



REBECA BUZZO FELTRIN

**ENTRE O CAMPO E O LABORATÓRIO: A
CONSTRUÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DE UM
HOSPITAL-ESCOLA BRASILEIRO**

**CAMPINAS
2012**



NÚMERO: 269/2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

REBECA BUZZO FELTRIN

ENTRE O CAMPO E O LABORATÓRIO: A CONSTRUÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DE UM HOSPITAL-ESCOLA BRASILEIRO

Orientadora: Profa. Dra. Léa Maria Leme Strini Velho

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Política Científica e Tecnológica.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA REBECA BUZZO FELTRIN
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. LÉA MARIA LEME STRINI VELHO.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CÁSSIA RAQUEL DA SILVA – CRB8/5752 – BIBLIOTECA “CONRADO PASCHOALE” DO
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
UNICAMP

F347e Feltrin, Rebeca Buzzo, 1984-
Entre o campo e o laboratório: a construção da
menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro /
Rebeca Buzzo Feltrin -- Campinas, SP.: [s.n.], 2012.

Orientador: Léa Maria Leme Strini Velho.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Geociências.

1. Conhecimento científico. 2. Corpo feminino. 3.
Menopausa. I. Velho, Léa Maria Strini Velho, 1952- I.
Universidade Estadual de Campinas, Instituto de
Geociências. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em inglês: Between the field and laboratory: the construction of
menopause in a Brazilian hospital-school.

Palavras-chaves em inglês:

Scientific knowledge

Women – Health and Hygiene – Sociological aspects

Menopause

Área de concentração: PC&T – Política Científica e Tecnológica

Titulação: Doutora em Política Científica e Tecnológica.

Banca examinadora:

Léa Maria Leme Strini Velho (Orientador)

Ivan da Costa Marques

Lilian Krakowski Chazan

Marko Synésio Alves Monteiro

Maria Conceição da Costa

Data da defesa: 31-07-2012

Programa de Pós-graduação em: Política Científica e Tecnológica



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

AUTORA: Rebeca Buzzo Feltrin

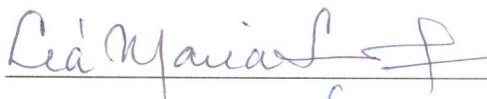
“Entre o campo e o laboratório: a construção da menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro”.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Léa Maria Leme Strini Velho

Aprovada em: 31/07/2012

EXAMINADORES:

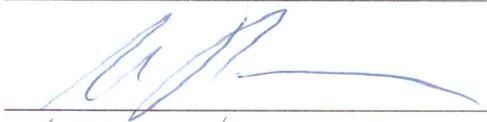
Profa. Dra. Léa Maria Leme Strini Velho

 - Presidente

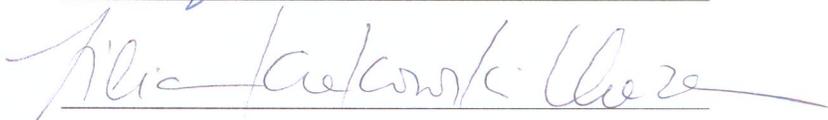
Profa. Dra. Maria Conceição da Costa



Prof. Dr. Marko Synésio Alves Monteiro



Profa. Dra. Lilian Krakowski Chazan



Prof. Dr. Ivan da Costa Marques



Campinas, 31 de julho de 2012

*Às mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa do
CAISM/UNICAMP*

AGRADECIMENTOS

Definitivamente, uma tese não se constrói isoladamente. Digo isso, não apenas pelo árduo diálogo que empreendemos com os autores no decorrer desses quatro anos, mas também pelas pessoas que cruzam nosso caminho e nos ajudam a enxergar diversas possibilidades que sozinhos seriam muito mais difíceis de encontrar. Por esse motivo, a lista de pessoas citadas nessa sessão de agradecimentos é longa.

Sempre, em primeiro lugar, tenho que agradecer a Deus. Quem conhece minha trajetória sabe que eu não chegaria até aqui sem que tivesse essa ajuda. Em seguida, gostaria de agradecer meus pais, Florisvaldo Feltrin e Inês Buzzo Feltrin, por sempre terem acreditado nos meus sonhos por mais malucos que pudessem parecer. Ao meu marido Diego Ferreira dos Santos que me incentivou a prosseguir nesses sonhos.

À minha orientadora Léa Velho, pela amizade, carinho, compreensão e por ter me dado crédito desde o início. Tenho também muito a agradecer aos professores do DPCT, pelas valiosas dicas durante aulas ou mesmo nos corredores do departamento – especialmente ao professor Marko Monteiro. Aos professores da banca de qualificação e defesa pela enorme contribuição no amadurecimento deste trabalho. Aos funcionários do DPCT, especialmente à Valdirene, Adriana, Edinalva e Sr. Aníbal, pela atenção e amizade.

Gostaria de agradecer ainda aos amigos que fiz durante esses anos no DPCT, especialmente à Josimara Martins Dias, querida companheira de todos os momentos, Mariana Sombrio e Bruna Vasconcelos, amigas que conquistei durante os debates sobre gênero e ciência e que levarei comigo para sempre. À amiga Lucidalva Martins Molina, pelo carinho e apoio durante esse trabalho.

Também tenho muito a agradecer aos amigos que conquistei durante o período de doutorado sanduíche na *University College of London*, especialmente à minha orientadora estrangeira Sagra Gibbon, e aos amigos Matan Shapiro e Clarissa Rahmeier.

Ao Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), sem o qual esse trabalho não seria possível. Um agradecimento especial à psicóloga Maria José Navarro Vieira, ao Professor Aarão Pinto Mendes e ao Rogério do Carmo Toledo, da Comissão de Pesquisa do CAISM. Também gostaria de agradecer aos alunos e residentes voluntários dessa pesquisa, às mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa e, especialmente, às mulheres participantes do grupo de psicologia, com as quais tive contato por um maior tempo.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer à bolsa de estudos concedida pela CAPES durante o doutorado, além da oportunidade de realização do estágio no exterior. Ao CNPq, pelo financiamento concedido através do Edital 057/2008, que forneceu as condições materiais necessárias para a realização dessa pesquisa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica

**ENTRE O CAMPO E O LABORATÓRIO: A CONSTRUÇÃO DA MENOPAUSA
DENTRO DE UM HOSPITAL-ESCOLA BRASILEIRO**

RESUMO

Tese de Doutorado

Rebeca Buzzo Feltrin

O presente trabalho acompanha o processo de construção do conhecimento científico sobre o corpo da mulher na menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro. As controvérsias em torno do tema e a maneira diferenciada em tratar ou sentir a menopausa entre culturas distintas sinalizam que o conceito de menopausa não é universal. Ao contrário, todo conhecimento produzido é localizado e traz as marcas de seu lugar de produção. Por esse motivo, acompanha-se um lugar de produção de conhecimento – o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) - amplamente reconhecido e responsável por direcionar políticas públicas na área de saúde da mulher no Brasil. Acompanham-se ainda os discursos que circulam no lugar, a divulgação do conhecimento produzido, a organização do espaço e objetos de maneira a dar suporte a esse discurso, bem como, o alistamento de diferentes atores para que o lugar e os conhecimentos ali produzidos alcancem credibilidade e “viajem” para além dos limites do hospital-escola, tornando-se universais. A padronização do lugar, espaços, protocolos e corpos garantem que a verdade produzida naquele ambiente particular possa ser verdade em qualquer lugar, em qualquer corpo. Nesse sentido, o Ambulatório de Menopausa do CAISM revela-se, ao mesmo tempo, como um vasto campo de pesquisa e como um laboratório no sentido Latouriano, na medida em que o atendimento às mulheres se tornava um espaço de ensino, pesquisa e interação entre os atores. A análise concentra-se na cena médica, local de encontro entre dois dos mais importantes atores envolvidos na construção desse conhecimento – o médico e a paciente. Não um simples médico, mas um médico aprendiz dentro do hospital-escola, que tenta ao mesmo tempo “ver” com os olhos de seu professor, conhecer a natureza, decifrá-la e traduzir esse discurso recém-descoberto. Essa tradução feita dentro do consultório tem a finalidade de alistar as mulheres para que aceitem o discurso como verdadeiro e permitam que o conhecimento finalmente se efetive através de seu corpo. Do outro lado, a paciente cumpre o papel que lhe cabe, disponibilizando seu corpo como objeto em favor das pesquisas, para que em troca continue sendo atendida em um centro de referência em saúde da mulher.

Palavras-Chave: conhecimento científico, corpo feminino, menopausa.



UNIVERSITY OF CAMPINAS
INSTITUTE OF GEOSCIENCE

**BETWEEN THE FIELD AND LABORATORY: THE CONSTRUCTION OF
MENOPAUSE IN A BRAZILIAN HOSPITAL-SCHOOL**

ABSTRACT
Doctoral Thesis
Rebeca Buzzo Feltrin

This paper accompanies the construction of scientific knowledge about the body of menopausal women in a Brazilian teaching hospital. The controversy surrounding the subject and the different ways in which menopause is treated or thought of in various cultures, indicate that the concept of menopause is not universal. On the contrary, all produced knowledge is local and bears the marks of their place of production. For this reason, a knowledge producing location was accompanied: the *Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (CAISM, or the Comprehensive Healthcare for Women Centre), which is widely recognized and responsible for directing public policy in the area of women's health in Brazil. In addition, the discourse was accompanied that circulates in the location as well as the dissemination of produced knowledge, the organization of spaces and objects in order to support this discourse, and the recruitment of different actors who instill credibility to the location and the knowledge produced there and who make this discourse "travel" beyond the limits of the teaching hospital, making it universal. The standardization of the location, the spaces, protocols, and bodies ensures that the truth produced in that particular environment can become true anywhere, for anybody. In this sense, the Menopause Outpatient Facility at the CAISM proves to be a vast field of research and, at the same time, a laboratory in the Latourian sense, insofar as the care of women has become a space for teaching, research and interaction between actors. The analysis focuses on the medical scene, the meeting place between two of the most important actors involved in the building of knowledge - the doctor and patient. Not just a doctor, but a doctor-student in the teaching hospital, who tries to "see" through the eyes of his teacher, understand the nature, decipher it and translate this newly discovered discourse. This translation performed within the office aims to enlist women patients, so that they accept the discourse as true and allow that this knowledge finally takes effect through their body. On the other hand, the patient fulfills her assigned role, providing her body as an object for the benefit of research, so that in turn she will continue to be treated at a center that is a reference in women's health.

Keywords: scientific knowledge, woman body, menopause.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xvii
LISTA DE TABELAS	xix
LISTA DE SIGLAS	xxi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA E AS CONTROVÉRSIAS NO USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL.....	5
1.1 A “DESCOBERTA” DOS HORMÔNIOS SEXUAIS	6
1.2 MENOPAUSA COMO DOENÇA.....	8
1.3 DEBATE SOBRE A SEGURANÇA DA TRH: DIVERSOS INTERESSES A CONSIDERAR.....	12
1.4 USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL.....	19
1.5 CRÍTICAS FEMINISTAS À MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA	22
CAPÍTULO 2: A MENOPAUSA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	29
2.1 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	30
2.2 MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA.....	35
2.3 CONTROVÉRSIAS SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DO CAISM/UNICAMP.	39
a) Conceito de menopausa/climatério.....	44
b) Sintomatologia	44
c) Sexualidade	46
d) O uso de TH	48
2.4 DISCUSSÃO	50
CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
3.1 MUDANÇAS OCORRIDAS NO PROJETO	60
3.2 PROBLEMAS BUROCRÁTICOS NA ENTRADA EM CAMPO	61
3.2.1 IMPRESSÕES E DESAFIOS NA ENTRADA EM CAMPO.....	63
3.3 OBSERVAÇÕES E ENTREVISTAS.....	66
3.4 PERFIL DAS MULHERES VOLUNTÁRIAS DA PESQUISA.....	67
CAPÍTULO 4 – A CONSTRUÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM/UNICAMP)	73
4.1 O PAPEL DO LUGAR NA CONSTRUÇÃO DE FATOS CIENTÍFICOS	73

4.2	CAISM COMO <i>TRUTH-SPOT</i>	77
4.2.1	CAISM: Aspectos geográficos, físicos e representações do lugar	80
4.3	TRUTH-SPOTS: O CAMPO E O LABORATÓRIO	94
4.3.1	AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA: ENTRE O CAMPO E O LABORATÓRIO.....	97
4.3.1.1	Os construtores de fatos: “Aprendendo a ver” a natureza.....	100
4.3.1.2	Alistamentos e negociações no Ambulatório de Menopausa.....	107
4.4	O PAPEL DO AMBULATÓRIO-LABORATÓRIO NA CONSTRUÇÃO DOS FATOS CIENTÍFICOS.....	110
CAPÍTULO 5: O CORPO COMO LUGAR DE PRODUÇÃO DE VERDADES		113
5.1	O CORPO-LUGAR	113
5.2	O CORPO FEMININO NO DISCURSO CIENTÍFICO	116
5.3	REPRESENTAÇÕES DO CORPO FEMININO POR MÉDICOS E MULHERES NO AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA	120
5.3.1	Reuniões de Psicologia no Ambulatório de Menopausa.....	126
5.4	CONSTRUINDO A SEXUALIDADE APÓS A MENOPAUSA	135
5.4.1	CONTROLE MÉDICO SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA.....	146
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS		159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		165
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - I		177
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - II		179
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – III		181
ANEXO IV – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PACIENTES.....		183
ANEXO V – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM MÉDICOS		185
ANEXO VI - INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DAS VOLUNTÁRIAS		187
ANEXO VII - VARIÁVEIS E CONCEITOS		189
ANEXO VIII - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....		191
ANEXO IX - LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO – (BRASIL, 2008).....		195
ANEXO X – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DO DTG/CAISM		197
ANEXO XI – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UNICAMP.....		199

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 - Padrão pinotinho de Construção.....	82
Figura 2 - Sala de espera do Ambulatório de menopausa..	86
Figura 3 - Sala de entrevistas no Ambulatório de Menopausa.....	90
Figura 4 - Score semiquantitativo do grau de hirsutismo.....	121
Figura 5 - Tabelas para auxílio ao diagnóstico.....	122
Figura 6 - Cartaz sobre mudanças no corpo ocorridas no climatério.....	124
Figura 7 - Capa do material da Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica.....	128
Figura 8 - Página 4 da Cartilha divulgada pela SOBRAC sobre os efeitos da menopausa.....	129
Figura 9 - Gertrudes - boneca educativa.....	131

Gráficos

Gráfico 1 - Rendimento Familiar das Voluntárias da Pesquisa.....	68
Gráfico 2 - Estado Civil das Voluntárias da Pesquisa.....	69
Gráfico 3 - Escolaridade das Voluntárias da Pesquisa.....	70
Gráfico 4 - Cor/Raça das Voluntárias da Pesquisa.....	71
Gráfico 5 - Local de Nascimento das Voluntárias da Pesquisa.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ocupação das Voluntárias da Pesquisa	69
---	----

LISTA DE SIGLAS

AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEPA	Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia
DES	<i>Diethylstilbestrol</i>
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DSMB	<i>Data and Safety Monitoring Board</i>
ESCT	Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PREMARIN	<i>Pregnant Mares' Urine</i>
RNFS	Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SOBRAC	Associação Brasileira do Climatério
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Terapias Alternativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Tensão Pré-Menstrual

TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHI	<i>Women's Health Initiative</i>

INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade, a menopausa marca o início de uma nova etapa na vida da mulher, carregada por alterações psicológicas, biológicas e sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), os sintomas mais frequentes - atribuídos à baixa na produção de estrogênio pelos ovários - são as ondas de calor (fogachos), atrofia vaginal, mudança de humor, depressão, diminuição da libido, alteração na textura da pele, osteoporose, insônia, entre outros.

O número de mulheres que relatam apresentar esses “sintomas” da menopausa é bastante significativo: cerca de 72 milhões de pessoas no mundo, sendo 2 milhões entre a população brasileira (Rozenfeld, 2007). Apesar de esse quadro ser bastante expressivo, pesquisas comparativas indicam que em algumas sociedades o fenômeno da menopausa é praticamente desconhecido, não havendo sequer um termo equivalente para designar tal fase (Vigeta & Brêtas, 2006). Na Índia, por exemplo, poucas mulheres relatam ter problemas com a menopausa. Esperam ansiosamente por essa fase porque já não precisam usar o véu nem viverem reclusas, além de serem consideradas sábias (Rozenfeld, 2007). Ao contrário disso, em sociedades ocidentais a menopausa é vista como uma fase de muitas perdas, fato que pode estar relacionado a uma extrema valorização social do corpo, juventude e beleza.

De acordo com uma publicação de consenso médico da Sociedade Brasileira do Climatério – SOBRAC (2003), a supervalorização da juventude pode ser ainda a principal causa de muitos dos sintomas psíquicos atribuídos à menopausa, visto que esses sintomas variam na frequência e intensidade entre diferentes grupos sociais, havendo interferência de fatores socioeconômicos, étnicos, etários e educacionais. Deste modo, entre culturas que oferecem uma maior valorização às mulheres de meia-idade, nas quais elas possam apresentar expectativas positivas em relação a esse período, a sintomatologia pode ser menos abrangente e intensa. Outra questão a se considerar é a valorização social em torno da fertilidade como uma característica essencial para ser mulher, sendo, portanto, a menopausa encarada como um estágio problemático.

Diante dessas questões, é importante ter em mente que a menopausa não é um “fato”, mas um conceito cujas fronteiras e significados dependem do ponto de vista ou interesses de cada interlocutor (Lock, 1993). Assim, as diferentes visões e expectativas

sobre a menopausa indicam que essa fase deve ser percebida em seu caráter particular e relativo, e não como fato universal ou padronizado (Trench & Santos, 2005).

Considerando essa variabilidade cultural em torno da percepção da menopausa, o trabalho propõe analisar a construção deste “fenômeno” biomédico, ou seja, de um conceito de menopausa produzido e reproduzido dentro de um ambiente de biomedicalização particular, o Ambulatório de Menopausa do CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O hospital-escola em questão é tido como referência em saúde da mulher, visto que sua filosofia de atendimento “integral” inspirou a criação do PAISM – política pública direcionada à saúde da mulher (CAISM, 2001; OSIS, 1998). O atendimento gratuito oferecido pelo CAISM é voltado às mulheres de Campinas e região, ou ainda, de outras cidades ou estados brasileiros que não possuam infraestrutura adequada para o atendimento dessas mulheres. As mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa do CAISM são, em sua maioria, brancas, de classe social baixa e de pouca escolaridade.

No contexto do atendimento no Ambulatório, as mulheres são identificadas (ou reduzidas) de antemão como “pacientes”, o que já sinaliza como essa fase específica da vida da mulher foi “patologizada” através de práticas biomédicas complexas. Assim, toda essa sintomatologia atribuída à menopausa - fortemente marcada no ocidente - que leva diversas mulheres a buscarem um “tratamento” médico nessa fase da vida, está associada também ao fato de que a menopausa foi apropriada pela ciência médica em um processo referido como medicalização. Em vista disso, este trabalho acompanha também esse processo de medicalização da menopausa em vários níveis: desde o nível da definição do problema, sua apropriação por parte do Governo brasileiro e Hospital do CAISM, ao nível interacional, onde médicos e pacientes passam a negociar significados sobre a menopausa no âmbito do consultório médico. Dessa forma, o Capítulo 1 apresenta a controvérsia em torno da medicalização da menopausa e a adoção da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) como um “tratamento” para essa fase. É feito um breve relato sobre o “descobrimento” dos hormônios sexuais e sua sintetização como droga para “tratamento” da mulher na menopausa, ao mesmo tempo em que se apresentam os principais atores envolvidos na definição da menopausa como um problema médico. No Capítulo 2 acompanha-se como a menopausa passou a figurar no cenário brasileiro como um problema de saúde pública, a partir de uma apropriação do conceito de menopausa produzido em

outros países – especialmente nos EUA. Além disso, apresenta toda a regulamentação brasileira em torno dessa nova “doença” – os termos de consenso de organizações médicas brasileiras e o Manual da Menopausa, do Governo Federal, refletem a postura de alguns dos principais atores sociais envolvidos no debate em nosso país. Também são acompanhadas duas reuniões médicas sobre o uso de TRH – a primeira, exclusiva entre o grupo de médicos do hospital-escola e, a segunda, uma apresentação aberta ao público em geral. O Capítulo 3 apresenta os procedimentos metodológicos para a coleta e análise dos dados referentes à pesquisa realizada no Ambulatório de Menopausa do CAISM.

No Capítulo 4, acompanha-se o processo de medicalização da menopausa no nível interacional, no contexto do atendimento oferecido pelo Ambulatório de Menopausa. O hospital-escola é analisado como um lugar de produção de verdades, onde há construção, negociação e reprodução de conceitos e metáforas envolvendo o corpo da mulher. Acompanham-se os discursos médicos locais, a divulgação do conhecimento, a organização do espaço e objetos de maneira a dar suporte ao discurso produzido localmente, bem como, o alistamento de diferentes atores para que o lugar e os conhecimentos ali produzidos alcancem credibilidade e “viajem” para além dos limites do hospital-escola, tornando-se universais. A padronização do lugar, espaços, protocolos e corpos garantem que a verdade produzida naquele ambiente particular possa ser verdade em qualquer lugar, em qualquer corpo. No decorrer da análise, o Ambulatório revela-se, ao mesmo tempo, como um campo de pesquisas e um laboratório científico, considerando que o atendimento às mulheres é um elemento fundamental para produção e reprodução de conhecimentos. Assim, os “fatos” científicos sobre o corpo da mulher na menopausa são construídos no nível da pesquisa, formação de profissionais e consulta clínica. Analisa-se ainda, através da observação da prática médica cotidiana, a eficácia do atendimento “integral” à saúde da mulher empreendida no Ambulatório de Menopausa, filosofia idealizada pelo CAISM e que norteia as ações do hospital-escola.

