra você?
9. Sua médica te pergunta sobre sua vida sexual ou pressupõe que não é sexualmente ativa?
10. Com a passagem do tempo, acha que as mulheres ficam menos femininas/atraentes do que antes e/ou perdem o charme?