O Capítulo 5 trata o corpo dessas mulheres como um lugar de produção de verdades, um importante nó na rede de expansão e justificação do conhecimento produzido naquele hospital. Revela ainda como o corpo feminino na menopausa é representado pelos médicos e pelas próprias mulheres, com base nos relatos destes atores e ilustrações informativas que circulam no local. Por último, descreve como a questão da sexualidade

após a menopausa é tratada dentro do consultório médico, tendo em vista que diversos “problemas sexuais” aparecem com frequência durante as consultas como relevantes “sintomas” da menopausa. No Capítulo 6 são apresentadas as considerações finais do trabalho.

A análise proposta se baseia no material coletado no Ambulatório de Menopausa do CAISM no período de setembro de 2009 a outubro de 2010, abrangendo entrevistas com mulheres atendidas no local e seus médicos (residentes em ginecologia e estudantes de graduação em medicina), além de observações durante consultas ginecológicas e acompanhamento de reuniões do grupo de psicologia responsável por prestar atendimento às mulheres do Ambulatório em questão. O presente trabalho se assenta, principalmente, no campo dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia, estudos feministas e localistas alinhados a esse campo.

CAPÍTULO 1: A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA E AS CONTROVÉRSIAS NO USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Ainda hoje, médicos e pesquisadores reconhecem que não existe um consenso no seio da comunidade médica sobre a própria definição de menopausa, quanto mais sobre os riscos ou benefícios associados ao uso da terapia de reposição hormonal (Bell, 1995; Seaman, 2005). Até mesmo a terminologia médica associada a essa fase é terreno de controvérsias. Entende-se como menopausa a última menstruação seguida da ausência de ciclos ovulatórios por 12 meses. O termo grego significa *men* (mês) e *pausis* (pausa, fim). O estado menopausal inclui as fases de pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (Jaszmann, 1973 apud Pinto Neto *et al.*, 2002). O termo climatério (do grego *Klimacter*, significa “período crítico”) é usado para designar a fase da vida em que ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo (englobando a pré, peri e pós menopausa) (Trench & Santos, 2005). Todavia, um grupo científico de investigação da menopausa da OMS propôs, em 1980, uma padronização da terminologia, sugerindo que o termo climatério fosse abandonado. Na prática, ambos os termos são largamente utilizados (Trench & Santos, 2005).

Embora não haja consenso na definição da menopausa ou de sua terminologia, milhões de mulheres ao redor do mundo adotam a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) - ou simplesmente, terapia hormonal – como um “tratamento” para essa fase da vida, sem estarem plenamente conscientes dos riscos associados (Seaman, 2005). Estudos médico-científicos procuram analisar os riscos e benefícios dos tratamentos baseados em hormônios sexuais a partir de uma visão de “dominação” hormonal na vida e comportamento do ser humano, mas não apresentaram conclusões definitivas até o momento. Feministas cobram pesquisas mais conclusivas sobre os efeitos desses tratamentos em longo prazo, visto que a incerteza expõe ao risco à saúde das mulheres. A indústria farmacêutica tem especial interesse na divulgação apenas dos benefícios do uso de hormônios para a TRH, influenciando pesquisas científicas na área e apresentando o tratamento como uma fonte de juventude e vitalidade. As opiniões sobre o assunto são variadas, gerando discussão até mesmo dentro de cada grupo envolvido no debate.

Neste capítulo, serão identificadas as questões fundamentais que envolvem a “definição” da menopausa como um problema médico (medicalização), as controvérsias

sobre o uso de TRH na menopausa e os argumentos dos principais atores envolvidos nesse debate. Os estudos sociais da ciência e da tecnologia, em especial a abordagem construtivista, fundamentam a compreensão da postura e dos interesses dos diversos grupos envolvidos no debate, do processo de desenvolvimento e popularização das drogas baseadas em hormônios sexuais, bem como, da “construção” dos efeitos da menopausa no mundo ocidental.

1.1 A “DESCOBERTA” DOS HORMÔNIOS SEXUAIS

Em 1889, o fisiologista francês Charles Édouard Brown-Séquard apresentou uma comunicação à *Société de Biologie* em Paris descrevendo a importância e benefícios de um líquido testicular produzido por intermédio do esmagamento de testículos de animais (MacCrea, 1983; Seaman, 2005). Brown-Séquard teria aplicado em si mesmo injeções do referido líquido e, como resultado do experimento, teria sido proporcionado ao médico uma acentuada renovação do vigor e clareza mental (Oudshoorn, 1994).

Séquard foi o primeiro cientista a compreender os testículos e ovários como glândulas de secreção interna, supondo ainda que tais secreções tivessem grande influência sobre o sistema nervoso. Alguns anos após esse experimento, outro cientista francês chamado Regis de Bordeaux utilizou injeções de extratos ovarianos para tratar uma paciente acometida de “insanidade menopausal” (MacCrea, 1983). Diversos relatos apontam que naquele período as secreções ovarianas ou testiculares eram utilizadas principalmente para tratar “perturbações” femininas envolvendo ciclos menstruais, casos de histeria, frigidez e debilidade (Rohden, 2007).

Em 1905 a teoria das “secreções internas” proposta por Brown Séquard foi reformulada por Ernest Henry Starling, professor de fisiologia do *University College* em Londres. Pela primeira vez foi utilizado o conceito de hormônios descritos como “mensageiros químicos” responsáveis por regular o desenvolvimento do organismo. Acreditava-se que tais mensageiros químicos tinham origem nas gônadas (glândulas sexuais). Os hormônios sexuais presentes na secreção dos testículos foram denominados “masculinos” e os hormônios presentes na secreção ovariana, denominados “femininos” (Oudshoorn, 1994). Na teoria de Starling, as substâncias químicas produzidas por determinados órgãos passaram a ser consideradas capazes de afetar outros órgãos através da

corrente sanguínea. Também nessa época, acreditava-se que os hormônios produzidos pelos ovários e pelos testículos seriam característicos de cada sexo, desempenhando papéis específicos na determinação sexual dos indivíduos (Rohden, 2007).

Nas primeiras décadas do século XX, o estudo dos hormônios sexuais se transformou em uma grande área de investigação, onde tais hormônios se tornaram responsáveis por governar a masculinidade e feminilidade dos indivíduos. Após a identificação química dos hormônios sexuais, não demorou muito para que fossem sintetizados e vendidos como drogas (Oudshoorn, 1994). Em 1922, Edgar Allen descreveu os ciclos hormonais de uma rata e, juntamente com o bioquímico Edward Doisy, desenvolveu um teste para mensurar níveis de estrogênio.

Durante os anos 30, produtos derivados da urina de mulheres grávidas foram desenvolvidos para tratar a menopausa – na Alemanha pelo bioquímico Adolph Butenandt financiado pela *Schering* e no Canadá e por James Bertram Collip financiado pela *Ayerst Laboratories* (Seaman, 2005). Entretanto, esses tratamentos eram caros e os recursos para a criação da droga eram limitados, visto que dependiam de fontes humanas (MacCrea, 1983). Esse problema foi solucionado em 1938, com o desenvolvimento de um hormônio sintético, o DES – *diethylstilbestrol* – pelo bioquímico inglês Edward Charles Dodds (Houck, 2005; Seaman, 2005). Essa substância proporcionou a produção em larga escala e tornou-se base para o desenvolvimento da pílula contraceptiva feminina (MacCrea, 1983).

Meses depois da publicação da fórmula do DES na revista *Nature* por Dodds (que ofereceu sua fórmula livremente para reprodução e sem qualquer custo), diversas indústrias farmacêuticas ao redor do mundo começaram a reproduzi-la para usos diversos. O próprio Dodds ficou descontente com a prescrição da droga indiscriminadamente para uma infinidade de indicações (inicialmente para a menopausa, depois para evitar abortos e outros “problemas” femininos...). Dodds começou, então, uma ação para conscientizar sobre os perigos da sua fórmula, alertando que não haviam sido feitos testes de toxicidade em longo prazo (Seaman, 2005).

Paralelamente, no final da década de 30, foram desenvolvidas fórmulas para extrair o estrogênio em fontes alternativas àquelas derivadas de urina humana. Pesquisadores da indústria farmacêutica *Ayerst Laboratories* no Canadá desenvolveram um estrogênio extraído da urina de éguas prenhas, liberado pela *Food and Drug Administration* (FDA) em

1942 e comercializado com o nome de Premarin (PREgnant MAres' uRINe). O Premarin pode ser considerado o último passo para o desenvolvimento das drogas para terapia de reposição hormonal (TRH), se tornando o tratamento mais popular para a menopausa nos EUA (Houck, 2005; Seaman, 2005; MacCrea, 1983; Bell, 1995).

Atualmente, os hormônios femininos estrogênio e progesterona estão presentes na composição das drogas mais usadas na história da medicina. Eles são utilizados justamente com a finalidade de controlar o corpo feminino, como por exemplo, na regulação da menstruação, em pílulas abortivas, em testes de gravidez e medicamentos específicos para a fase da menopausa (Oudshoorn, 1993). Em geral, as mulheres são o principal alvo dessas novas tecnologias baseadas em hormônios sexuais, as quais são largamente indicadas para a prevenção e tratamento de diversos “desvios” na saúde da mulher. Para muitas mulheres, a menopausa tornou-se associada a consultas médicas e consequentes prescrições de medicamentos, ao contrário do que havia sido vivenciado pelas suas antepassadas (Houck, 2005). As mulheres aderem com maior facilidade aos tratamentos médicos, principalmente devido à sua maior frequência aos consultórios durante vários períodos da vida, em especial durante a gravidez. Assim, os sintomas das mulheres classificados como característicos da fase da menopausa se tornaram facilmente alvo da indústria farmacêutica.

Neste contexto, é notável o fracasso na comercialização dos hormônios sexuais masculinos e na tentativa de criação da andropausa, uma entidade clínica similar à menopausa para os homens (Oudshoorn, 1994). Por outro lado, quando consideramos a comercialização do Viagra, droga voltada ao tratamento da impotência sexual masculina – questão culturalmente considerada como crucial para o exercício da masculinidade – o processo de aprovação e distribuição dessa droga foi o mais rápido em toda a história da medicina (Oudshoorn, 2003). Diante disso, a diferença no tratamento da sexualidade masculina e feminina pela ciência biomédica, revela como o discurso médico sobre os corpos femininos está conectado ao seu contexto sociocultural.

1.2 MENOPAUSA COMO DOENÇA

A partir da publicação do médico norte-americano Robert Wilson, no final da década de 60, a menopausa adquiriu um caráter de doença e, como tal, necessitava ser

tratada. Wilson (1966) descreve 26 “sintomas” físicos e emocionais que seriam decorrentes da baixa produção de estrogênio na menopausa - dentre eles, enfraquecimento dos ossos e músculos, corcunda da velhice, alterações gastrointestinais e cardíacas, atrofia dos seios e órgãos genitais, depressão, baixa capacidade e satisfação sexual, etc. Ao estabelecê-la como a doença, Wilson afirma que a “*menopausa é curável*” e revela a necessidade de um tratamento:

Sob tratamento adequado, quase todos os sintomas cessam na grande maioria dos casos. As modificações físicas típicas da meia-idade podem ser anuladas e as funções sexuais podem ser restauradas e acompanhadas por uma aparência integralmente feminina. A única função sexual que não pode ser restituída é a fertilidade (Wilson, 1966, p.20).

O “tratamento” proposto por Dr. Wilson consistia na Terapia de Reposição Hormonal, ou seja, em suprir a deficiência da produção de estrogênio pelo corpo feminino nesta fase da vida. Dessa forma, o médico prometia livrar a mulher de meia-idade da “doença grave, dolorosa” e da “castração”, como descrevia a menopausa, e mantê-la para sempre jovem, bonita e “eternamente feminina” (Wilson, 1966).

O livro de Wilson, *Feminine Forever*, foi financiado pela *Ayerst Laboratories*, a mesma indústria que havia desenvolvido e comercializava o Premarin. Além do financiamento do livro, a indústria farmacêutica utilizou-se de estratégias para colocá-lo na lista dos *best-sellers*, como, por exemplo, contratando pessoas para comprar o livro (Seaman, 2005). Anos antes do lançamento do livro, Wilson havia criado a *Wilson Foundation* em Nova York para divulgar o uso de estrogênio na menopausa com o auxílio da indústria farmacêutica, a qual forneceu US\$1.3 milhões de dólares para subsidiar sua fundação (MacCrea, 1983).

No entanto, os métodos utilizados por Wilson para a comprovação dos benefícios do estrógeno para a prevenção do câncer de mama e genital, além de outros problemas causados pela idade, eram considerados fracos pela comunidade científica da época (MacCrea, 1983). Após o lançamento do livro, Wilson recebeu uma notificação da FDA que o declarava como inaceitável como pesquisador de medicamentos para tratamento da menopausa, visto que ele disseminava material promocional da indústria farmacêutica demonstrando a efetividade do uso de estrógeno em condições que nunca haviam sido testadas (Seaman, 2005).

Mesmo diante dessas controvérsias, os argumentos de Wilson foram amplamente aceitos pela comunidade médica (Houck, 2005) e por muitas mulheres que, impulsionadas pelas mudanças sociais da época, assimilaram o tratamento ao ideal de modernidade. Seus trabalhos foram cruciais para a aceitação da menopausa como uma “doença de deficiência” e a prescrição em larga escala da terapia de reposição hormonal (MacCrea, 1983). Esse tipo de associação entre companhias farmacêuticas, pesquisadores biomédicos, mercado de distribuição das drogas (entre outros atores), tem se tornado cada vez mais comum para a criação ou ampliação das doenças (MacCrea, 1983).

Em uma pesquisa sobre o diagnóstico de asma em Barbados, Whitmarsh (2008) revelou como a influência da indústria farmacêutica nesse país contribuiu para a criação de uma expansiva categoria de sintomas para a asma, fazendo com que pessoas que nunca tivessem tido um ataque asmático fossem diagnosticado com a doença (18 a 20% da população haviam sido diagnosticada com asma). Tal questão vem ao encontro da crescente expansão dos efeitos da menopausa, onde a sintomatologia se mostra cada vez mais abrangente, elevando o número de mulheres acometidas com essa suposta “doença”.

Atualmente, muitos médicos dizem ter abandonado os argumentos levantados por Wilson e adotado uma visão integral do corpo da mulher, a qual considera outros aspectos que não sejam essencialmente biológicos. Além disso, muitos assumem que a menopausa está longe de ser um período patológico. No entanto, basta acompanhar rapidamente o discurso e a prática médica – como será apresentado no Capítulo 4 - para perceber o quanto essas teorias continuam profundamente enraizadas no discurso de muitos médicos.

Ao reforçarem a visão da menopausa como doença, grande parte dos médicos prefere recorrer à prescrição indiscriminada da terapia de reposição hormonal (BRASIL, 2008). Essa postura fica ainda mais evidente quando se trata da sexualidade feminina após a menopausa: a perda de libido e diminuição do prazer sexual, por exemplo, são frequentemente tratados pelos médicos como sintomas fisiológicos característicos da fase da menopausa e destacados de qualquer contexto. Diante disso, optam pelo tratamento medicamentoso sem que sejam considerados outros aspectos da vida social/cultural da mulher que possam estar relacionados com uma possível diminuição de interesse ou prazer sexual.

A visão essencialmente biológica do comportamento sexual feminino tem fortes raízes culturais e também se faz presente nas ideias defendidas por Robert Wilson. Para o médico, a mulher na menopausa era vista como indiferente ao sexo:

Toda vez que falo em menopausa como sinônimo de castração, alguns melindrosos, de ambos sexos – muitos deles médicos – protestam, dizendo que estou exagerando. Acredito, contudo, que a castração é a palavra certa para uma síndrome que priva uma pessoa de suas funções sexuais. Não importa que a castração seja acarretada pela remoção dos órgãos genitais com uma faca [...] ou que os ovários tenham definhado e morrido em consequência da menopausa. Em ambos os casos, o efeito é o mesmo: **a mulher torna-se o equivalente de um eunuco** (Wilson, 1966, p. 41, grifo nosso).

Entretanto, a própria ideia da libido (desejo sexual) como sendo ligada exclusivamente à ação de um determinado hormônio sexual é controversa dentro da ciência médica. De um lado, alguns médicos defendem que a alteração da resposta e estímulo sexual na mulher estaria mais ligada à ação de hormônios estrogênicos (os quais se apresentam em menor quantidade na fase da menopausa) do que dos hormônios androgênicos:

“O envelhecimento e o declínio da secreção hormonal ovariana durante a transição da menopausa pode alterar a libido e a resposta sexual, este declínio diz mais respeito às concentrações de estradiol do que os níveis dos androgênios.” (Cavalcanti, 2006, p.74)

De outro lado, há uma vertente que assume que os hormônios androgênicos – presentes durante toda a vida da mulher - contribuem para o estímulo sexual feminino. Tal fato é apresentado como uma vantagem para as mulheres na menopausa, já que os hormônios androgênicos teriam uma menor contraposição dos estrogênios nessa fase (Brasil, 2008) e, portanto, teriam seus efeitos “potencializados”. De acordo com o Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Mulher Climatérica (Sobrac, 2003), uma deficiência desses hormônios androgênicos poderia causar a diminuição da libido da mulher, além de “fadiga excessiva” (SOBRAC, 2003):

“Todas as alterações que ocorrem em função da diminuição dos esteróides sexuais podem ter repercussões sobre a sexualidade. [...] Com relação aos androgênios, perduram ainda controvérsias. Porém, sabemos que muitas mulheres climatéricas, já na pré-menopausa, apresentam níveis séricos de testosterona diminuídos, sendo esta mais significativa na menopausa cirúrgica. Parece que na mulher o desejo sexual, o autoerotismo (masturbação) e as fantasias sexuais são androgênio-dependentes. [...]”(SOBRAC, 2003, p. 250)

No trecho acima, retirado do texto publicado pela SOBRAC, é possível identificar alguns aspectos dessa controvérsia médica. Se por um lado, a queda dos hormônios estrogênicos poderia afetar o desempenho da sexualidade da mulher - devendo ser tratada com Terapia de Reposição Hormonal para “suprir” essa falta (ou essa “falha”) ocorrida na menopausa - por outro lado, assumir essa ideia significa supor que os hormônios “femininos” poderiam estar relacionados ao prazer sexual da mulher. Neste sentido desdobram-se outras questões relevantes: os hormônios femininos (estrogênicos) poderiam ser responsáveis pelo prazer sexual na mulher? Isso seria aceitável? Tal reflexão nos leva a outro aspecto do texto selecionado: a ideia de que o prazer sexual da mulher esteja relacionado à sua quantidade de hormônios tidos como masculinos (androgênicos), como a testosterona, e não com aqueles relacionados ao feminino. Essa ideia poderia ser mais aceitável do ponto de vista sociocultural, todavia, esses hormônios relacionados ao masculino estão presentes em toda a fase da vida da mulher, não terminando com a menopausa, o que faria com que a mulher pudesse ter prazer em qualquer fase de sua vida. Assim, o que seria mais aceitável? Qualquer que seja a resposta, ela seria desfavorável à mulher, na medida em que inevitavelmente recairia na medicalização de seu corpo.

As questões levantadas demonstram que é preciso uma reflexão mais profunda sobre a menopausa, pois se trata de uma fase que envolve a experiência particular de cada mulher, vivenciada/interpretada de forma distinta por diferentes mulheres. Conforme sugerem Costa e Gualda (2008, p. 82), *“não cabe apenas à biologia elucidar a vivência feminina nessa etapa da vida, mas às ciências humanas que reconhecem a menopausa como sendo mediada pelo contexto sociocultural e também pela história pessoal e familiar das mulheres”*.

1.3 DEBATE SOBRE A SEGURANÇA DA TRH: DIVERSOS INTERESSES A CONSIDERAR

A larga utilização da Terapia de Reposição Hormonal como um “tratamento” para a menopausa suscita ainda outro debate controverso: a segurança do uso dessas drogas pelas mulheres. Embora seja assumido previamente que as drogas são abundantemente testadas antes do começo de sua adoção - passando por uma sequência de estágios, como a pesquisa básica no laboratório e depois para estágios de pesquisa aplicada e desenvolvimento, testes

clínicos e difusão - estudos recentes sobre desenvolvimento de tecnologias médicas demonstram que essas drogas são usualmente adotadas antes que todos os testes necessários sejam feitos. A difusão de novas drogas ocorreria, então, ao longo do período de pesquisas e testes, podendo trazer riscos à saúde das mulheres (Oudshoorn, 1993).

Oudshoorn (1993) ressalta que as experimentações clínicas (*Clinical Trials*) são usadas como instrumentos para mediar o relacionamento entre indústria farmacêutica, laboratório e a clínica, tendo por resultado a formação de uma rede dos atores responsável por construir o conhecimento médico, as drogas, e os mercados para estas drogas. Mesmo sem um consenso sobre o uso da TRH, essas drogas são amplamente produzidas pelas companhias farmacêuticas e entregues para mulheres de diversos países através de uma rede de distribuição global.

Durante as décadas de 1980 e 1990 foram realizados inúmeros estudos observacionais que indicaram uma redução na incidência de doença cardiovascular - da ordem de 40% a 50% - entre as usuárias de estrogênios para TRH. O *Framingham Heart Study*, por exemplo, manteve a relação entre a deficiência de estrogênio e doença coronariana, e o *Lipid Research Clinics Trial* demonstrou uma redução significativa nos eventos cardíacos em usuárias de estrogênios. Entretanto, há uma crítica relacionada aos estudos observacionais, porque não há controle de seleção de pacientes e é possível que o grupo de usuárias de TRH tenha sido composto pelas mulheres mais interessadas em participar de ações preventivas de saúde e, por isso mesmo, apresente resultados mais saudáveis (Clapauch *et al.*, 2004).

No entanto, o estudo de maior relevância sobre o uso de terapia de reposição hormonal foi o *Women's Health Initiative (WHI)*, envolvendo 27.000 mulheres entre 50 a 80 anos de idade, sendo que 66,6% das mulheres estavam acima dos 60 anos de idade no início do estudo (Clapauch *et al.*, 2004). O WHI - promovido pela *National Institutes of Health* - realizou diversos testes inter-relacionados cujos objetivos eram prevenir o câncer, doenças coronarianas e osteoporose ocorridos na pós-menopausa e identificar os fatores de risco dessas e de outras doenças associadas ao envelhecimento feminino. Esses testes foram realizados em 40 centros clínicos (todos nos EUA) e acompanharam mulheres americanas durante o período de dez a doze anos. Quando o estudo da WHI começou, seis milhões de

mulheres já estavam fazendo uso da TRH, mas não conheciam seus riscos em longo prazo (Wassertheil-Smoller, 2005).

A pesquisa principal da WHI sobre os efeitos em longo prazo da terapia de reposição hormonal consistia em dois *trials*. O primeiro envolvia estrogênio sozinho para mulheres histerectomizadas (mulheres que retiraram o útero e/ou ovários) - conhecido como *E-alone trial*; e o segundo envolvia estrogênio e progesterona combinados para mulheres que não passaram pela histerectomia (*E+P trial*). Os medicamentos utilizados para os *trials* foram doados pela *Wyeth-Ayerst*, laboratório que produzia os medicamentos mais utilizados para TRH quando o WHI começou: o Prempro (para o *E+P trial*¹) e o Premarin (para o *E-alone trial*²). Os *Clinical Trials* randomizados são experimentos prospectivos para comparar uma ou mais intervenções contra um grupo de controle para determinar a efetividade da intervenção. Os participantes são escolhidos aleatoriamente para fazerem uso de determinado princípio ativo ou placebo. Geralmente, esses estudos utilizam a metodologia “duplo-cego” (como no caso do WHI), o que significa que nem o pesquisador e nem o participante da pesquisa sabem quem está tomando o medicamento ativo ou o placebo (Wassertheil-Smoller, 2005; Sobrac, 2003).

Entre as décadas de 80 e 90, através de estudos observacionais passou-se a acreditar que mulheres com útero que utilizavam progesterona e estrogênio combinado tinham proteção contra câncer do endométrio, além de terem proteção contra perda óssea e proteção cardiovascular. Esse constructo provocou um aumento da prescrição da TRH pelos médicos. A promessa era de que a progesterona, acrescentada ao estrogênio, seria o principal motivo do efeito protetor (Nissim & Araújo, 2001). A empresa farmacêutica *Wyeth-Ayerst* passou a incluir na bula do Prempro a informação de que o medicamento contribuía para a prevenção de doenças do coração (Wassertheil-Smoller, 2005). Além disso, novas vias de ingestão dos hormônios passaram a ser utilizadas para dar a impressão de um produto menos tóxico, como por exemplo, cremes e adesivos usados na pele (Nissim & Araújo, 2001).

¹ Envolveu 8.506 mulheres tomavam diariamente 0.625 mg de estrogênios conjugados equinos + 2.5 mg acetato de medroxiprogesterona e 8.102 tomavam placebo.

² Envolveu um total de 5.310 mulheres histerectomizadas que recebeu diariamente 0.625 mg de estrogênios conjugados equinos (Clapauch *et al.*, 2005)

Em vista disso, apenas um *clinical trial* como o WHI poderia comprovar o efeito protetor desses hormônios. Em 2002, o estudo WHI foi interrompido após estimativas terem apontado que o uso dos hormônios (estrogênio + progesterona) causa mais riscos à saúde da mulher do que benefícios, pois aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e de câncer de mama (Rozenfeld, 2007). A recomendação para encerramento da pesquisa partiu do *Data and Safety Monitoring Board* (DSMB), grupo de pesquisadores de diferentes disciplinas que não estavam ligados ao estudo e não possuíam conflitos de interesses. Esses pesquisadores foram responsáveis por analisar os resultados e garantir a segurança dos voluntários da pesquisa, assim como a qualidade do *trial*. Após examinar os dados, o DSMB determinou que o *trial* deveria parar porque demonstrou claramente que havia tido um aumento dos casos de câncer de mama entre as mulheres que estavam usando E+P em comparação ao grupo do placebo e, portanto, havia se tornado perigoso continuar (Wassertheil-Smoller, 2005). Além disso, entre o grupo de mulheres que usavam E+P houve um aumento significativo do risco de câncer de ovário, acidente vascular cerebral (aumento de 44%), demência (mulheres que tomavam E+P dobravam o risco de Alzheimer e demência vascular), um aumento de 24% de doenças coronarianas (ataques do coração, incluindo fatais e não fatais) e aumento do risco de trombose e embolia pulmonar (Clapauch *et al.*, 2002; 2005; Fernandes *et al.*, 2008).

Muito já havia se debatido sobre o aumento da incidência de doenças cardiovasculares entre mulheres na menopausa e a associação do risco cardiovascular à ação dos hormônios sexuais femininos parecia ser um consenso. Entretanto, em um recente estudo desenvolvido na *Johns Hopkins University* (EUA) em 2011 demonstrou que a questão está longe de ser encerrada. A pesquisa utilizou dados censitários entre os anos de 1950 a 2000 e considerou o sexo, idade e a causa da morte de pessoas nos Estados Unidos, Inglaterra e País de Gales.

Em geral, a mortalidade por doenças do coração aumentam com a idade, mas ao contrário do que se pensava, nos países estudados não houve aceleração proporcional da mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres após a menopausa. O aumento da mortalidade por doenças do coração, considerando a idade, é maior em homens no início da vida adulta do que em mulheres, já que foi observada uma desaceleração da mortalidade dos homens por essas doenças depois dos 45 anos (Vaidya *et al.* 2011). Assim, a diferença

nos índices de mortalidade por doenças coronarianas entre homens e mulheres, que diminuiu com o aumento da idade, era muitas vezes interpretada como um efeito protetor do estrogênio durante a vida reprodutiva da mulher (antes da menopausa). Contudo, esse fato deve-se muito mais à desaceleração dos índices de morte em homens por doenças coronarianas após os 45 anos do que um aumento nas taxas de morte em mulheres em torno da idade da menopausa (Lawlor *et al.*, 2002). Além disso, o estudo demonstrou que houve uma desaceleração abrupta da mortalidade por câncer de mama entre mulheres na fase da menopausa, entre 45-55 anos (Vaidya *et al.*, 2011).

Esse estudo vai ao encontro dos resultados expostos pelo WHI, onde as mulheres que usaram TRH apresentaram um aumento considerável de câncer de mama comparado àquelas que não usaram. Sobre uma maior incidência de doenças coronarianas na menopausa, o estudo WHI mostrou que, ao contrário do que era suposto inicialmente, houve um aumento da ocorrência dessas doenças entre mulheres que utilizavam terapia de reposição hormonal em contraposição àquelas que não usavam. Nesse mesmo sentido, o estudo desenvolvido por Vaidya *et al.* (2011) revela não ter havido aceleração de mortes por doenças do coração em mulheres na pós-menopausa e, assim, como propôs o estudo WHI, o estrogênio não apresentaria qualquer efeito protetor ao coração.

Após a publicação do estudo WHI surgiram diversas críticas com relação aos critérios de seleção para a formação da amostra estudada, à média de faixa etária das pacientes incluídas no estudo, à combinação de estrogênio e progestogênio utilizada, à extrapolação dos resultados para mulheres em diferentes idades e fases da menopausa - especialmente no período pós-menopáusicos - e às distintas formulações de TRH que, compreendem diferentes hormônios, doses e modos de administração (SOBRAC, 2003). Neste contexto, diversos grupos sociais com interesses variados se posicionaram no centro desse debate, como indústrias farmacêuticas, instituições governamentais, pesquisadores, a comunidade médica e as próprias mulheres.

Dentre os principais grupos sociais envolvidos, o movimento feminista norte-americano da *National Women's Health Network* (Rede Nacional de Saúde das Mulheres) deve ser destacado. Esse grupo alertou sobre os riscos associados ao uso de TRH muito antes da divulgação dos primeiros resultados do WHI. Na década de 1990, quando os médicos indicavam um tratamento baseado em hormônios de, no mínimo, dez anos para as

mulheres na menopausa, as feministas exigiram que fosse realizado um ensaio clínico randomizado para avaliar riscos e benefícios da TRH sobre o coração. Elas já alegavam que, até aquele momento, nunca haviam sido feitos testes rigorosos onde fosse comprovada a proteção estrogênica sobre doenças cardiovasculares e que, ao contrário, havia fortes evidências que a TRH pudesse aumentar a incidência de problemas no coração (Rozenfeld, 2007).

No Brasil, a divulgação dos resultados do estudo WHI causou grande impacto e questionamentos sobre a terapia hormonal da menopausa entre a comunidade médica. O Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) reuniu, em 2004, um grupo de especialistas para formular um documento informativo, crítico e de posicionamento que pudesse servir de orientação aos que praticam ou opinam sobre tratamento da menopausa. Segundo esse documento, a terapia hormonal é indicada para alívio dos sintomas motores, conservação do trofismo vaginal, preservação de massa óssea e colágeno, além da melhora do bem-estar e sexualidade. Alerta também que os estudos sobre prevenção cardiovascular primária não são conclusivos e, portanto, insuficientes para indicar ou não o uso da TRH com este objetivo (Clapauch *et al.*, 2005).

Na Europa foram criadas organizações intermediárias de pesquisa sobre o assunto, posicionadas entre a indústria e o setor público, do mesmo modo que instituições como a UNESCO e a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançaram programas próprios de pesquisa voltados à saúde pública para mediar o debate (Oudshoorn, 1997). No Brasil não foi diferente. Diversas ações governamentais foram lançadas – como Plano de Ação (2004-2007) do PAISM e o Manual da Menopausa - com o intuito de incluir a questão da menopausa no âmbito da saúde da mulher, além de termos de consenso por parte de organizações de profissionais médicas, para orientar profissionais diante dessas controvérsias.

Vale observar que muitos dos médicos relatores ou vinculados à elaboração de termos de consenso de organizações médicas renomadas apresentam alguma relação com a indústria farmacêutica – enquanto palestrantes, consultores, médicos que receberam recentemente algum incentivo financeiro advindo da indústria farmacêutica e, até mesmo, médicos/pesquisadores que participavam como acionistas dessas empresas (Fernandes *et*

al., 2008). Essas relações comprometem a confiabilidade dos resultados gerados. Entretanto, não há uma preocupação por parte de muitas organizações médicas ou mesmo pelo Ministério da Saúde em apresentar explicitamente a relação desses *experts* com a indústria farmacêutica.

Dentre os recentes termos de consenso médico envolvendo questões sobre menopausa analisados nessa pesquisa, apenas a “I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH)³”, organizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e pela Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC) em 2008 apresentaram os conflitos de interesses dos coordenadores envolvidos na elaboração do documento, considerando se nos últimos 24 meses ele havia tido algum envolvimento com a indústria farmacêutica. Dentre os 39 coordenadores envolvidos na elaboração do termo, 20 disseram não ter mantido relações com a indústria nos últimos 24 meses e 19 disseram ter tido algum tipo de relação – o tópico assinalado positivamente com maior frequência entre os membros foi o recebimento de financiamento pessoal ou institucional da indústria, envolvendo 11 dos membros⁴.

A regulamentação brasileira sobre o assunto é sustentada pelo Código de Ética Médica (2010), Resoluções do Conselho Federal de Medicina (1939/2010; 1701/2003 e 1595/2000) e Resolução da Anvisa nº 96 (RDC de 2008). Todas essas resoluções visam orientar sobre questões éticas envolvendo médicos e a indústria farmacêutica: proíbe que o médico obtenha vantagens na prescrição de medicamentos ou procedimentos; a participação dos médicos em qualquer promoção que ofereça cupons de descontos aos pacientes para a aquisição de medicamentos; a participação de médicos em anúncios de empresas ou produtos médicos; esclarece que o patrocínio aos médicos para participação

³ Fernandes *et al.*, 2008.

⁴ Tópicos abordados na declaração de conflito de interesses: Participou de estudos clínicos e/ou experimentais subvencionados pela indústria farmacêutica ou de equipamentos relacionados à diretriz em questão (3 membros responderam afirmativamente); Foi palestrante em eventos ou atividades patrocinadas pela indústria relacionados à diretriz em questão (9 membros); Foi (é) membro do conselho consultivo ou diretivo da indústria farmacêutica ou de equipamentos (4 membros); Participou de comitês normativos de estudos científicos patrocinados pela indústria (1 membro); Recebeu auxílio pessoal ou institucional da indústria (11 membros); Elaborou textos científicos em periódicos patrocinados pela indústria (10 membros); Tem ações da indústria (2 membros).

em eventos científicos não deve estar condicionado à prescrição de medicamentos⁵; os médicos palestrantes em reuniões científicas que mantenham relações com a indústria farmacêutica devem informar expressamente seu conflito de interesse aos organizadores dos congressos, além de indicar na programação oficial do evento e início da palestra. No caso de autores de publicações científicas, devem declarar expressamente suas relações com a indústria farmacêutica ou de produtos médicos (Cremesp, 2011). Entretanto, na prática, a declaração dos autores nas publicações científicas parece ser exceção à regra e não costuma aparecer nem nos termos de consenso das próprias associações médicas ou governamentais.

Diante desse contexto, o suporte para tomada de decisão dos próprios médicos fica extremamente comprometido. Oudshoorn (1994) afirma que os cientistas transformaram os hormônios sexuais em artefatos moldados e influenciados por grupos sociais com interesses distintos. Muitos cientistas criam vínculos com a indústria farmacêutica para conquistarem as condições materiais necessárias para suas pesquisas (Oudshoorn, 1994). A partir dessa história do desenvolvimento dos hormônios é possível compreender como a “ciência dos hormônios” é mantida para atender aos interesses de diversos atores dentro dessa complexa rede social, reproduzindo e legitimando estereótipos culturais sobre o corpo e comportamento das mulheres.

1.4 USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Os sintomas associados à menopausa são reportados de maneira diferente por mulheres de diferentes sociedades. Deve-se, portanto, considerar outros fatores além da variação biológica de cada grupo étnico ou da dieta adotada por cada povo. O próprio uso da linguagem, além da marcação cultural do fim da menstruação, seus significados simbólicos, estereótipos culturais, expectativas sobre essa fase e autoestima, mudanças de seu papel social, modificam a experiência subjetiva da transição da menopausa (Lock, 2005).

⁵ Do outro lado, a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interferma) lançou em 2008 um “Código de Condutas” que, dentre outras recomendações estipula a quantidade e o valor máximo de brindes que poderão ser distribuídos aos médicos, vetando ainda patrocínio de eventos médicos que ocorram em *resorts* e viagens aos médicos na categoria “primeira classe” para participação em eventos científicos (Cremesp, 2011).

Neste sentido, o fato das mulheres orientais não sentirem a menopausa da mesma forma que as ocidentais, ou ainda, de encararem tais alterações corporais como decorrentes do processo natural de envelhecimento, indicam as raízes culturais em torno da criação da menopausa. Contudo, mesmo entre as mulheres e médicos ocidentais, as percepções da menopausa não são essencialmente homogêneas. O acesso facilitado à informação científica e aos novos produtos farmacêuticos para TRH parece ter forte influência no processo de medicalização da menopausa. Comparando percepções da menopausa dentro de um mesmo país, onde a população compartilhe das mesmas metáforas culturais, o significado da menopausa pode variar muito de acordo com a classe social, cor da pele e níveis de instrução das mulheres na menopausa.

Nos Estados Unidos, por exemplo, avaliando-se as diferenças raciais relacionadas ao uso de TRH em uma amostra representativa de mulheres, controladas pela classe socioeconômica, percebeu-se uma alta incidência de uso de TRH entre mulheres brancas de maior escolaridade. As mulheres brancas apresentaram quase o dobro de probabilidade de uso de TRH do que as negras. Quando estratificadas por educação, as mulheres brancas permaneceram as maiores usuárias de TRH em todos os níveis educacionais (Brett & Madans, 1997 *apud* PINTO NETO *et al.*, 2002).

No Brasil esse quadro se repete. Entre as mulheres nessa fase da vida, as mais adeptas ao uso da Terapia de Reposição Hormonal na menopausa são as mulheres pertencentes às classes sociais mais altas, brancas e com maior grau de escolaridade. De acordo com um estudo realizado por Pinto Neto *et al.* em 2002 sobre o perfil das usuárias de TRH em Campinas, no estado de São Paulo, o maior nível de escolaridade (ensino médio completo e ensino universitário) aumentou quatro vezes a chance de a mulher ser uma usuária de TRH. As mulheres pertencentes às classes sociais mais elevadas apresentaram maior adesão a esse tratamento, quando comparadas àquelas pertencentes a outras classes sociais. A pesquisa também indicou uma probabilidade maior de uso de TRH entre mulheres que se declararam brancas (Pinto Neto *et al.*, 2002)

O fator de classe pode exercer forte influência na determinação do uso da TRH por mulheres na menopausa, devido ao acesso diferenciado de determinados grupos aos serviços de saúde e à informação médica. Os médicos clínicos são parte responsável pelo esclarecimento do tratamento hormonal, mas a decisão final sobre a adoção do tratamento

fica nas mãos das mulheres e será tomada com base nas informações passadas por esses médicos, na internet, nas campanhas vinculadas na mídia, em conversa com amigas e até na bula dos remédios a serem utilizados, pesando-se assim os riscos e benefícios.

Em um estudo realizado por Campana (2001) sobre o grau de conhecimento da menopausa e seus tratamentos entre mulheres de Campinas/SP, relacionando o estado menopausal das entrevistadas e seu estrato social, concluiu-se que a falta de informações sobre o assunto esteve inversamente relacionada ao nível socioeconômico dessas mulheres. O estudo demonstrou que aproximadamente um terço das entrevistadas pertencentes às camadas sociais mais baixas (D e E) nunca recebeu informações sobre menopausa. Revelou ainda que as entrevistadas das classes D e E obtiveram algum tipo de informação sobre o assunto, apresentaram seus amigos e parentes como importantes fontes de informação. Outro fator a ser destacado está relacionado ao tipo de informação fornecida pelo médico, que variava de acordo com o nível socioeconômico da paciente: entre as classes A e B, as pacientes relataram que os médicos enfatizavam durante a consulta aspectos físicos da menopausa, como a osteoporose (72,5%), seguido de sintomas vasomotores (68,1%), ao contrário do que havia sido relatado por pacientes de classes sociais mais baixas (D e E), onde as informações priorizadas pelos médicos estavam relacionadas aos sintomas emocionais (39,9%) (Campana, 2001). De fato, a questão emocional entre as mulheres de classe social baixa é frequentemente relatada dentro do consultório médico, conforme será acompanhado no Capítulo 5. Entretanto, tais fatores emocionais como angústia, depressão ou perda da libido são encarados pelos médicos como “sintomas” atribuídos exclusivamente ao domínio biológico (baixa de estrogênio na fase da menopausa).

Em 1980, um relatório do grupo técnico de pesquisa denominado “*Menopausia en los años noventa*”, publicado pela Organização Mundial da Saúde, recomendava que fossem investigados os efeitos e características da menopausa em mulheres de países em desenvolvimento. Além disso, recomendava a utilização de termos definidos para a menopausa, considerando a fase em que a mulher se encontrava, para que fosse possível comparar resultados publicados em outros lugares do mundo, buscando formar um consenso técnico (Vigeta & Brêtas, 2006).

Diferentes efeitos e intensidade dos sintomas associados à menopausa reforçam o quanto tal experiência é particular: os sintomas vasomotores parecem atingir órgãos

diferentes em cada mulher, apresentam intensidade variada, combinações diversas e duração desconhecida. Em alguns casos, esses sintomas parecem ser aliviados pelo uso da terapia de reposição hormonal, que é o “tratamento” mais utilizado para amenizar os sintomas considerados como próprios da menopausa. Porém, outros sintomas não apresentam qualquer resposta, visto que muitos desses sintomas parecem estar associados às angústias próprias dessa etapa de vida (Rozenfeld, 2007).

A relação entre alterações psíquicas e a fase da menopausa ainda é muito questionada, revelando outras facetas dessa controvérsia. Por um lado, estudos consideram que muitos dos sintomas psíquicos atribuídos a esta fase, como a depressão, ansiedade ou alterações da libido, não apresentem qualquer mudança na mulher emocionalmente “equilibrada”. Em contrapartida, outros estudiosos admitem que tais alterações hormonais e somáticas próprias da menopausa possam ser responsáveis por distúrbios emocionais mesmo em mulheres consideradas emocionalmente estáveis (Vigeta & Brêtas, 2006).

Diante dessa gama de “problemas” femininos explicados a partir da ideia de variação nos níveis de estrogênio, a TRH tornou-se para a menopausa o mesmo que a insulina é para o diabetes, já que a menopausa passou a ser encarada como uma doença causada por deficiência (Lock, 2005). Entretanto, algumas mulheres recorrem a terapias alternativas para alívio dos sintomas atribuídos à menopausa, como a isoflavona (fitoestrógenos encontrados em alguns alimentos como a soja), muitas vezes por medo ou insegurança quanto aos efeitos futuros da TRH.

1.5 CRÍTICAS FEMINISTAS À MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA

Peter Conrad (1992) define medicalização como um processo no qual os problemas humanos não médicos passam a ser definidos e tratados sob a jurisdição médica, em termos de doenças ou desordens. A rápida expansão do fenômeno da medicalização se deu após o fim da Segunda Guerra Mundial e marca uma das mais poderosas transformações sociais ocorridas no século XX. Outras mudanças significativas na área da medicina ocorreram por volta de 1985 - tanto na organização quanto em suas práticas - implementadas através da associação médica com inovações tecnocientíficas. Essas mudanças possibilitaram uma segunda grande transformação na área médica: a biomedicalização (Clarke *et al.*, 2003). A biomedicalização representa os processos cada vez mais complexos, multisituados e

multidirecionados da medicalização, os quais foram reconstruídos através da integração da biomedicina com a tecnociência (Clarke, 2010). O prefixo “bio” em biomedicalização refere-se às transformações tanto humanas quanto não humanas, que tornou possível através de inovações tecnocientíficas na área médica (genoma, biologia molecular, transplantes, equipamentos, medicamentos...), a abertura de novas possibilidades para a medicalização (Clarke *et al.*, 2003).

Assim como a menopausa, inúmeros processos antes considerados como naturais da vida humana se tornaram biomedicalizados, incluindo a sexualidade, o parto, a infância, a infertilidade, o envelhecimento, etc. No entanto, é marcante o fato de que os processos naturais do corpo da mulher se tornaram muito mais alvos da intervenção médica do que aqueles próprios do corpo masculino, demonstrando que o fator gênero é crucial para entendermos o processo de medicalização (Conrad, 1992).

O discurso médico de que os hormônios determinam o comportamento das mulheres está sendo cada vez mais difundido em nossa sociedade e representa uma das questões chave que sustenta a medicalização de diversos “problemas femininos”. Rohden (2007) classifica esse fenômeno como um “império dos hormônios”, onde o “corpo hormonal” parece sobrepôr qualquer outra concepção biomédica corrente. Dentro dessa lógica, a mulher seria governada pelos seus ciclos reprodutivos e quase todo o seu comportamento poderia ser explicado em função disso, sendo ainda tais ciclos percebidos como desordem (Idem). Neste sentido, alguns fenômenos, como a Tensão Pré-Menstrual (TPM) ou transformações percebidas na fase da menopausa são comumente usados para explicar as mais variadas formas de comportamento, além de amparar uma grande indústria de tratamento para esses “problemas femininos” (Rohden, 2007).

Atualmente, diversas críticas oriundas das feministas (tanto acadêmicas, quanto daquelas organizadas em movimentos populares) questionam o modelo defendido por Robert Wilson (1966) e mantido até hoje, que retrata a menopausa como doença carente de tratamento hormonal. Contudo, Houck (2006) relata que na época de lançamento do livro *Feminine Forever*, tais grupos feministas norte-americanos não rejeitaram imediatamente a teoria proposta por Wilson e o uso de TRH. O movimento de mulheres nos EUA entre os anos de 1960 e 1970 se dividia em dois principais grupos: o movimento de direito das mulheres e o movimento de liberação das mulheres. Diante do surgimento de novas

questões na esfera médica sobre o corpo das mulheres, no final da década de 60 esses dois grupos se juntaram para criar o *Women's Health Movement*. Inicialmente não havia uma crítica ao modelo de Wilson e grande parte das mulheres associava a ideia de reposição hormonal à libertação das mulheres, uma possibilidade de controle sobre seus próprios corpos, da mesma forma que era encarado o anticoncepcional na época (Houck, 2006).

Em 1975, uma série de artigos foi publicada no *New England Journal of Medicine* vinculando o uso de TRH ao risco de câncer de endométrio (Seaman, 2005). Esse fato fez com que muitas ativistas do movimento se articulassem na discussão da menopausa – tanto por meio de conferências, quanto através de publicações acadêmicas ou não. A partir disso, as críticas se intensificaram não somente quanto ao risco do uso de TRH, mas também à própria concepção médica da menopausa como uma doença ao invés de ser tratada como um processo natural da vida das mulheres (Houck, 2006). Assim, as feministas acadêmicas vêm se preocupando cada vez mais com o modo em que a medicina produz seus diagnósticos e tratamentos, sendo muito deles nocivos à saúde das mulheres.

Em uma pesquisa desenvolvida por Bell (1995; 2009), foram analisados os discursos médicos em relação à segurança do primeiro estrogênio sintético, o DES (*Diethylstilbestrol*). Utilizando os estudos realizados por Emily Martin (1992), a pesquisadora demonstrou como essas formas de organização e conhecimento na sociedade são refletidas nos modelos médicos de anatomia, fisiologia e patologia, trazendo implicações para a forma como medicina percebe mudanças na organização básica do corpo (Bell, 1995; 2009). No início do século XX, conforme demonstraram os estudos de Martin (1992), as ciências médicas reproduziram conceitos do modelo de produção Fordista (mecanicista) ao tentar explicar o funcionamento do corpo da mulher. Nessa perspectiva, o corpo era entendido como um sistema de processamento de informações com uma estrutura hierárquica no qual o cérebro estava plenamente no controle, no topo da pirâmide. Quando o controlador (cérebro) do sistema falha, a capacidade do organismo em produzir fica comprometida. Deste modo, se o corpo feminino era visto como uma pirâmide hierárquica para fins de produção contínua, então a menopausa era necessariamente um estado patológico, visto que não teria mais a capacidade de gerar filhos, ou seja, uma “falha” na produção (Bell, 1995). Um corpo na menopausa era considerado improdutivo porque o seu cérebro perdia o controle sobre seus ovários, folículos, e outros órgãos. Seria também

improdutivo em dois pontos: ele já não reproduz e seus ovários deixam produzir estrogênio suficiente. Estaria aí a necessidade de uma terapia para “repor” a falta de hormônios causada por um estado “patológico” (Martin, 2006). Não surpreendentemente, artigos científicos e livros médicos sobre a menopausa precoce durante o século XX estão repletos de imagens de funções falhas, atrofia, perturbação e declínio para ilustrar tal período (Bell, 1995).

Com base nessa tese, Bell (1995) reconstrói a trajetória do DES e elucida pontos interessantes para a análise da medicalização da menopausa, conforme relatado a seguir. Em 1940, um pedido à *Food and Drug Administration (FDA)* para a comercialização do DES foi negado, tendo por base os resultados de pesquisas realizadas em animais que apontavam o aparecimento de efeitos nocivos, como câncer, interssexualidade e casos de aborto (Bell, 1995; Seaman, 2005). No ano seguinte, as empresas farmacêuticas que queriam comercializar o DES se encontraram em Washington, o que foi o primeiro encontro a juntar médicos e companhias farmacêuticas, formando a base para a Big Pharma (*Pharmaceutical Research and Manufacturer of America*). Nesse encontro, os médicos aliados e financiados pelas companhias farmacêuticas elaboraram um documento contendo 257 artigos a ser apresentado à FDA, apontando os resultados positivos no uso do DES. No mesmo ano, a comercialização do DES foi liberada para uso no tratamento da menopausa e, em 1947, para uso de gestantes com o objetivo de prevenir abortos espontâneos. Algum tempo depois, diversos problemas foram relatados nos bebês (especialmente do sexo feminino) das gestantes que utilizaram o DES, como cânceres raros e anormalidades na formação dos órgãos reprodutivos dessas crianças (Seaman, 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980, essas feministas norte-americanas se comprometeram na investigação do processo de fabricação do DES. Verificaram que tal processo continha metáforas que reforçavam uma maneira fordista de se ver os órgãos femininos, o que influenciava os resultados de pesquisas sobre os efeitos desses medicamentos, além da própria definição dos “problemas femininos”. Susan Bell (1995) reforça que antes da comercialização do DES, a comunidade médica tinha muitas incertezas sobre sua segurança e benefícios à saúde da mulher, já que em diversos estudos o DES havia se mostrado tóxico e com efeitos cancerígenos. Entretanto, tais controvérsias foram resolvidas no contexto de

uma nova regulamentação farmacêutica norte-americana⁶: foram aplicados dois conjuntos de questionários às usuárias do DES para verificar a segurança da comercialização do medicamento. No entanto, esses questionários foram moldados por reguladores federais e representantes da indústria farmacêutica. O processo de comercialização e ampla prescrição do DES tornaram-se uma das principais experiências no processo de “hormonalização” do corpo da mulher (Bell, 1995; 2009).

O caso do DES levantou pela primeira vez a questão de que havia uma ligação entre estrogênio e câncer. Todavia, mesmo depois da constatação dos malefícios causados pelo DES à saúde das mulheres, isso não significou o fim de sua comercialização. Anos mais tarde, a fórmula do DES reapareceu na forma de pílula do dia seguinte e também em medicamentos utilizados no gado de corte (Nissim & Araújo, 2001).

Os estudos sociais da ciência, especialmente estudos construtivistas, têm demonstrado que a resolução das controvérsias científicas e o aparecimento de uma teoria sobre outra não necessariamente indicam que o "vencedor" é a melhor representação da realidade (Pinch & Bijker, 1987). O caso DES ilustra como os processos científicos e a "verdade" em si são condicionados por forças externas ao mundo da investigação científica. Assim, Bell (1995) alerta que para compreender como a ciência médica é construída é necessário entender como esses dois mundos – o sociocultural e o científico - estão profundamente ligados entre si. Essa conexão pode ser observada explicitamente através da linguagem da ciência médica, que incorpora e reforça dentro de si normas e valores sociais, principalmente aquelas que se referem às relações de gênero.

No decorrer do tempo, muitas feministas também reconheceram situações em que os medicamentos baseados em hormônios haviam sido benéficos para as mulheres, o que acrescentou maior complexidade ao debate. Isso também permitiu que elas ampliassem sua visão, passando a reconhecer como a ciência médica é repleta de tensões, contradições, ambiguidades e incertezas, mas mesmo assim mantém seu poder em relação ao corpo da mulher (Bell, 1995). Conforme mapeado pelo estudo WHI, alguns benefícios decorrentes do uso de TRH (E+P) foram: a redução em 24% do total de fraturas e uma redução de 33% de fratura de quadril. Houve também a redução em 37% do câncer coloretal (Sobrac, 2003).

⁶ Bell (1995) relata que com a aprovação da *Federal Food, Drug, and Cosmetic Act*, em 1938, o congresso norte-americano deu pela primeira vez a uma agência federal (FDA) o poder de determinar se drogas eram ou não seguras para utilização e, com base nisso, decidir se poderiam ser comercializadas.

Entretanto, os riscos apontados pelo estudo superaram amplamente os benefícios associados ao uso de hormônios na menopausa (Wassertheil-Smoller, 2005).

Diante dessas incertezas, a aspiração de muitas feministas é de que as mulheres passem a ter maior conhecimento e controle sobre os seus próprios corpos, não deixando a escolha terapêutica exclusivamente na mão de seus médicos (Vigeta & Brêtas, 2006). Nesse contexto, a luta por uma “desmedicalização” da menopausa permeia as publicações feministas sobre o tema. Segundo Conrad (1992), a desmedicalização – ou seja, a retirada de um dado problema da alçada médica – é viabilizada em grande parte através de pressões de movimentos organizados politicamente. A homossexualidade, por exemplo, só deixou de ser considerada uma questão médica na sociedade norte-americana após muitas lutas e pressões dos movimentos homossexuais (Conrad, 1992).

Além disso, grande parte do movimento feminista espera que as comunidades médicas e de pesquisadores realizem testes mais esclarecedores sobre o uso da terapia hormonal na menopausa, sem que sejam levados em conta apenas os interesses econômicos e para que não seja colocada em risco a saúde das mulheres.

CAPÍTULO 2: A MENOPAUSA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Conforme acompanhamos no decorrer do Capítulo 1, as últimas décadas marcaram a rápida transformação da menopausa nas sociedades ocidentais de uma “fase natural” na vida da mulher para uma doença a ser tratada pela medicina. Após quase duas décadas da publicação de Robert Wilson (1966) nos EUA, que definia a menopausa como um problema médico, o assunto veio a se tornar pauta de discussão no nível governamental brasileiro. Conrad (1992) afirma que o processo de medicalização pode ocorrer em três níveis, a saber: no nível conceitual (definição do problema), no nível institucional (organizações passam a adotar a abordagem médica para tratar problemas específicos) e, finalmente, no nível interacional (medicalização ocorre como parte da interação entre paciente e médico, onde o médico define um problema como sendo de ordem médica ou ainda trata um problema “social” com uma forma médica de tratamento). Nesse sentido, o presente capítulo tratará como a medicalização da menopausa passou a figurar no nível institucional brasileiro, ou seja, como o Ministério da Saúde passou oficialmente a adotar a mesma definição do problema da menopausa que seus congêneres no exterior, especialmente nos EUA. Diante das controvérsias científicas em torno do tema e pressões no cenário político brasileiro, tornou-se fundamental para o poder público seguir o caminho já legitimado pela ciência praticada nos países desenvolvidos, utilizando-o como base para o estabelecimento de políticas públicas na área de saúde da mulher na menopausa.

As “verdades” assumidas pelo Estado tem forte influência na formação do “senso comum”, enraizando conceitos na sociedade por meio de campanhas de divulgação de programas na área de saúde, folhetos explicativos e distribuição de remédios em postos de saúde públicos. Foucault (1979) afirma que cada sociedade tem seu próprio “regime” ou “política geral” de verdade, ou seja, elege e acolhe quais discursos vão funcionar como verdadeiros, quais os mecanismos que permitirão distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, quais técnicas e procedimentos valorizados para se obter a verdade, além do estatuto daqueles que tem a função de dizer o que funciona ou não como verdade - aos atributos eleitos como verdadeiros são conferidos efeitos específicos de poder. Como será apresentado a seguir, embora tenham sido consideradas as reivindicações do movimento de mulheres, o discurso médico-científico nacional - eleito como “porta-voz” da verdade - foi

a base conceitual fundamental das ações governamentais para orientação de médicos e de informação das mulheres sobre a menopausa.

Algumas ações e diretrizes voltadas à fase da menopausa foram incluídas no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta, principalmente, às demandas apresentadas pelo movimento de mulheres. Antes mesmo do lançamento do PAISM, um documento apresentado pelo movimento de mulheres, em 1984, conhecido como Carta de Itapecerica, reivindicava a criação de um programa integral de saúde que prestasse atendimento desde a infância até a velhice da mulher – incluindo a menopausa (Costa, 1986). Em 2008, o lançamento do Manual da Menopausa elaborado pelo Governo Federal reflete a dimensão atual desse debate, além de permitir a reflexão de como a menopausa se transformou em um problema de saúde pública no Brasil.

2.1 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Governo Federal foi inspirada em uma abordagem diferenciada para a atenção à saúde da mulher, desenvolvida no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) através de práticas de ensino, pesquisa e atendimento ambulatoriais (CAISM, 2001). O conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) foi considerado inovador por romper com o antigo sistema de saúde da mulher centrado apenas nas questões relativas à reprodução. Esse conceito defendia entender a mulher como um ser completo e não como um corpo composto por órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas (OSIS, 1998). O PAISM também foi pioneiro – inclusive no cenário internacional – em propor ações direcionadas ao planejamento familiar (OSIS, 1994).

Para que se possa compreender a filosofia proposta pelo PAISM e o que ele representa ao sistema de saúde brasileiro na atualidade é necessário resgatar os elementos históricos que levaram ao lançamento desse programa. Em anos anteriores ao lançamento do PAISM, a questão do planejamento familiar estava na pauta em conferências internacionais sobre população, como a realizada em Bucareste, em 1974. Nesta conferência, havia sido recomendado ao Brasil que levantasse soluções para o aumento populacional considerado desenfreado (Osis, 1998). Naquela ocasião, o Brasil havia se

posicionado na defesa do livre arbítrio das pessoas com relação à decisão sobre o número de filhos, desvinculando práticas contraceptivas dos interesses políticos de controle demográfico. No entanto, o governo brasileiro propôs assumir a responsabilidade de propiciar informações necessárias para que a população brasileira pudesse planejar suas famílias (Osis, 1998; Costa, 2009).

Em 1983, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o problema do crescimento populacional no país, orientada pela visão neo-malthusiana de que o aumento populacional levaria a nação à miséria (OSIS, 1998). O PAISM foi apresentado em meio a essa CPI, pelo então Ministro da Saúde Valdir Arcoverde, que teria como um dos objetivos principais (carro chefe) o Planejamento Familiar (Costa, 2009; Osis, 1998). A proposta levada pelo ministro foi elaborada por uma comissão de três médicos e uma socióloga, convocados especialmente pelo Ministério da Saúde. Os membros dessa comissão tinham características específicas, visando uma aproximação e maior aceitação por parte do movimento de mulheres. Havia duas mulheres na comissão, sendo uma não médica (a socióloga Maria da Graça Ohana, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil - DINSAMI), e a outra indicada pelo próprio movimento de mulheres (a médica Ana Maria Costa, do Ministério da Saúde e vinculada ao movimento de mulheres). Os outros dois médicos eram ginecologistas e professores da UNICAMP (Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto), ambos indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe do Departamento de Tocoginecologia e posteriormente reitor da Universidade Estadual de Campinas (Osis, 1998).

Pinotti mantinha forte vínculo com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB (conforme será abordado no capítulo 4), partido pelo qual ocupou em seguida diversos cargos políticos (Brasil, 2009). Tal fato possibilitou a indicação de Pinotti para que os ginecologistas de seu grupo na Unicamp viessem a compor a comissão governamental e levassem a diante as ideias que vinham sendo debatidas pelo departamento desde os anos 70. Dessa forma, a abordagem de saúde integral à mulher passou a ser a base para a criação do PAISM (Pinotti *et al.*, 1987; Osis, 1998). Após o lançamento do programa, Pinotti tornou-se reitor da UNICAMP e propôs a criação de uma instituição que abrigasse os programas de saúde que vinham sendo desenvolvidos a partir da perspectiva de atendimento integral no âmbito da saúde da mulher. Assim, em 1986, foi criado o Centro de

Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), dentro da UNICAMP, para prestar atendimento ambulatorial, formação de médicos e realização de pesquisas, em consonância com a visão integral de saúde da mulher (CAISM, 2001). O CAISM tornou-se uma instituição legítima de produção de conhecimento sobre saúde da mulher, conforme abordado no capítulo seguinte.

Desde seu lançamento, o PAISM sofreu críticas por parte de alguns grupos sociais. Diante das circunstâncias de apresentação do PAISM - em que o país sofria pressões externas para apresentar explicitamente uma política de controle demográfico e em ocasião da CPI que investigava o aumento populacional - o programa foi encarado como uma estratégia do Governo Federal para controlar a natalidade no país. Críticos entenderam essa proposta como uma possibilidade de regular o aumento populacional sem que houvesse uma repressão declarada por parte do Estado (Osis, 1998).

Antes disso, o movimento de mulheres já havia se manifestado em favor de uma assistência de caráter integral que contemplasse todas as fases da vida da mulher e não apenas durante o período reprodutivo. Durante o I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, promovido pela Casa da Mulher - SP e do Grajaú, em Itapecerica da Serra, foi redigida a Carta de Itapecerica. Nessa carta, as mulheres apresentaram suas críticas aos programas de saúde vigentes naquele momento, além de cobrar do Estado a garantia de acesso às informações, ao conhecimento de seus próprios corpos, além de formas seguras de anticoncepção e tratamentos de infertilidade. Havia também uma denúncia por parte das mulheres envolvendo a *“utilização ilegal e antiética de seus corpos em pesquisas e prática indiscriminada de contracepção, levada a efeito pelo crescente número de serviços de organizações internacionais com objetivos controlistas”* (Costa, 1986, p. 1136). Essas feministas defendiam ainda que as decisões na esfera reprodutiva deveriam ser pautadas pelo livre-arbítrio das mulheres, visto que a reprodução biológica é viabilizada através de seus corpos (Corrêa, 1993). Na opinião das mulheres do movimento, a miséria que assolava os países de terceiro mundo, incluindo o Brasil, não era resultado de uma explosão demográfica, mas sim de um sistema econômico voltado à concentração de renda (Costa, 1986).

Ao contrário das diversas críticas levantadas ao PAISM, grande parte do movimento de mulheres reagiu positivamente ao lançamento do Programa e passou a lutar pela sua

implementação, pois acreditava que o programa incorporava todas as reivindicações do movimento (Osis, 1998; Costa, 1986). Entretanto, para garantir que o programa não fosse usado como instrumento para o controle populacional coercitivo, o movimento de mulheres solicitou que o PAISM estabelecesse também ações definidas voltadas para a educação sexual e em saúde. O momento do lançamento do PAISM correspondia ao da luta pelo restabelecimento da democracia no Brasil e, por conta disso, o governo pretendia se mostrar aberto para a participação dos movimentos sociais na concepção e implementação do programa (Osis, 1998). Isso justifica a convocação de uma ativista do movimento de mulheres para compor a CPI e, assim, ganhar o apoio desse grupo.

Meses após o lançamento do PAISM, foi atribuída a esse programa a responsabilidade sobre as demais estruturas ligadas ao Ministério da Saúde, as quais deveriam ter por base a formação de profissionais para trabalharem no projeto, a elaboração de manuais voltados à informação da população sobre o planejamento familiar e também assegurar a distribuição gratuita de contraceptivos (Mesquita, 2008).

As teorias feministas do período sobre as condições de saúde reprodutiva, bem como as reivindicações do movimento de mulheres, exerceram um importante papel na constituição das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. O PAISM foi considerado um marco deste processo, porque fortaleceu a dimensão de gênero no debate político (Corrêa, 1993).

Aos poucos, o termo “Planejamento Familiar” ganhou reconhecimento e projeção, inclusive internacionalmente. O contexto de criação do PAISM foi também o de mudanças nas políticas de saúde decorrentes de um intenso debate que já estava sendo realizado desde os anos 70 no âmbito do Movimento Sanitário⁷, sobre os conceitos de universalidade e integralidade. Assim, o PAISM incorporou em suas diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de uma política de atendimento integral e equidade da atenção, no mesmo período que era concebido o arcabouço conceitual que posteriormente embasaria a formulação do Sistema Único de

⁷ O Movimento Sanitário brasileiro ocorreu na década de 70 e envolveu a participação de diferentes atores sociais - com destaque ao médico-acadêmico Sérgio Arouca - engajados por uma mudança no modelo de gestão e atenção em saúde vigente até aquele momento. Propunham uma renovação do pensamento em saúde e a criação de um novo sistema orientado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A principal estratégia era a descentralização (municipalização) do sistema público de saúde, o que culminou na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2007).

Saúde (SUS), no âmbito do Movimento Sanitário (Brasil, 2007). Em 1987, o SUS foi estruturado nos moldes de atendimento integral e humanizado em saúde idealizado pelo PAISM (Osis, 1998). No ano seguinte, o movimento de democratização brasileiro inseriu um conjunto de direitos sociais na Constituição Federal de 1988, incluindo entre eles a saúde, como um direito do cidadão a ser promovido pelo Estado (Brasil, 2001).

No Brasil, o PAISM se tornou um programa central no que tange a saúde da mulher, sendo responsável por estabelecer:

“ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres” (Brasil, 2011, p. 16).

Contudo, mais de duas décadas após seu lançamento, o PAISM ainda não havia sido implementado em todos os municípios brasileiros (Corrêa, 1993), o que motivou uma reestruturação do movimento de mulheres. Em 1991, foi constituída a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFS), que teve por prioridade a retomada da luta pela implementação do PAISM. Este grupo abrange diversas entidades, dentre elas grupos de mulheres, organizações não governamentais, grupos de pesquisa, sindicatos e conselhos de direitos da mulher, ativistas, profissionais da saúde, entre outros, com o objetivo desenvolver trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos (RNFS, 2006).

A publicação “Dossiê da Menopausa” lançada pela RNFS, em 2001, inicia sua apresentação com a frase “menopausa não é doença, é mais uma fase da vida”, defendendo que a maioria das mulheres passa por ela sem queixas e sem medicamentos. Revela ainda que os sintomas sentidos por algumas mulheres na menopausa são transitórios e podem ser amenizados pelo uso de terapêuticas naturais. Sobre a TRH, a RNFS apresenta claramente sua postura por defender que a utilização de hormônios aumenta o risco de tumores, além de acrescentar-se aos resíduos hormonais encontrados nas carnes que ingerimos e até mesmo na água (Nissim & Araújo, 2001). Nesse dossiê, elaborado por uma médica e uma enfermeira associada ao movimento de mulheres, o uso de TRH deve ser recomendado apenas em casos especiais (quando os sintomas físicos são intensos e não cessam após a utilização das terapêuticas naturais disponíveis) e, mesmo assim, com ressalvas (no máximo 2 anos de utilização para ondas de calor e 5 anos para osteoporose). Assim, as

reivindicações desse grupo para implementação do PAISM afirmavam estar mais ligadas à necessidade de prestar assistência à mulher para além de sua fase reprodutiva, promovendo cuidados e informações também durante a velhice, mas sem que essa assistência significasse medicalizar a fase da menopausa. Após constantes reivindicações levantadas por esse movimento de mulheres (agora, Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos), em 2008, o tema da menopausa ganhou atenção especial, cuja expressão maior foi o lançamento de um manual voltado à atenção de mulheres nesta fase da vida como uma diretriz nacional.

2.2 MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Desde a apresentação da Carta de Itapeperica pelo movimento de mulheres, a temática da menopausa já entrava na pauta de discussão do Ministério da Saúde para que fosse incluída nas políticas de saúde da mulher. Apesar de esse tópico ter sido incluído nas metas do PAISM desde o início, ainda não havia sido criadas ações efetivas voltadas às mulheres na menopausa.

Só em 1994 (dez anos após o lançamento do PAISM) foi lançada a “Norma de Assistência ao Climatério” pelo Ministério da Saúde e, em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS incorporou em seu planejamento questões envolvendo a saúde da mulher acima de 50 anos. Todavia, mais uma vez nenhuma ação foi realizada na prática nessa ocasião. Em 2003, essa mesma área técnica incluiu um capítulo específico sobre o climatério no Plano de Ação do PAISM, visando ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde da mulher na menopausa (Brasil, 2008; 2011).

O Plano de Ação do PAISM define medidas para ampliar o acesso e melhorar a qualidade das ações vigentes nos níveis locais de saúde. Esse plano também propõe que as ações sejam voltadas a segmentos sociais específicos que geralmente estão excluídos das ações de atenção em saúde, como: mulheres negras, deficientes, indígenas, trabalhadoras do meio urbano e rural, mulheres na menopausa, idosas, entre outras. No Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) são apresentados os objetivos gerais e específicos para promoção da saúde feminina. Dentre os 14 objetivos específicos apresentados no referido Plano de Ação em 2004 – 20 anos após o lançamento do PAISM - está o de implantar a atenção à saúde da mulher no climatério.

A meta para o cumprimento deste objetivo era de implantar em 100% das capitais brasileiras e incorporar nas ações desenvolvidas a atenção à saúde da mulher no climatério. As ações para garantir o cumprimento desta meta incluíam a criação de uma câmara temática sobre a atenção à saúde da mulher no climatério, o mapeamento das experiências exemplares na atenção à saúde das mulheres no climatério, a elaboração de manual técnico e materiais educativos sobre a atenção à saúde das mulheres no climatério e distribuí-los para 100% dos municípios, além do apoio à capacitação de profissionais para atuarem como multiplicadores (Brasil, 2004).

Em 2008, o Manual de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa foi lançado pelo Governo Federal, sendo o primeiro na América Latina voltado exclusivamente para atender essa temática. O manual materializa um dos objetivos específicos do PAISM e a reivindicação do movimento de mulheres, que é a inclusão da atenção à mulher na menopausa. Contém também diretrizes para orientação dos profissionais de saúde, visando a atenção integral e humanizada, desde o acolhimento e a ética nas relações entre profissionais e usuárias, os aspectos emocionais e psicológicos, até a sexualidade, considerando as especificidades desse grupo (Brasil, 2008). No documento, redigido em parceria com especialistas na área médica (tanto das áreas científicas quanto do movimento de mulheres), a menopausa é descrita inicialmente como um fenômeno biopsicossocial. Todavia, como relatam os autores do manual, frequentemente é dado maior enfoque aos fatores biológicos, que envolvem sinais e sintomas, induzindo muitos profissionais a fazer referência à menopausa como um período patológico anormal, buscando um tratamento hormonal:

Apesar de constituir uma etapa normal do ciclo biológico da mulher, da mesma forma que a adolescência, e não uma doença que incapacita ou a limita para a vida, verifica-se que alguns profissionais de saúde, ao abordarem esse assunto, acabam por reforçar uma visão do climatério como um fato anormal ou uma doença. Visto desta maneira, julgam ser necessário intervir quimicamente por meio de terapia medicamentosa, caracterizando o uso indiscriminado e muitas vezes desnecessário de medicamentos. Talvez esta seja uma das razões pelas quais a terapia hormonal seja assunto de grande controvérsia (Brasil, 2008; p.25).

De acordo com o manual, a visão reforçada pelos médicos da menopausa como uma doença se dá por conta de uma tendência pelas comunidades científicas em nosso país em considerar a menopausa como uma endocrinopatia (doença associada ao sistema endócrino,

como o hipertireoidismo, por exemplo). Até mesmo a Organização Mundial da Saúde tem uma preocupação em definir a menopausa como uma fase natural da vida da mulher e não como uma doença. Aponta que a menopausa deve ser encarada como um processo natural similar à menarca (primeira menstruação) e que o corpo passa naturalmente por adaptações. O manual ainda destaca que os sintomas associados frequentemente à menopausa têm relação direta com os preconceitos sociais ligados ao processo de envelhecimento feminino em sociedades ocidentais. A publicação analisa que pelo fato de haver um culto à juventude e desvalorização da velhice em nossa sociedade, o processo sintomatológico é potencializado, conforme segue:

- Sintomas neuropsíquicos – são frequentes em países ocidentais, contudo, tais sintomas não podem ser encarados como específicos da menopausa, já que também podem aparecer em outras fases da vida (tanto de homens quanto de mulheres). Assim, muitos desses sintomas neuropsíquicos atribuídos à menopausa não tem relação exclusiva com o baixo estrogênio. Há um alerta para que o profissional de saúde faça uma avaliação criteriosa da paciente, visto que em geral queixas psicológicas características dessa fase são vistas como depressão, sendo medicalizada sem que sejam consideradas as mudanças sociais vividas pelas mulheres e que em geral coincidem com o período da menopausa: aposentadoria, perda dos pais, saída dos filhos de casa, etc.
- Sintomas vasomotores – é destacado que mais de 50% das mulheres em países industrializados apresentam algum tipo de sintoma, no entanto, há uma considerável melhora dos sintomas quando há acompanhamento psicológico, visto que ajuda a mulher a entender e aceitar sua fase da vida.
- Sintomas ligados à sexualidade – diversos fatores (sociais, biológicos, culturais) influenciam no desejo e orgasmo, sendo o papel do estrogênio apenas de conservar o trofismo vaginal, mas não influencia na libido. Destaca ainda que a sexualidade após a menopausa está cercada por mitos e tabus, além do conhecimento acerca desse tema estar em constante mudança. Portanto, considera importante um aprofundamento sobre aspectos psicológicos e socioculturais envolvendo a sexualidade humana para que se possa nortear a conduta terapêutica de promoção da saúde.

Diante dos argumentos expostos, o Manual propõe que seja realizada uma abordagem integral à saúde da mulher, visto que, clinicamente, os sinais e sintomas podem se manifestar na dependência de fatores diversos, até mesmo na forma como a mulher vivencia essas mudanças. Com relação ao alívio de sintomas, como vasomotores, o manual relaciona opções terapêuticas para além do tratamento de TRH, como fitoterápicos e homeopatia. Enfatiza ainda que as decisões sobre a saúde não devem estar exclusivamente na mão dos médicos e estimula o acesso a informações por parte das mulheres, que precisam conhecer os riscos, limites e vantagens de seus tratamentos.

Sobre a terapia hormonal, o Manual alerta que muitos profissionais reforçam a visão da menopausa como negativa e, assim, prescrevem a TRH de maneira indiscriminada e muitas vezes desnecessária. Relata que esta talvez seja uma das principais razões pelas quais a TRH seja um assunto controverso: “A prescrição indiscriminada e quase rotineira de terapia hormonal também tem contribuído para a construção de uma imagem negativa em relação às alterações hormonais na fisiologia feminina” (Brasil, 2008, p. 22). E completa, reconhecendo a dificuldade prática para prestar uma atenção integral à mulher: “médicos transformam queixas ouvidas nas clínicas em uma doença cujo tratamento é obrigatoriamente à base de hormônios e antidepressivos, perdendo a oportunidade de uma abordagem integral” (Idem, p. 22).

A preocupação com o uso indiscriminado da TRH aparece diversas vezes no manual. Neste sentido, uma especial orientação aos médicos é a de que eles procurem considerar atentamente problemas pessoais, amorosos, alergias, atividade física, hábitos alimentares, realizar exames essenciais de acordo com protocolos do MS (regularidade e indicação), antes que seja realizada qualquer prescrição medicamentosa. Conclui, então, que os médicos precisam escutar as mulheres e não considerarem de antemão que todas elas terão algum sintoma relacionado com o hipoestrogenismo (baixo índice de estrogênio) (Brasil, 2008).

Os termos de consenso desenvolvidos por organizações médicas no Brasil exercem um papel importante no sentido de informar os profissionais sobre a conduta a ser tomada no consultório. Entre essas organizações, podem ser destacadas a Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Departamento de

Endocrinologia Feminina e Andrologia (DEPA), esta última vinculada à Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Os termos de consenso produzidos por essas organizações também definem a menopausa como um processo natural da vida da mulher, mas que essa fase precisa de cuidados específicos. Esses cuidados incluem, quase exclusivamente, o tratamento medicamentoso via TRH. No entanto, em geral, os termos de consenso médico analisados concordam que se deve tomar uma atitude cautelosa frente à administração da TRH e reconhecem que, na prática, são feitos abusos na prescrição do tratamento. Tais abusos incluem tempo de prescrição prolongado; indicação do uso de TRH quando os sintomas relatados são brandos; indicação da terapia às mulheres com histórico de câncer na família e sem que sejam informados os riscos envolvidos; indicação da TRH como método exclusivamente de prevenção à osteoporose, entre outros. Assim, a orientação geral é para que o médico, no âmbito do consultório, avalie cada caso em particular, entendendo as especificidades de cada mulher.

Apesar de todas as recomendações dos termos de consenso médico e Manual da Menopausa, na prática do consultório médico ocorrem generalizações, onde o corpo da mulher aparece como padronizado e a TRH é largamente prescrita sem que sejam levados em consideração os diversos aspectos da vida da mulher. Prescrições indiscriminadas de TRH, biologização dos sintomas relatados pelas mulheres e discursos médicos que tratam a menopausa como uma doença podem ser observados dentro do próprio CAISM, local que inspirou a postura adotada pelo programa governamental PAISM. Isso só demonstra o abismo entre a teoria apresentada no Manual da Menopausa (e termos de consenso médico) e a prática observada no discurso e ação dos médicos, conforme será apresentado a seguir.

2.3 CONTROVÉRSIAS SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DO CAISM/UNICAMP

Diante do papel desempenhado pelo Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP na criação das diretrizes do PAISM, o hospital-escola CAISM se tornou um ambiente propício para investigar como as controvérsias envolvendo o uso de TRH na menopausa se manifestam no seio da comunidade médica brasileira, além de como são apresentadas ao público em geral.

As controvérsias sobre o uso da TRH como um “tratamento” para a menopausa era o foco inicial do meu trabalho antes da entrada definitiva em campo (no Ambulatório de

Menopausa do CAISM). No decorrer do tempo esse tema se tornou tangencial, mas não menos importante, conforme apresento no Capítulo 3. Neste tópico, relato duas experiências que tive em reuniões oferecidas pelo Departamento de Tocoginecologia do CAISM/UNICAMP. A primeira delas ocorreu no início de minha pesquisa – uma palestra fechada aos alunos residentes em ginecologia e professores do departamento, intitulada “Ondas de Calor na Menopausa”. A segunda ocorreu em um centro de convenções da universidade, em parceria com a Faculdade de Educação Física, sendo aberta aos profissionais da saúde e público em geral – era realizada uma inscrição prévia no site do evento, mas não havia restrições para a inscrição.

2.3.1 Palestra “Ondas de Calor na Menopausa”

Logo na primeira aproximação com o CAISM, quando apresentei minha proposta e procurei informações sobre como submeter o projeto ao Comitê de Ética, tive a certeza que estava no caminho certo. O professor responsável por ler a proposta de pesquisa me convidou para o seminário sobre Ondas de Calor na Menopausa, onde estariam presentes médicos professores da instituição e alunos de residência em ginecologia. Antes do início da palestra, ele me convidou para conversar na sua sala e logo me disse: *“Li o seu projeto. Olha, você está muito enganada! Que controvérsia? Não existe controvérsia nenhuma! A mulher sente os sintomas, a gente prescreve o medicamento e ela melhora. Simples assim”*. Naquele momento fiquei em silêncio, já que não poderia, naquele instante, contestar a fé do médico em sua prática e, principalmente, convencê-lo a aceitar minha proposta. Fomos juntos para a palestra e eu esperava ouvir aquele mesmo tipo de discurso de todos os médicos pertencentes àquele grupo.

Alguns elementos e atores envolvidos na controvérsia sobre o uso da TRH na menopausa apareceram durante a palestra, mas o ator central parecia ser o cientista que seria o salvador responsável por revelar a natureza e acabar com qualquer dúvida. O debate parecia pertencer exclusivamente ao domínio da ciência biomédica – e eu já me sentia uma intrusa antes mesmo de começar a pesquisa. Sobre a TRH, a ideia era de que tal terapia devesse ser utilizada com cautela, observando as particularidades de cada caso e que os tratamentos alternativos não traziam benefícios significativos quando comparados à TRH.

Outra questão colocada na palestra foi que o uso da TRH no combate/prevenção da osteoporose – doença com prevalência entre o grupo de mulheres idosas em decorrência do declínio de estrogênio característico da menopausa – é tido como eficaz, tendo em vista que apenas o consumo de leite e derivados (alimentos ricos em cálcio) seria incapaz de prevenir o problema sozinho. Tratava-se realmente de um dilema: quando a questão era apresentada nesses termos, as mulheres pareciam ter que escolher entre ter um câncer (usando TRH) ou sofrer com a osteoporose ou outras doenças associadas à menopausa (sem TRH). A palestrante se mostrava favorável ao uso da TRH para prevenção da osteoporose, defendendo-se dos argumentos de outros colegas médicos. Para apoiar a palestrante e contrariar alguns profissionais que se manifestaram contrário à ideia de uso da TRH como prevenção à osteoporose (defendiam a prevenção com alimentação e exercícios físicos para criar massa óssea), um professor rebate: *“se o problema fosse alimentação, vaca teria osteoporose! Vaca não tem osteoporose e só bebe leite quando pequena!”*.

No término da exposição, nem todos os médicos estavam de acordo. Uma médica levantou a mão e disse não concordar com o que estavam dizendo sobre a TRH, já que sua experiência no consultório dizia o contrário: pacientes de sua clínica em bairro nobre da cidade que praticavam ioga, pilates, tinham hábitos alimentares saudáveis, apresentavam menos (ou nenhum) sintomas ditos da menopausa. Além disso, a médica relatava que, quando essas pacientes sentiam algum desconforto, recorriam a terapias alternativas, como a soja (fitoestrógeno – ação parecida ao estrogênio). Essa médica ainda comentou sobre as japonesas que não sentem os sintomas da menopausa do mesmo modo que as ocidentais e que esse fato deveria ser considerado no debate, pois, segundo a médica, poderia estar relacionado à alimentação das orientais rica em alimentos derivados da soja.

A plateia que até então estava apática decidiu se manifestar contra a médica que defendia o uso da soja na menopausa: *“as japonesas recebem os benefícios da soja intraútero, as mulheres daqui que resolverem comer soja todos os dias depois de uma certa idade só vão conseguir ganhar gazes”* ou *“quem tem tempo de ficar fazendo ioga todos os dias? A maioria das mulheres não consegue tempo nem para fazer uma caminhada”*. Outros médicos, porém, apoiavam que deveria ser investida maior atenção da comunidade médica no uso de terapias alternativas, por já terem visto grandes resultados em seus consultórios. Outra crítica se dava ao tempo de prescrição da TRH, muitas vezes abusiva.

Um médico se manifestou entre os participantes e relatou ter presenciado em seu consultório uma paciente com mais de 70 anos que ainda tomava TRH como meio de prevenção à osteoporose, sendo tal procedimento considerado desnecessário, visto que se a mulher não havia manifestado sintomas e tampouco osteoporose até aquele momento, não teria motivos para medicá-la. Neste sentido, todos pareciam concordar que a TRH devesse ser usada pelo menor tempo possível e com o objetivo de aliviar os sintomas, apenas enquanto eles se manifestassem.

O médico professor que no início da palestra havia afirmado que não existia controvérsia quanto ao uso da TRH, após os comentários dos participantes passou a defender sua visão perante a colega médica adepta da prescrição da soja – dessa vez, utilizando argumentos do seu próprio campo de estudo. Disse ele: *“Mas como a gente vai prescrever terapia alternativa? Não tem teste que afirme com certeza que isso funciona, não tem nem um teste randomizado sério sobre isso!”*. A médica então completa: *“Não vai me dizer que isso não acontece na medicina. A aspirina é usada há mais de 100 anos e nunca teve sequer um teste randomizado”*. Nesse momento, começou uma grande agitação por parte da plateia e, sem conseguir reestabelecer a ordem no debate, a palestra foi encerrada.

Em meio a essa confusão, o médico professor veio até mim e disse sorrindo: *“É, você tinha razão, tem mesmo uma controvérsia!”*. Com todos os médicos saindo, fui atrás da médica que apresentou argumentos em favor da soja e contrários à TRH, mas o médico professor também correu atrás de mim e disse: *“não escute o que ela fala, os argumentos dela não são científicos!”*. Eu respondi que estava estudando a controvérsia e precisava ouvir todos os lados. Para infelicidade do médico professor, a médica (adepta da soja) ouviu o “insulto” e os dois começaram ali mesmo uma discussão calorosa. Após a discussão, ela se comprometeu a me passar artigos interessantes sobre TRH feitos por grupos de pesquisa menores ou provenientes de regiões “afastadas” dos grandes centros de pesquisa, e que, segundo ela, por esse motivo tinham seus resultados questionados, não conseguiam publicar em revistas de alto impacto internacional e não eram levados a sério. A médica afirma que tais estudos demonstravam de maneira efetiva como os medicamentos usados para TRH eram nocivos às mulheres (vindo ao encontro dos resultados do famoso estudo WHI), contudo, contrariavam os interesses de muitos pesquisadores envolvidos com

a indústria farmacêutica. Apesar de seguirem uma metodologia rigorosa de pesquisa, os referidos grupos não tinham voz nas revistas de grande prestígio e dificilmente conseguiam a divulgação que mereciam.

2.3.2 Fórum Permanente de Esporte e Saúde: Menopausa

O segundo evento, realizado em outubro/2010, intitulado “Fórum Permanente de Esporte e Saúde: Menopausa” foi aberto ao público em geral e prometia uma abordagem multidisciplinar do tema. Nesse evento, foi possível presenciar como as questões da menopausa e do tratamento hormonal são divulgadas e debatidas fora do ambiente estritamente médico. Essa era uma forma de entender o que o médico “dizia que fazia” ao público, que de fato era um discurso diferente de quando ele debatia entre seus pares, ou ainda, de como apresentava tais questões no nível do consultório.

Na mesa de abertura do evento foi destacada a relevância do tema, uma vez que a demanda atual de mulheres na menopausa é muito maior por conta do aumento na expectativa de vida das brasileiras. O CAISM, de acordo com o então diretor executivo do hospital, tinha como meta a produção de “respostas às necessidades da comunidade”. Segundo ele, essa fase de transição é uma das que mais necessitam de “ajustamentos” em diversos aspectos da vida da mulher, como na alimentação, por exemplo. O próximo médico a falar na mesa de abertura, professor do Departamento de Tocoginecologia, relembra com orgulho que na década de 80 – com a criação do PAISM – “foi gerado e modulado” os planos para esse programa “aqui na UNICAMP, na FCM”. A seguir, esse médico fala do ensino da medicina na FCM (Faculdade de Ciências Médicas) e valoriza o debate sobre a fase da menopausa, sendo o tema incluído na grade de disciplinas em praticamente todos os semestres.

Após a abertura, as conferências apresentadas no evento reuniam os seguintes tópicos: Abordagem da mulher no climatério; Tratamentos alternativos da Síndrome do Climatério; A sexualidade da mulher no Climatério; Os anos de transição; Prevenção e tratamento da osteoporose; Prevenção da doença cardiovascular e, por último, Benefícios da atividade física. A seguir são destacados os principais temas abordados no evento sobre a menopausa e, principalmente, sobre o uso da terapia hormonal. Os médicos palestrantes serão denominados a seguir como Palestrante 1, Palestrante 2, Palestrante 3 e Palestrante 4.

a) Conceito de menopausa/climatério

Palestrante 1: O médico inicia sua apresentação com os conceitos de menopausa e climatério, suas manifestações clínicas e utiliza a palavra “fisiopatia” para denominar a menopausa com um sentido de doença ou disfunção. Segundo ele, a mulher nem sempre aceita a irregularidade menstrual como um sinal da menopausa, e mais a frente enfatiza que cabe ao médico informá-la. Nesse momento, mostra figuras de dois ovários – um retratando o ovário antes da menopausa e o outro, o depois. Para explicar as imagens, usa os termos “morte folicular” e “exaustão folicular ovariana”, seguido novamente do termo “fisiopatia”. “Os folículos estão envelhecidos”, sugere o médico, e por isso “respondem diferentemente aos hormônios, causando irregularidades”. “A hipófise e o hipotálamo tentam aumentar o estímulo dos óvulos que ainda tem” e os “folículos crescem irregularmente”. Como “consequência da deficiência estrogênica”, as principais manifestações clínicas são: fogachos, urgência urinária, osteoporose, problemas cardiovasculares, etc.

Palestrante 3: Médica alerta que a menopausa é uma fase de muitas mudanças. As mudanças fisiológicas, como a diminuição de folículos são destacadas: “a mulher apresenta entre 300 mil e 400 mil folículos na primeira menstruação e, aos 40 anos, tem apenas 10 mil”. Assim, a queda na produção de estrogênio traz “mudanças na pele, ossos, distribuição de gordura, fogachos, depressão, etc”. As mudanças socioculturais também são destacadas, como “mudança de pilares”: aposentadoria, relação desgastada, e conclui que “a questão hormonal é só mais um problema”.

b) Sintomatologia

Palestrante 1: O médico ressalta que a idade para ocorrência da menopausa não muda de lugar para lugar no mundo ou no decorrer do tempo. Para ele, os sintomas vasomotores em países ocidentais tem duração média de 2 anos e que 40% das mulheres tem “sérias perturbações na menopausa”, o que considera um “efeito dominó” iniciado pelas ondas de calor e que desencadeia problemas como insônia, falta de desejo, secura vaginal... O principal “tratamento” é tido como a Terapia de Reposição Hormonal, que “restaura” alguns problemas. O médico ainda detalha a incidência dos sintomas mais comuns e, principalmente, o aumento da incidência de doenças cardiovasculares (DCV) na

fase da menopausa. Ressalta: “não existe dúvida sobre isso, todos os estudos mostram isso”. Entretanto, em sua apresentação também é feita a comparação entre a taxa de morte de homens e mulheres de infarto do miocárdio: “morrem muito mais homens do que mulheres, mas na menopausa o número de mulheres aumenta”. Mesmo com esse aumento na fase da menopausa, ele mostra que o homem continua sendo a maior vítima da doença. Sobre a avaliação de risco cardiovascular na menopausa, ele completa “alguns marcadores [para avaliação do risco] estão em fase de pesquisas, mas em breve nós teremos a resposta”.

Palestrante 2: Médica relata as causas para ocorrência das ondas de calor, principal queixa das mulheres na menopausa que a “medicina ainda não conseguiu esclarecer”. Sabe-se que o “organismo muda” por conta da “queda de endorfinas” e há uma “elevação cutânea de até 7 graus em algumas partes do rosto, aumento dos batimentos cardíacos, sudorese e dura de 3 a 5 minutos. Depois disso, o suor é reabsorvido e se tem uma leve sensação de frio”. Segundo ela, essas constantes ondas de calor prejudicam o sono e por consequência pode causar perda de memória, dificuldade de concentração, irritabilidade e “é pior do que dar plantão”. Esse fenômeno, muito conhecido nos países ocidentais, porque atinge até 90% das mulheres na fase de transição, não chega a 20% nos países do Oriente Médio. Na África, as mulheres parecem apresentar mais dores articulares do que ondas de calor. A médica alerta que os sintomas do climatério já foram tratados durante muito tempo como histeria e, atualmente, profissionais médicos devem ter mais atenção. Revela ainda que a decisão sobre os tratamentos deve partir de uma decisão compartilhada com a mulher em caso de menopausa precoce.

Palestrante 4: O médico Palestrante 1 (mediador do debate) apresenta a Palestrante 4 como “uma autoridade internacional na área da menopausa” e que ela tem “uma formação vasta em metodologia de pesquisa” e completa rindo, “Ela é muito chata com isso”. Após tal apresentação, a médica inicia sua exposição sobre as doenças relacionadas à velhice, como a osteoporose, que é altamente associada à queda estrogênica. A osteoporose é definida como uma doença óssea – “desordem esquelética caracterizada pela força óssea comprometida, predispondo risco de fratura”. Ela relata que na puberdade (até os 16 anos), há um ganho significativo de massa óssea, que entre 25-30 anos ainda registra-se ganho ósseo, mas depois disso só há perda óssea – na menopausa há maior perda de massa óssea. Assim, ela propõe uma “poupança óssea” até os 25-30 anos para que não sofra desse

problema – diz ser uma “doença pediátrica” já que seria interessante “poupar ossos a vida toda”.

O tratamento para a osteoporose é geralmente o uso da TH, além de suplemento de cálcio e vitamina D (fixação do cálcio). Segundo a médica, a mudança no estilo de vida também são determinantes no tratamento, uma vez que exercícios físicos contribuem para a preservação da massa óssea. Conclui dizendo que a massa óssea perdida não tem mais volta, o tratamento é apenas para que a mulher não venha a perder ainda mais.

c) Sexualidade

Palestrante 3: A médica aborda o tema da sexualidade após a menopausa. Define sexualidade como interação de intimidade, afeição, conexão, que “abrange sentimento sobre si mesmo e sobre o outro”. Apresenta diversos estudos importantes na área, sendo um deles sobre o desejo sexual que, segundo a pesquisa, aparece com estímulo sexual, excitação, em casamentos duradouros e dificilmente de forma espontânea. Na fase da menopausa isso não é diferente, já que muitas vezes a mulher vive um casamento longo ou mesmo uma mudança de sentimentos com relação ao parceiro. Observa que “quando há troca de parceiro, existe aumento do desejo sexual”. Atitudes negativas sobre a menopausa também contribuem para a diminuição do desejo e relata que presenciou um caso em que o médico “recomendou para a mulher não comentar com o marido que estava na menopausa”. A médica conclui que a resposta sexual depende de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais.

A palestrante cita também um estudo “etnográfico, mas científico” realizado por ela em Belo Horizonte. O fator “científico” do estudo etnográfico se dava pelo rigor do método utilizado. Foram abordadas mulheres de nove regiões censitárias para garantir uma representatividade estatística – o “controle” era feito por um “motoboy” que buscava os questionários lacrados para garantir à mulher o sigilo das respostas. Esse estudo apontou que a presença de ondas de calor, aumento da pressão arterial e insônia, pioraram a atividade sexual na menopausa. O exercício da sexualidade era melhor quando havia uma autopercepção positiva da saúde, relacionamento bom com o parceiro e prática de atividade física. Revelou ainda que a idade do parceiro contribuía para um pior relacionamento

sexual: “idade do parceiro, relacionamento de 20 anos ou mais, viver com o parceiro e problemas sexuais do parceiro”, apareceram como fatores que prejudicavam o desempenho sexual das mulheres. De acordo com a médica, isso se devia ao fato da mulher “habituar-se ao parceiro”, ou haver uma polarização de interesses que distanciava o casal, ou ainda que “muitas vezes o parceiro tinha uma disfunção e a mulher se afastava para “não humilhar” o parceiro”. Aponta, então, que uma alternativa para esse último, seria buscar a intimidade do casal mesmo sem que houvesse penetração – uma “desgenitalização” do sexo.

Para a palestrante, há uma dificuldade em verificar os problemas envolvidos na vida sexual da paciente, uma vez que os médicos não questionam. Sugere aos médicos que procurem “desmistificar” a sexualidade; prescrever lubrificantes para mulheres com secura vaginal; antidepressivos; “ensinar” a mulher como funciona a vagina, o corpo; sugerir mudanças no estilo de vida. A médica aponta que outros remédios à base de hormônios também são utilizados para “melhorar o desejo sexual da mulher”, em geral, medicamentos à base de hormônios masculinos (testosterona).

Ao final da exposição, foi dado ao público a oportunidade de realizar perguntas e o palestrante 1 novamente foi o mediador do debate.

Palestrante 1: “no CAISM nós tentamos entender as mulheres no seu contexto de vida, na sexualidade. Há uma tendência a *medicalizar a disfunção sexual feminina*, mas não é uma droga que vai resolver o problema. Essa é nossa filosofia de trabalho e pesquisa.”

Pergunta do público: Questões religiosas também atrapalham a sexualidade, não é?

Palestrante 4: A médica diz como é sua abordagem no consultório quando se depara com questões religiosas que estão atrapalhando a vida sexual da paciente: “você acha que Deus é bom, não é? Eu também acho. Então, acho que não é pecado ele ver que você tá tendo prazer e tá feliz”, continua a responder a pergunta, “Eu entro na da pessoa para ver se ela se abre mais. Algumas religiões restritivas na parte sexual chegam a ser castrativas.”

Palestrante 1: “o que é boa sexualidade depende de cada um, isso depende da individualidade de cada um. Disfunção sexual é só quando a pessoa tem estresse com a situação. Tem que ter respeito muito grande pelo tipo de vida”. Logo em seguida, o médico comenta sobre a pesquisa da palestrante, a qual teve também participação: “um dos avaliadores da FAPESP disse que não ia conseguir fazer a pesquisa em BH...”.

Palestrante 4: “fizemos um evento aberto em BH e todos participaram, com perguntas explícitas, com apenas 10% de rejeição. Eu confesso que usei de um jeitinho. Ligava para as mulheres e perguntava como a entrevistadora abordou. Foi de maneira adequada? Eu conversava e elas aceitavam participar”.

Palestrante 1: Encerra a palestra dizendo que não se deve medicalizar a disfunção sexual, que é multifatorial. Segundo esse médico, “muitos usam androgênios, mas essa não é nossa prática, tem que ver com o casal. Por exemplo, muitos homens tomam viagra e a mulher está com atrofia vaginal e ele machuca ela. Outras mulheres tem relação só para agradar o marido”.

d) O uso de TH

Palestrante 1: O uso da terapia hormonal também aparece no discurso do médico, enfatizando que as particularidades de cada caso devem ser levadas em conta. Sobre a associação doença cardiovascular (DCV) e uso de hormônios, tema de grande controvérsia entre a comunidade médica, o médico revela que “não se tem um consenso, mas não se usa TH em quem tem ou teve problemas cardiovasculares”. Na sequência, refere-se ao famoso estudo WHI que indicou risco de DCV para mulheres usuárias de TH: “ensaios clínicos controlados para isso foram feitos em mulheres com mais ou menos 63 anos e a menopausa ocorre entre os 50 anos. Ou seja, teria tempo de aparecer DCV se fosse do hormônio, então é mais benéfico TH do que risco para DCV”. Após colocar diversos benefícios da TH, ele deixa como orientação aos médicos para sempre perguntarem no consultório antes de indicar a TH: “Porque a senhora quer tomar hormônio?”.

Palestrante 4: A médica relembra os índices apontados pela pesquisa WHI, alertando que a terapia hormonal deve ser usada com cautela:

- aumento de 29% de risco para doenças cardiovasculares
- aumento de 41% de infartos
- aumento de 112% de risco para trombose venosa
- aumento de 26% de risco para câncer de mama

a) Tratamentos alternativos

Palestrante 1: O médico se coloca claramente contrário ao uso de tratamentos alternativos para a menopausa: “os fitoestrógenos são muito vistos na literatura, na literatura leiga, porque não existe comprovação científica de sua eficácia”.

Palestrante 2: A segunda apresentação fala justamente dos “Tratamentos Alternativos da Síndrome do Climatério”. A médica e professora do mesmo hospital (CAISM) traz alternativas ao tratamento hormonal, mas afirma que isso só é usado “quando a mulher tem contra-indicação à TH ou não quer usar”. É então apresentada uma pesquisa do CAISM, que revelou que 80% das mulheres buscavam consultas na menopausa por conta da onda de calor. Outro estudo citado pela médica revelou que a mulher norte-americana gasta até 800 dólares por ano em tratamentos para as ondas de calor. Segundo a médica “não há dúvida nenhuma que a terapia hormonal é um tratamento que melhora os sintomas” e que as mulheres que não tomavam TH e não apresentavam contra-indicação para o uso, diziam não adotar a TH porque preferiam um “tratamento natural”. Além disso, muitas mulheres que usavam TH (cerca de 50% de acordo com uma pesquisa do CAISM) achavam que deveriam “tratar de forma mais natural” e abandonar o uso da terapia hormonal.

A médica afirma que esse fato “vem de encontro com uma postura do ginecologista ou da mulher em resposta a uma divulgação médica dos riscos”. As mulheres buscam terapias alternativas por medo de câncer e, quando utilizam essas terapias, usam por conta própria e seus médicos geralmente não questionam sobre o assunto. A terapia alternativa abarca: exercícios físicos, antidepressivos, fitoterápicos, mudanças no estilo de vida, uso de roupas leves, hidratação, ventilador portátil, acupuntura, etc. Na sequência, apresenta estudos comparativos sobre a eficácia de práticas como o yoga, acupuntura e fitoestrógenos, em comparação com o placebo.

Dos tratamentos alternativos apresentados acima, o uso de fitoestrógenos (compostos não esteroides encontrados em vegetais) foi o único a demonstrar resultado satisfatório. Todavia, algumas questões foram levantadas sobre seu uso, como: necessidade de grande quantidade para se ter o efeito adequado; necessidade da mulher ter uma flora intestinal adequada para metabolizar o fitoestrogênio. A palestrante apresenta resultados de um estudo realizado no Ambulatório de Menopausa do CAISM, envolvendo placebo, TH e suplemento de soja. O suplemento de soja apresentou um efeito parecido quando

comparado a TH, sendo assim, considerado “extremamente efetivo”. Entretanto, revela a médica, que “outro estudo bem conceituado” mostrou o resultado oposto, ou seja, que não houve nenhum efeito.

Ao final da apresentação da palestrante 2, exclusiva sobre o debate de tratamentos alternativos, o debate é aberto ao público. Diversas questões são feitas, mas o palestrante 1 - que se mostrou explicitamente contrário ao uso dessas terapias alternativas (TA) – subiu ao palco para ser o mediador do debate e acabou interrompendo e contrariando todas as respostas da palestrante 2:

Palestrante 1 (contrário a TA): O médico fala ao público em nome do CAISM – “a gente atua com isso na base da pesquisa, mais para aprender, mas não receitamos isso porque não tem evidência científica”.

Palestrante 2: “mas pode indicar para sintomas leves”

Palestrante 1: “se o sintoma é leve, usa uma roupa diferente que já resolve, não precisa gastar dinheiro com soja [...] Quanto custa essa proteína de soja? 80 reais! Tem terapia hormonal por 20 reais!” e continua “o que é fundamental e eu recomendo para todo mundo: dieta + exercício + terapia hormonal, isso é certeza”. Assim, o médico conclui a palestra no lugar da colega de departamento.

2.4 DISCUSSÃO

A questão do uso de terapia de reposição hormonal se apresentou como uma controvérsia tanto no debate entre médicos, quando no espaço de “divulgação científica” que se tornou o segundo debate. Mesmo que para alguns médicos a controvérsia esteja encerrada, os questionamentos aparecem e, em ambos os debates, seguiram em discussões calorosas.

Foi possível acompanhar durante as duas reuniões alguns questionamentos sobre a análise dos resultados de pesquisas, especialmente sobre aqueles resultados que se mostraram contrários à postura adotada por grande parte dos médicos do CAISM. Na primeira palestra (Ondas de Calor), por exemplo, a médica favorável ao uso da soja citou pesquisas que, por não serem feitas em renomados centros de pesquisa (como norte-americanos), não conseguiam publicar em revistas de alto impacto e não eram levados a

sério. Assim, o que é considerado como "evidência científica", depende das expectativas e interesses dos envolvidos, de como cada pesquisador vê e interpreta os resultados baseado em sua visão de mundo e interesses.

Um caso parecido emerge no segundo debate (Fórum), quando o público questiona se os fitoestrogênios são prescritos no consultório. Novamente as opiniões se polarizam, já que a palestrante apresenta resultados satisfatórios do uso de proteína de soja, dessa vez em uma pesquisa realizada ali mesmo, no CAISM. Entretanto, logo completa que esse resultado não é definitivo, porque outras pesquisas “confiáveis” indicam o contrário. O outro médico envolvido no debate (Palestrante 1) reafirma que “não tem evidência científica” para uso de terapias alternativas e que, por essa razão, não as prescrevem. Ele acaba até desqualificando a pesquisa do CAISM, quando fala “a gente atua com isso na base da pesquisa, mais para aprender, mas não receitamos isso porque não tem evidência científica”. Tal afirmação induz à ideia de que os resultados conquistados no CAISM não mereciam maior atenção. Percebe-se aqui a medicalização da menopausa no nível institucional (Conrad, 1992), onde a definição da menopausa produzida no exterior (especialmente EUA) se tornou a base conceitual para as pesquisas realizadas dentro do CAISM.

Usando o conceito de paradigma de Kuhn (1979), percebe-se que todas as "evidências" que se mostram contrárias ao paradigma (que sustenta a ciência normal) são vistas como anomalias. Para os médicos torna-se difícil contestar os resultados de uma pesquisa "renomada" que apoia o paradigma vigente, mesmo quando as evidências contrárias a ela sejam vistos no seu próprio laboratório, como é o caso do CAISM. O que é considerado pesquisa “conceituada”, com métodos rigorosos, também varia de acordo com o contexto, revelando que a questão está mais vinculada a “quem fala” do que “o que se fala”.

Conforme citado pela médica do primeiro debate, a aspirina não foi submetida a qualquer teste “randomizado” e era utilizada por “mais de 100 anos”. Assim, há uma desqualificação de determinadas pesquisas, como é o caso da pesquisa realizada no próprio CAISM sobre o uso da soja, mesmo que estas sigam rigorosamente o método científico. No caso da aspirina e da própria TRH, colocadas à venda pela indústria farmacêutica sem que fossem realizados testes rigorosos, foram aceitas sem contestação de sua seriedade.

Além disso, apesar dos médicos palestrantes concordarem que existem diferentes percepções sobre a menopausa, que a sintomatologia varia em cada cultura, além de estarem vinculadas às expectativas da mulher para essa fase, as pesquisas realizadas fora de nosso contexto, geralmente nos EUA e nos países europeus, são amplamente usadas como referência em suas exposições e os resultados dessas pesquisas são aceitos como verdadeiros para a sociedade brasileira. Tais resultados são considerados como “universais”, sendo mais aceitos até do que os estudos realizados no Brasil e que levam em conta as particularidades de nossa população.

O que se entendia por uma “pesquisa séria” também dependia do rigor no uso do “método”. Essa ideia aparece explicitamente quando a Palestrante 3 diz ter feito um “estudo etnográfico, mas científico”, onde é possível supor o que seja entendido como “científico”: no caso, o motoboy que coletava os questionários servia como “controle” e a pesquisa em diferentes “regiões censitárias” da cidade, garantiam a representatividade estatística. A Palestrante 3 apresenta em detalhes o seu “método”, para que fosse aceito como “científico” apesar de, segundo ela, utilizar elementos etnográficos. A utilização de recursos etnográficos parecia ser mal visto, já que indicou ter trazido dificuldades à pesquisadora em conseguir financiamento de um órgão de fomento “um dos avaliadores da FAPESP disse que não ia conseguir fazer a pesquisa em BH...”.

O apego e rigor ao método para garantir resultados confiáveis também ficam evidenciados na passagem onde o Palestrante 1 apresenta a Palestrante 4 como “uma autoridade internacional na área da menopausa”, com “uma formação vasta em metodologia de pesquisa” e que ela seria muito rigorosa nesse campo: “Ela é muito chata com isso”, afirma o médico. Ser “autoridade internacional”, ou seja, ser aceita pelos pares como uma autoridade aparece, na fala do médico, como estando relacionado ao fato de que a médica seguia o método com rigor, chegando a ser “chata com isso”. Essa perspectiva justifica a dificuldade que presenciei ao entrar no CAISM, onde essa mesma médica (Palestrante 4) qualificava minha metodologia como “fraca” e não considerava a etnografia como um método aceitável cientificamente (como apresento no Capítulo 3).

Sobre a associação da terapia hormonal com a incidência de doenças cardiovasculares, conforme apresentado pelo famoso estudo WHI (2002), o Palestrante 1 admitiu não existir um consenso médico sobre o assunto e contestou os resultados

apresentados pelo estudo. Ou seja, mesmo sendo um estudo considerado “sério”, o médico considerou que existia uma falha na pesquisa envolvendo a idade das mulheres selecionadas (com mais de 63 anos) sendo que, segundo ele, a menopausa “ocorre entre os 50 anos”. Ele conclui que se a TRH é protetora contra DCV, ao contrário das interpretações dadas ao estudo WHI. Assim, sua postura explicitamente favorável à TRH faz com que sua interpretação de qualquer resultado de pesquisa esteja em harmonia com sua visão: tanto em pesquisas com terapias alternativas, quanto nas pesquisas consideradas “sérias” envolvendo a TRH.

Na fala dos palestrantes é possível perceber que as ondas de calor são frequentemente citadas como o principal sintoma atribuído à menopausa, além de ser uma forte justificativa para a prescrição da TRH, já que, supostamente, proporciona uma boa resposta no alívio desse sintoma. Martin (2006) relata que as ondas de calor são vistas pela ciência médica como a única indicação “física” da menopausa. Todavia, a autora esclarece de que não há maneira segura de separar aspectos “puramente físicos” dos calores de seu contexto sociocultural, pois existem variações marcantes na intensidade e visão das mulheres sobre os calores atribuídos à menopausa. Em seu estudo, a autora aponta que 69,2% das mulheres canadenses dizem sentir ou ter sentido pelo menos uma vez esses “calores”, contra cerca de 20% das japonesas. Ainda recorre a outro estudo para explicar outras variáveis no contexto sociocultural que podem contribuir para a ocorrência ou não dos calores vinculados à menopausa, como por exemplo, mulheres em posições subalternas de trabalho costumavam relatar mais queixas relacionadas às ondas de calor na menopausa (Martin, 2006).

Outra questão que aparece no discurso dos médicos-pesquisadores para justificar seus trabalhos perante a população é a de que eles produzem “respostas às necessidades da comunidade”. Afirmam ainda que, caso haja alguma incerteza “em breve nós teremos a resposta”. Neste contexto, o CAISM se revela como um local de produção de verdades, o laboratório científico que “dará as respostas” à sociedade, conforme será abordado no Capítulo 4. É recorrente nos discursos orientados à população, a defesa da visão do cientista como o herói que apagará qualquer dúvida e revelará os mistérios da natureza. As “respostas” da ciência médica sempre aparecem carregadas de metáforas sobre o corpo da mulher, utilizando termos depreciativos para descrever o processo da menopausa, como

“morte folicular”, “exaustão”, “irregularidade”, “fisiopatia”, “deficiência”. , sem contar que o “envelhecimento” da mulher é expresso até em seu nível celular – “envelhecimento dos folículos”. As metáforas relacionadas a uma visão fordista do corpo da mulher - representado como um sistema complexo de produção – conforme descritas por Martin (1992), aparecem ainda hoje no discurso dos médicos sobre a ocorrência da menopausa. A explicação catastrófica da menopausa no corpo feminino, passa pela “deficiência folicular”, seu “envelhecimento” e, por fim, os corpos “respondem diferentemente aos hormônios, causando irregularidades”. Tal explicação sugere que o corpo da mulher funcione como uma máquina e que na menopausa esteja em colapso, já que não atende corretamente a “hipófise e o hipotálamo” (cérebro como central de controle).

Na descrição da osteoporose como uma doença que tem maior ocorrência na fase da menopausa, por conta da “deficiência” de estrogênio, a médica atribui uma metáfora econômica característica de uma visão capitalista de mundo, que vê diferentes situações em termos de falta e excesso: segundo a médica, é necessário “poupar osso” para o futuro. Essa descrição também aparece diversas vezes no consultório, onde os médicos justificavam o uso de vitamina D, cálcio e a prática de exercícios físicos como essenciais para “fabricar mais osso” – mais uma vez recorrendo a uma metáfora econômica para explicar os fenômenos do corpo.

Sobre a questão da sexualidade, é apresentado no debate do Fórum que fatores culturais, biológicos, sociais estão relacionados à questão da menopausa e, nesse sentido, deve ser feita uma avaliação criteriosa antes de qualquer prescrição. É alertado que a própria visão da mulher sobre a menopausa influencia em como ela vivencia essa fase. Caberia então aos médicos "ensinar" a mulher sobre seu corpo e "desmistificar" questões que circundam essa fase. Mais uma vez, o médico aparece como o detentor da verdade, com poder de revelar os mistérios da natureza. Ao falar sobre como algumas ideias religiosas interferem no desempenho sexual das mulheres, a Palestrante 4 revela uma estratégia usada em seu consultório, onde diz que “não é pecado ele ver que você tá tendo prazer e tá feliz” e reflete: "Eu entro na da pessoa para ver se ela se abre mais. Algumas religiões restritivas na parte sexual chegam a ser castrativas". Essa negociação de significados envolve, além da visão do médico e da “paciente”, a antiga “disputa” entre ciência e religião como detentoras da verdade absoluta.

Por fim, a Palestrante 4 alerta que expectativas negativas sobre a sexualidade na menopausa podem ser um grande impasse para a mulher. Porém, tais expectativas negativas muitas vezes são difundidas do próprio médico, como no exemplo dado pela palestrante, onde um médico sugeria que a mulher não contasse ao marido que estava na menopausa, apresentando a menopausa como algo que deve ser escondido e que deve ser motivo de vergonha. Assim, os médicos discutem sobre o uso de medicamentos quando se trata de problemas relacionados à sexualidade após a menopausa, e o médico mediador do debate (Palestrante 1) lança um discurso em nome do CAISM, lembrando que prestam um atendimento à mulher que considera “seu contexto de vida” e que “há uma tendência em medicalizar a disfunção sexual feminina”, mas que esse procedimento é contrário à filosofia de trabalho e pesquisa da instituição. Com esse discurso, o médico explica a postura do CAISM e diz entender que os problemas que envolvem a sexualidade são mais amplos do que essencialmente biológicos, para serem resolvidos apenas com medicamentos. Entretanto, no contexto de atendimento às mulheres no Ambulatório de Menopausa do CAISM, os médicos aprendizes sequer sabiam da existência do grupo de psicologia, nutrição, assistência social ou outra atividade não-médica oferecida no local. Muitas vezes, acompanhei mulheres perguntando sobre o encaminhamento à psicóloga e os médicos diziam desconhecer qualquer assistência desse tipo no hospital, fato que descaracterizava um atendimento “integral” à saúde da mulher.

Mesmo com um discurso “politicamente correto” de que a mulher deve ser avaliada como “um todo”, visão “integral” da qual o grupo do CAISM foi idealizador, na finalização dos discursos dos médicos ficava evidente a visão de menopausa como doença a ser tratada, minimizando os riscos da terapia hormonal: “o que é fundamental e eu recomendo para todo mundo: dieta + exercício + terapia hormonal, isso é certeza”. Assim, o Palestrante 1 (também mediador do debate) propõe uma fusão de cuidados com a saúde em dois níveis: o primeiro advindo da mudança de estilo de vida (a manutenção da saúde passa a ser de responsabilidade da própria paciente) e o segundo, via TRH (de responsabilidade e controle médico da saúde da mulher).

Conrad (1992) argumenta que a responsabilidade individual para a promoção da saúde é um processo similar à medicalização, já que alia preocupações comportamentais e médicas. Atividades sociais ou comportamentais passam a ser consideradas riscos médicos

para a manutenção das condições de bem-estar (por exemplo, aumento do colesterol vinculado ao risco de doença cardiovascular). Entretanto, enquanto a medicalização é oferecida para sanar problemas sociais ou eventos naturais, a promoção da saúde está orientada a definições sociais ou comportamentais previamente definidas pela medicina (Conrad, 1992). Diante dessa corrente forma médica de conceber o processo de saúde, o médico conclui com “certeza” de que uma prescrição adequada para a menopausa inclui a terapia hormonal.

O entendimento da menopausa como uma doença e sua intervenção via TRH como “melhor” caminho a seguir, reflete muito do que foi definido no cenário internacional sobre o assunto (conforme visto no capítulo 1). Nesse nível institucional do processo de medicalização (Conrad, 1992), as instituições brasileiras adotaram integralmente a abordagem médica desenvolvida fora do país como suporte para suas ações. Assim, a postura dos órgãos médicos brasileiros, do Ministério da Saúde através do Manual da Menopausa e ações do PAISM, bem como dos médicos-pesquisadores do CAISM demonstra muito mais uma assimilação e reprodução do discurso médico-científico dos países desenvolvidos do que efetivamente uma construção de uma visão pautada na realidade sociocultural brasileira. Como lugar de produção de conhecimento, o CAISM se apropria do conceito de menopausa criado no exterior e o toma como base para a criação de suas próprias teorias sobre o assunto.

Nos capítulos 4 e 5, o tema das controvérsias sobre o uso da TRH é retomado, entendendo como aparecem dentro do consultório, no discurso de médicos e das mulheres atendidas no local. Nesse ponto é abordado o processo de medicalização da menopausa em seu terceiro nível, chamado interacional (Conrad, 1992), onde tal processo ocorre a partir a interação entre médico e paciente. Dentre os médicos palestrantes que aparecem no primeiro e segundo debate, estavam alguns dos responsáveis por prestar suporte aos alunos e residentes que atendem no Ambulatório de Menopausa do CAISM. Assim, será possível comparar o que os médicos dizem fazer quando a questão é a intervenção hormonal da menopausa e como orientam os alunos na prática. A seguir, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta e análise dos dados propostos na tese, bem como, as particularidades do campo estudado e o perfil dos sujeitos voluntários da pesquisa.

CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de compreender a construção do conceito de menopausa dentro de um ambiente de biomedicalização específico, foi realizado um estudo de cunho etnográfico no período de setembro/2009 a outubro/2010 no Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁸ (CAISM). Neste trabalho, foram realizadas 28 entrevistas com mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa, 15 entrevistas com residentes de ginecologia e alunos de graduação do sexto período em medicina que prestavam atendimento no Ambulatório, além de 64 observações durante consultas ginecológicas no mesmo local – com entrevistas complementares a cada mulher durante período de espera pelo diagnóstico médico. Foi realizado também o acompanhamento de reuniões semanais do grupo de psicologia que prestava atendimento às mulheres na menopausa (envolvendo 10 mulheres), parte importante do serviço oferecido pelo Ambulatório do hospital universitário - totalizando 99 mulheres voluntárias da pesquisa. Todas as entrevistas e observações de consultas e das sessões de psicologia foram gravadas com a devida autorização dos envolvidos após leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a participação no grupo de psicologia, foram também realizadas entrevistas individuais e coletivas com as participantes.

Antes da realização de qualquer entrevista ou observação, as mulheres respondiam a um questionário socioeconômico (ANEXO VI) visando conhecer melhor o universo das informantes. As entrevistas individuais eram realizadas em uma sala reservada dentro do Ambulatório de Menopausa visando o máximo de privacidade e baixa interferência externa. As entrevistas seguiram um roteiro (ANEXO IV) abrangendo os seguintes temas: entendimento e relatos sobre menstruação e menopausa, início da vida sexual, sintomas que relaciona com a menopausa, alterações sentidas no corpo e no relacionamento com o parceiro, visão do parceiro com relação a menopausa, tratamentos utilizados, fontes de informação consultadas e entendimento sobre Terapia de Reposição Hormonal. Já as entrevistas com médicos (estudantes de medicina e residentes em ginecologia) tinham

⁸ Pesquisa desenvolvida em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), parecer: 736/2009 (ANEXO X e XI).

como temas (ANEXO V): percepção da menopausa e seus possíveis sintomas, alterações no corpo e relacionamento sexual da mulher, tratamentos alternativos, necessidade de tratamento hormonal – riscos e benefícios, escolha de tratamentos e medicamentos, além da discussão sobre uma possível influência dos representantes da indústria farmacêutica na prescrição de determinados medicamentos. Foi possível acompanhar também duas palestras sobre menopausa proferidas por professores do departamento de tocoginecologia da UNICAMP: a primeira destinada à alunos de graduação e pós graduação em medicina e a segunda, em forma de conferência, aberta aos profissionais de saúde e público em geral. O registro das palestras foi feito através de notas de campo – registro das falas e cópia das apresentações (*slides*) passadas durante as palestras.

A análise dos depoimentos e demais dados coletados (anotações/gravações dos relatos obtidos a partir da observação de consultas) foi desenvolvida, principalmente, com base no referencial teórico dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia, estudos de gênero e ciência, e antropologia médica. A partir das transcrições dos depoimentos e narrativas coletadas durante as fases de entrevista e observação, foi possível realizar o agrupamento dos dados em grandes temas e categorias de análise, tornando-se possível entender a construção do imaginário sobre a menopausa entre esse grupo de mulheres, bem como entre os médicos voluntários da pesquisa. Através da organização dos dados em temas e categorias foi possível aproximar semelhanças entre as narrativas e confrontar suas diferenças, entendendo o modo com que as mulheres e médicos percebem a menopausa. Com o objetivo de compreender alguns aspectos desse *locus* particularmente complexo de investigação, os temas e categorias levados em conta para a análise dos dados foram delimitados a partir do referencial teórico proposto:

Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia: propõe analisar a dinâmica da produção de conhecimento científico – a ciência é vista como um produto social e, como tal, sujeita aos interesses políticos, sociais, econômicos e compartilha dos mesmos valores e preconceitos da sociedade que a constituiu⁹. Frequentemente, tais estudos recorrem a algumas técnicas do método etnográfico em busca de um melhor entendimento do caso estudado.

⁹ Bruno Latour, Trevor Pinch, Wiebe Bijker, Michel Callon e Harry Collins, são somente alguns dos autores mais citados na área dos ESCT.

Estudos localistas da ciência e tecnologia: dentro dos ESCT, os estudos localistas propõe analisar os lugares de produção de verdades (*Truth spots*), demonstrando que o conhecimento científico é localizado e carrega marcas dos seus lugares de produção. Os estudos localistas consideram ainda as estruturas de "justificação" e a "viagem" do conhecimento produzido de lugar para lugar.

Estudos de laboratório: abordagem teórico-metodológica dentro dos estudos localistas da ciência e tecnologia. Os estudos de laboratório propõem uma análise micro social do desenvolvimento científico, acompanhando etnograficamente todo o processo realizado por cientistas e aliados dentro do laboratório (Latour & Woolgar, 1997).

Estudos de gênero e ciência: ligado aos ESCT, os estudos de gênero e ciência procuram demonstrar como a ciência ocidental foi construída a partir de uma visão patriarcal da sociedade¹⁰. Os estudos feministas dentro da perspectiva dos ESCT argumentam que o próprio corpo/sexo, definido como próprios do domínio da biologia, é construído socialmente, sendo modelado por valores socioculturais.

Embora as entrevistas com mulheres e médicos tenham sido enriquecedoras, durante a observação das consultas foi possível compreender mais claramente a percepção das mulheres sobre as transformações em seus corpos após a menopausa, além da posição dos médicos sobre o assunto explicitado durante a prática de suas ações. Minayo (2008) argumenta que "a observação é feita sobre aquilo que não é dito, mas pode ser captado pelo pesquisador", e que essa técnica permite uma inserção no universo a ser pesquisado, possibilitando uma melhor compreensão dos significados atribuídos pelo sujeito, sendo possível identificar questões que vão além da consciência do próprio indivíduo, mas que podem influenciar suas decisões.

De maneira geral, os principais temas que emergiram a partir da fala das mulheres e seus médicos giravam em torno dos sintomas, como, por exemplo, falta de libido, insônia, depressão, nervosismo e fogachos. As questões envolvendo a sexualidade feminina após a menopausa - que apareciam com muita frequência durante as consultas ginecológicas - me

¹⁰ Apresentação de linhas investigativas no campo dos estudos de gênero e ciência em KELLER, Evelyn Fox. "Feminism and science." In: KELLER, Evelyn Fox, and LONGINO, Helen (eds.). *Feminism and Science*. Oxford: Oxford University Press, 1996[1982]. p.28-40.

chamaram a atenção, desarranjando algumas ideias iniciais que eu mantinha para a pesquisa. O estranhamento inicial, que se estendeu durante todo o tempo em que eu ouvia os relatos de mulheres na menopausa sobre aspectos de sua sexualidade e que, muitas vezes eram contrários às expectativas dos médicos, me indicou que esse seria um caminho a ser melhor explorado – como apresentado no Capítulo 5.

3.1 MUDANÇAS OCORRIDAS NO PROJETO

No início da pesquisa, a ideia era analisar a percepção sobre a menopausa e especificamente sobre o uso de Terapia de Reposição Hormonal entre mulheres pertencentes a grupos sociais distintos. Assim, seria selecionado um hospital universitário (CAISM), um hospital da rede pública de saúde e um hospital particular. Iniciei os contatos com o grupo do CAISM e percebi que teria que fazer diversas mudanças no projeto inicial, de forma a adequar-se nos moldes dos projetos da área de medicina. Logo senti que enfrentaria muita resistência, já que não era comum a presença de pessoas fora da área médica questionando médicos ou frequentando consultas naquele hospital. Também senti que o esforço para entrar no CAISM seria compensatório, visto que este hospital universitário trazia importantes referências para a pesquisa. No longo árduo processo para entrar no CAISM e iniciar a pesquisa, pude compreender melhor o local e o que ele representava em termos de ensino, pesquisa, filosofia de trabalho e a inserção política de seu corpo docente e pesquisadores. Após o início do trabalho de campo, minhas expectativas sobre o CAISM foram se confirmando, foram surgindo outros questionamentos e entendi que seria importante dedicar um tempo maior dentro desse campo de pesquisa.

No geral, as mulheres atendidas pelo Ambulatório de Menopausa faziam um retorno às consultas a cada seis meses. Em Março de cada ano havia uma seleção para inclusão de mulheres a serem tratadas naquele Ambulatório. Como havia começado o trabalho de campo em setembro, pensei em permanecer com as observações no CAISM até Março, já que completaria seis meses de observação e começaria o retorno da maior parte das mulheres. Nesse período, tive contato com outros especialistas que prestavam atendimento às mulheres do Ambulatório de Menopausa – assistente social, psicóloga e nutricionista. A

filosofia do CAISM, que inspirou a política pública PAISM, trabalhava com a ideia de “Assistência Integral à Saúde da Mulher”, dessa forma, para entender na prática essa filosofia que sustentava ações do governo para saúde da mulher, direcionava a atuação dos postos de saúde públicos, aparecia no Manual de Menopausa, bem como outros termos de consenso médicos sobre a menopausa, era preciso acompanhar os outros profissionais que prestavam atendimento às mulheres na menopausa e que colocavam em prática esse atendimento “integral”. Em Março/2010 iniciei o acompanhamento do grupo de psicologia orientado a mulheres na menopausa. Durante esse período, pude conhecer histórias de mulheres em outra perspectiva, fora do consultório médico, e onde elas compartilhavam suas histórias com outras mulheres na mesma situação de vida, em um clima mais informal. As reuniões também contavam com algumas palestras de médicos e da nutricionista para orientá-las e tirar dúvidas.

Entendi, então, que estudar o CAISM era muito complexo e também esclarecia muito sobre as ações governamentais no âmbito da saúde da mulher, bem como a postura de muitos médicos e pesquisadores brasileiros atuantes nessa área. Decidi permanecer no CAISM, visto que esse local merecia ser acompanhado com mais profundidade – conforme analisado no Capítulo 4. Além disso, passei a considerar o fato de que o acompanhamento superficial de apenas dois ou três meses em cada um dos grupos selecionados anteriormente deixaria muito a desejar para uma pesquisa qualitativa, devido à complexidade e particularidades de cada local.

3.2 PROBLEMAS BUROCRÁTICOS NA ENTRADA EM CAMPO

Durante o processo de entrada em campo, houve um atraso de oito meses no cumprimento das etapas propostas do projeto. O início do trabalho de campo – realizado em clínicas médicas de Campinas/SP – que estava previsto para Março de 2009 teve início apenas no final de Setembro do mesmo ano, devido a dificuldades no processo de aprovação e liberação do projeto pelo Comitê de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia (DTG) do CAISM/UNICAMP e Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Desde a primeira apresentação do projeto aos responsáveis pelo Comitê de Pesquisa do DTG/CAISM, em Junho de 2008, houve

necessidade de adaptações do mesmo para que se cumprissem as exigências para pesquisa no local. Atendidas tais exigências, pelo menos na minha avaliação, o projeto teve sua primeira submissão formal ao referido comitê em 02 de Abril de 2009. O Comitê colocou ainda outras exigências, que contemplavam a necessidade de um professor da área médica que se comprometesse a acompanhar o trabalho da pesquisa nas dependências do hospital; a autorização formal dos responsáveis pelo Ambulatório de Menopausa (Diretor da Divisão de Ginecologia do CAISM, Coordenador da Graduação em Medicina – FCM/UNICAMP, Coordenador da Comissão de Residência Médica – FCM/UNICAMP). Além dessas exigências, foi demandada a reformulação do projeto seguindo o modelo padrão (protocolo) da pesquisa na área médica.

Tive ainda que enfrentar um longo processo de negociação da metodologia do projeto, pois os médicos não queriam aceitar argumentos baseados na pesquisa qualitativa/social. Senti diversas dificuldades logo no preenchimento dos documentos e formulários solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), visto que tais documentos não previam pesquisas em ciências humanas no ambiente médico. A Resolução 196/96 introduziu um conjunto de procedimentos voltados à regulamentação das pesquisas com seres humanos, com o objetivo de proteger os sujeitos envolvidos em pesquisas. Entretanto, essas normas são orientadas ao modelo biomédico, impondo barreiras às pesquisas antropológicas, tendo em vista que há uma universalização dos procedimentos de regulação colocada a tradições científicas completamente distintas (Fleischer & Schuch, 2010). Recentes discussões dentro da antropologia sinalizam a necessidade de diferenciar pesquisas feitas “com” seres humanos das realizadas “em” seres humanos, aplicando regulamentações mais adequadas a esses tipos de pesquisa (Oliveira, 2010).

Após passar por diversas adaptações, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa em Agosto/2009 (Parecer: CP029/2009) e, só então, foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética da FCM/UNICAMP. A aprovação total do projeto saiu em Setembro de 2009 (Parecer: CEP 736/2009). Neste processo de submissão ao Comitê de Ética, descobri que necessitava da assinatura de todos os membros envolvidos, trabalho que eu deveria fazer sozinha – tive que descobrir onde cada professor ficava, seus horários, sua rotina, explicar minha proposta para cada um deles – já que vinha de fora da área da

medicina. Ao todo, colhi sete assinaturas, num processo que se arrastou por dias e no qual tive que passar por cenários “estranhos”.

Durante essa busca às assinaturas, um episódio em especial foi muito marcante – quando cheguei ao prédio onde se encontrava um dos médicos que deveriam assinar meu projeto, um senhor na recepção me mostrou a sala onde eu encontraria o tal professor. Sem saber, eu havia entrado em um centro cirúrgico e quando vi os médicos rodeados de aparelhos no meio de uma operação, fiquei paralisada na porta. O senhor da recepção gritou: *“Pode entrar, eles estão operando um porco”*, mas eu estava tão nervosa com aquilo tudo que entendi que era um “corpo” e não um porco – ainda mais porque estava tudo tapado por um grande lençol, só com a parte a ser operada de fora – nessa hora sai correndo desesperada. Depois disso, o professor veio atrás de mim, rindo muito e não me exigiu explicações sobre o projeto – apenas perguntou qual era minha área de pesquisa e assinou tudo rápido para que eu pudesse sair logo dali. Esse fato seria apenas o primeiro de uma série de “estranhamentos” naquele ambiente “exótico” para uma não-medica.

Assim, as atividades em campo foram liberadas para iniciar apenas em setembro, cerca de oito meses de atraso em relação ao originalmente planejado. Entretanto, a liberação conquistada para execução do projeto incluía, além da observação das consultas e entrevistas com médicos e mulheres atendidas no Ambulatório, a gravação total dessas consultas observadas e entrevistas (mediante aceitação prévia dos envolvidos e assinatura do TCLE), o que possibilitou uma análise mais aprofundada da relação entre médico e paciente, bem como das práticas médicas no CAISM.

3.2.1 IMPRESSÕES E DESAFIOS NA ENTRADA EM CAMPO

Quando decidi realizar as observações de consultas ginecológicas no Ambulatório de Menopausa do CAISM, pouco sabia sobre a história do local, o que ele representava para seus membros, sua proposta e dinâmica de atendimento. Logo quando tive meus primeiros contatos com este Ambulatório, o que mais me chamou a atenção foi a extrema hierarquia do local, onde médicos e não-médicos tinham espaços completamente distintos.

Antes mesmo da entrada em campo, tive que transpor algumas barreiras, visto que meu saber não-médico era constantemente questionado. Foi necessário, então, adaptar o

projeto inicial à linguagem médica para, só assim, obter liberação e entrar no campo. Depois de passar mais de um ano reformulando as questões e a metodologia para aproximá-las do padrão esperado pela área médica, recebi a aprovação¹¹. Até então, poucos trabalhos haviam sido realizados naquele hospital-escola por um profissional de fora da área de saúde (especialmente, da medicina), e menos ainda contavam com uma metodologia qualitativa. É razoável supor que o pequeno número de estudos realizados pelas demais áreas não se deva ao desinteresse delas pelo tema, mas às barreiras quase intransponíveis impostas pelo local. Havia somente duas possibilidades para realizar pesquisa dentro do CAISM: ser orientado por algum professor do CAISM ou, caso o aluno não tivesse nenhum vínculo com o hospital-escola, ser acompanhado por um professor-tutor do CAISM, mas esse acompanhamento pressupunha, implicitamente, uma parceria nas publicações decorrentes do trabalho.

Consegui um tutor no CAISM, o que teoricamente resolveria meus problemas quanto à entrada no campo. Entretanto, isso não mudava o fato de eu ser uma “não-médica”. Assim, mesmo depois de ter toda a documentação aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da universidade, tive ainda que ser aceita pelos membros do campo. Havia uma regra não explícita que era mais poderosa do que qualquer documento de aprovação - logo no meu primeiro dia de observação, o médico responsável que havia assinado e liberado a pesquisa, me chamou em uma sala onde estava outra professora do programa para fazerem novas exigências. Descobri nas suas palavras que *“uma coisa é ter aprovação para a pesquisa e outra coisa completamente diferente é viabilizarmos a pesquisa”*. O termo apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética definia que eu poderia acompanhar semanalmente as consultas realizadas nas terças e quartas-feiras, mas o médico responsável passou a exigir que eu realizasse a pesquisa somente em um dos dias da semana. Ainda afirmou que eu não poderia gravar as consultas: *“O que você está pensando, menina? Consulta é coisa séria...”*. A gravação da consulta era algo que já havia conquistado liberação por escrito, inclusive com assinatura daquele professor. Concordei em acompanhar somente um dia por semana, mas não abri mão da gravação, já que dependia da aceitação da mulher envolvida e do médico que prestaria atendimento e não feria

¹¹ Pesquisa desenvolvida em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas no Brasil envolvendo seres humanos. Conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), parecer: 736/2009.

nenhum princípio ético. O referido médico disse não se lembrar de ter assinado a aprovação do projeto e não acreditava que o Comitê de Ética havia liberado o projeto nesses termos. Por fim, pediu para voltar na próxima semana para ter a resposta do que ele havia decidido.

No dia marcado para nossa reunião, o professor não apareceu – mandou recado por outra professora do departamento, dizendo que consultou o parecer ético e percebeu que o projeto realmente havia sido aprovado e que ele realmente havia assinado. Fiquei feliz, mas nessa mesma reunião não fiquei ileso - a professora questionou duramente alguns pontos do trabalho. A metodologia do trabalho que apresentei e que já havia sido aprovada foi questionada e desqualificada pela professora, acusada de ter “um buraco” e ser “fraca” para os padrões científicos com que estavam acostumados a lidar. Etnografia era uma palavra quase proibida. Nas palavras dessa professora: *“etnografia é muito fácil, eu até já fiz. É só transcrever as entrevistas, botar tudo num sisteminha e ele gera tudo pra você”*.

Outra barreira ainda maior apareceu quando comentei sobre colocar em prática uma parte da pesquisa, que também havia sido previamente aprovada, que consistia em acompanhar as reuniões em que alunos e professores discutem os casos atendidos, ou seja, acompanhar as dúvidas dos alunos que apareciam no decorrer de uma consulta.

Não tive acesso para observar essas reuniões entre alunos e professores na sala do piso superior, novamente com a alegação dos professores de que eu não era médica e que não entenderia os termos técnicos. Essa clara hierarquia de conhecimentos, onde o saber não-médico era constantemente desmerecido e reprovado, se fazia presente em diversos momentos, principalmente quando negociava a entrada em campo: *“mas você não é da área da saúde?”*, *“você nem é médica”*, *“O que você quer aqui?”*, *“Você não vai entender o que conversamos”*. O argumento de que eu não era médica e, portanto, não poderia estudar médicos me parecia tão impróprio vindo de um médico que sendo homem se propunha estudar mulheres.

No pensamento hierárquico dos saberes, colocava sempre o conhecimento médico como dominante e, dessa forma, havia uma tendência por parte dos médicos em reafirmarem seu conhecimento como científico, neutro e livre de interesses no mesmo momento em que classificavam meu conhecimento como não-científico.

Percebi, mais adiante, ainda outras situações onde se manifestavam aquela hierarquização extrema. No início da atividade em campo, por exemplo, muitos

funcionários não-médicos do ambulatório me tratavam de uma maneira muito formal por pensarem que eu era médica, o que foi se modificando quando souberam o que eu realmente fazia ali. Com o tempo, pude perceber também que as barreiras não eram somente impostas a pessoas externas à comunidade médica: havia uma rígida hierarquia entre os seus próprios membros do campo. Certa vez, enquanto aguardava falar com meu professor-tutor, ouvi um comentário por parte de um aluno de graduação dirigido a outros dois colegas também da graduação – chamados de internos - em tom de reclamação: *“ele só chamava ela de interno, interno, interno. Até que uma hora eu me enchi e disse: interno não! O nome dela é Cristina*.”*

De certa forma, essa hierarquia relativa aos “graus acadêmicos” me ajudou quando parti para a observação de consultas. Senti que o fato de estar fazendo uma pesquisa de doutorado, o que era extremamente valorizado naquele ambiente, possa ter influenciado na grande aceitação por parte dos alunos e residentes. Seguindo aquela lógica, tinha aceitação por ocupar uma posição acadêmica superior na relação com os sujeitos da pesquisa, mesmo que minha área de atuação fosse considerada inferior à área médica, desta vez considerando a hierarquia dos saberes ali demarcada.

Enfim, depois de quase um ano de tentativas, estava pronta para acompanhar as consultas e realizar entrevistas com médicos e mulheres atendidas no CAISM. Todas essas dificuldades me fizeram ver que, mesmo sem perceber, o trabalho de campo já tinha começado há muito tempo.

3.3 OBSERVAÇÕES E ENTREVISTAS

Em geral, o dia a dia no hospital me parecia uma espécie de gincana, onde aparecia sempre uma surpresa, ou eu precisava provar alguma coisa, convencer, negociar ou acertar a resposta certa. Dos residentes, alunos de medicina ou mulheres atendidas no local, não senti qualquer resistência, ao contrário, ganhei a confiança de todos rapidamente. Aos poucos, os professores lentamente foram me esquecendo e nos últimos dias da pesquisa, senti que estava praticamente invisível.

Por outro lado, dentro do consultório não tive qualquer problema em acompanhar as consultas – eu sempre me apresentava no início, falava sobre o Termo de Consentimento

Prévio, sobre a gravação, o sigilo e em nenhum caso fui negada a acompanhar, nem pelo médico, nem pelas mulheres atendidas. Tal aceitação também tem forte relação com a própria característica do Ambulatório de Menopausa, local onde são realizadas inúmeras pesquisas e as mulheres estão bem acostumadas com essa abordagem. Eram frequentes respostas como: “*a gente sempre participa de pesquisas [...] esses dias mesmo participei de uma*”, mostrando uma visão favorável à pesquisa. Para essas mulheres, participar como voluntária da pesquisa seria uma forma de contribuir ou retribuir pelos cuidados recebidos no CAISM: “*acho que é uma troca, é o que a gente pode contribuir*”. Em algumas situações, as mulheres me pediam para serem entrevistadas – por duas vezes, até mesmo as acompanhantes das mulheres em atendimento pediram para dar seu depoimento. Os residentes e alunos de graduação também eram bastante receptivos. Os alunos, especialmente, se mostravam bastante interessados na pesquisa. Várias vezes me passaram seus *e-mails* para que eu avisasse quando terminasse a tese e me pediam referências bibliográficas sobre os assuntos levantados. Em geral, acabavam me contando muito mais do que era perguntado: sobre seus planos depois da faculdade, o que o motivaram estudar medicina e, como estavam nos períodos finais antes de se formarem, era também um momento de reflexão sobre a carreira de médico.

3.4 PERFIL DAS MULHERES VOLUNTÁRIAS DA PESQUISA

Observando o perfil das mulheres atendidas no Ambulatório de Menopausa do CAISM e envolvidas na pesquisa, percebe-se que elas apresentam características socioeconômicas muito próximas. O questionário socioeconômico (Anexo VI) respondido pelas participantes abordou questões relacionadas à renda familiar, estado civil das mulheres, escolaridade, renda, cor/raça, idade, número de filhos, local de nascimento e residência, orientação sexual, ocupação, entre outras questões envolvendo a menopausa (última menstruação, a causa, sintomas, entre outros).

A média da idade das voluntárias da pesquisa era de 57 anos, sendo que a mais nova tinha 35 anos e a mais velha, 82. Foram consideradas todas as voluntárias da pesquisa, independentemente se a causa da menopausa tivesse decorrido de fatores cirúrgicos (histerectomia) ou causa natural. Do total de mulheres voluntárias da pesquisa (99

mulheres), 37 disseram ter entrado na menopausa em decorrência de fatores cirúrgicos, 55 relataram ter entrado na menopausa naturalmente (por conta da idade) e, 7 delas não responderam ou não souberam responder.

Sobre a renda familiar das voluntárias da pesquisa, a maioria (76 do total de 99 mulheres) se encontrava na faixa de até três salários mínimos – dentre elas, 25 recebiam de 1 a 2 salários mínimos, conforme visto no Gráfico 1.

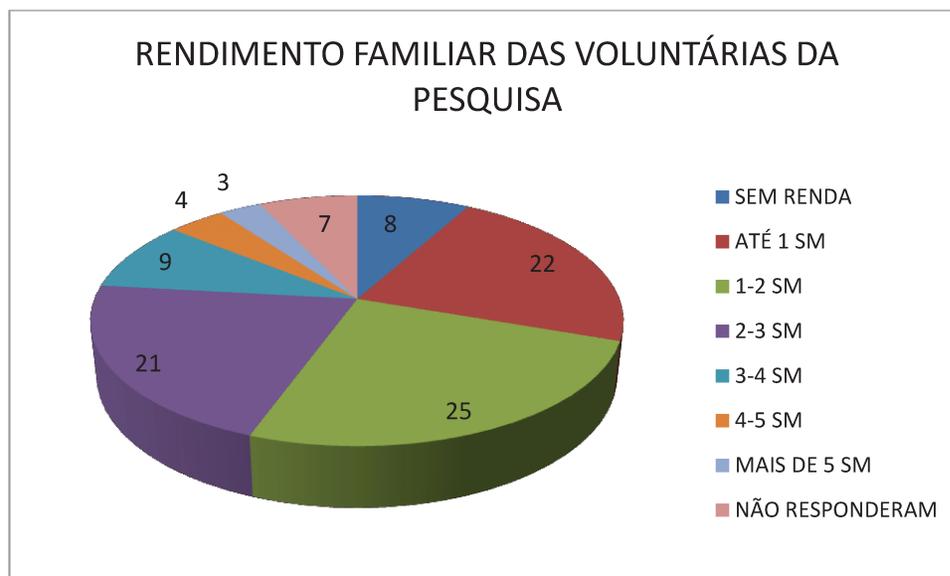


Gráfico 1 - Rendimento Familiar das Voluntárias da Pesquisa

Considerando a ocupação das voluntárias, 33 delas eram trabalhadoras ativas no mercado de trabalho, ocupando em grande parte funções domésticas como faxineira, empregada doméstica, cozinheira, entre outras. Em seguida, o papel exclusivo de dona de casa era exercido por 28 mulheres.

Tabela 1 - Ocupação das Voluntárias da Pesquisa

OCUPAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DA PESQUISA	
Ocupação	Quantidade
Trabalhadora ativa	33
Dona de Casa	28
Aposentada	25
Afastada - Auxílio doença INSS	6
Não Responderam (N/R)	4
Desempregada	3

Assim, para muitas mulheres, o companheiro desenvolvia o papel de principal provedor da casa. Isso pode ser um dos fatores que contribuíram para que muitas mulheres mantivessem seus relacionamentos mesmo tendo se declarado insatisfeitas com os companheiros, conforme acompanhado no Capítulo 5. Mais da metade das mulheres participantes da pesquisa informaram estar casadas (50 mulheres), seguido de 18 mulheres divorciadas, 14 viúvas, 13 solteiras e 2 das mulheres entrevistadas disseram manter união estável.

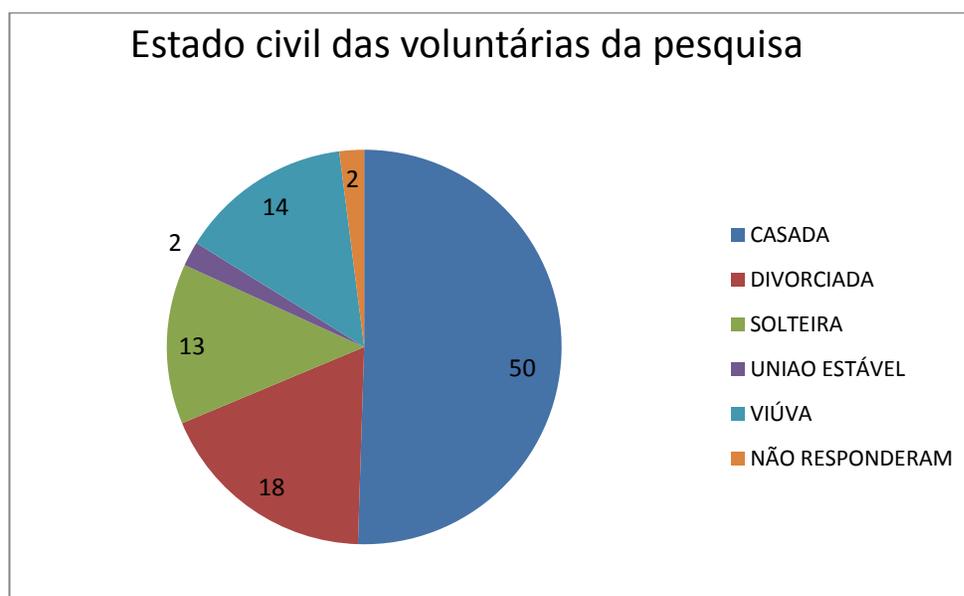


Gráfico 2 - Estado Civil das Voluntárias da Pesquisa

Outro dado relevante para traçar o perfil das voluntárias da pesquisa refere-se ao grau de escolaridade. A maioria delas (43 mulheres) tinham o primeiro grau incompleto (em geral, frequentaram até a 4ª série do ensino fundamental – o antigo primário) e 19 disseram ter terminado o primeiro grau (até a 8ª série), como pode ser observado no Gráfico 3.

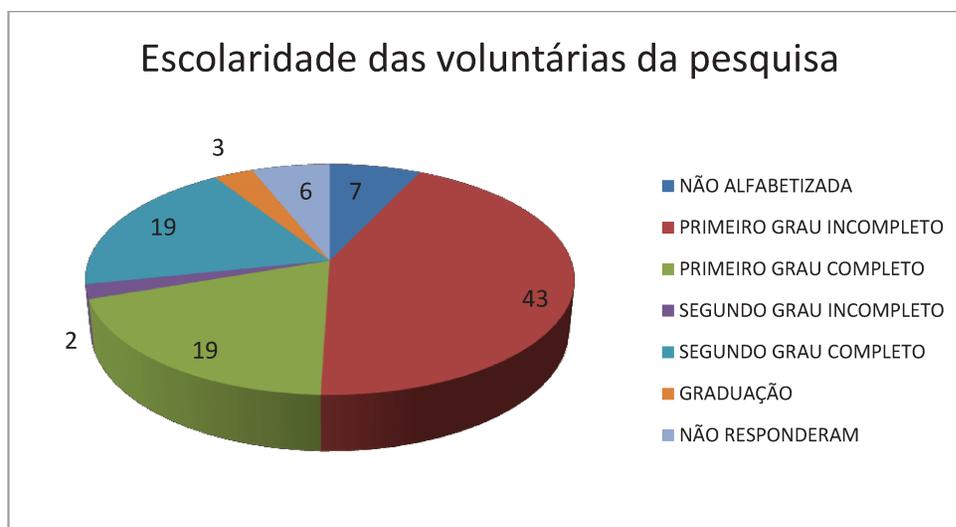


Gráfico 3 - Escolaridade das Voluntárias da Pesquisa

Quanto à cor/raça das voluntárias da pesquisa, a grande maioria se autodeclarou branca (66 mulheres), embora muitas delas tenham revelado ter dúvidas sobre a cor de sua pele. Essa questão gerou polêmica entre as mulheres. Uma delas me respondeu: “*Acho que eu sou branca. No meu documento tá escrito que sou branca. Minha mãe era negra e meu pai era branco, aí minha mãe me registrou como branca*”. Outras ainda se diziam “morenas”, negando qualquer raiz afrodescendente. Apenas nove mulheres se autodeclararam negras, conforme ilustrado no Gráfico 4.

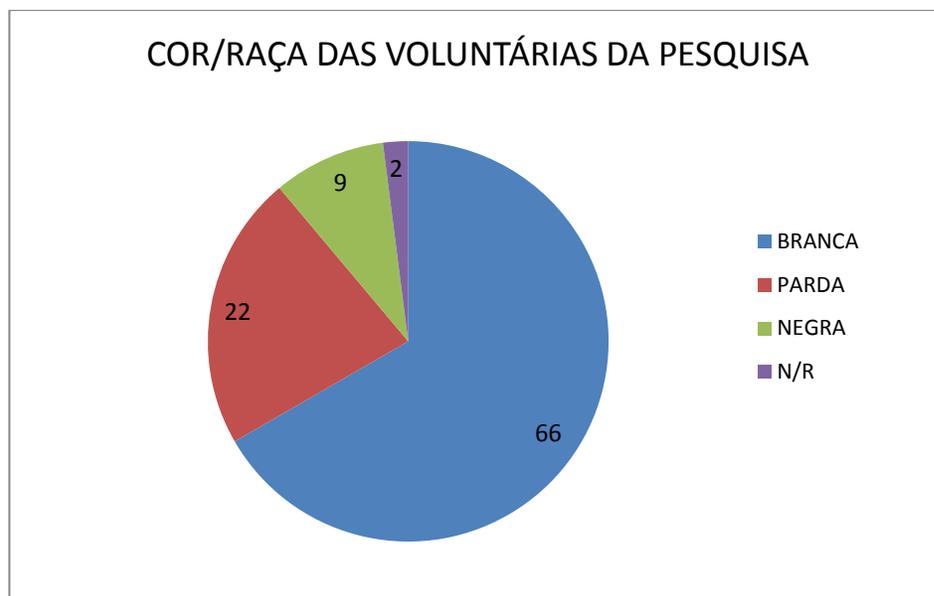


Gráfico 4 - Cor/Raça das Voluntárias da Pesquisa

A questão sobre a cor/raça das voluntárias deixou transparecer alguns preconceitos sociais refletido no discurso dessas mulheres. Outra questão que também gerou polêmica entre as mulheres entrevistadas estava relacionada à orientação sexual. No decorrer da pesquisa, tive que deixar de perguntar sobre esse tema, já que muitas mulheres estavam encarando a questão como uma ofensa, diziam que isso era pecado até falar, uma doença. Outras não sabiam o significado da pergunta, mas depois que isso era explicado elas acabavam se fechando. Dessa forma, decidi retirar a questão original para que não tivesse complicações na minha aproximação com as mulheres. Mais uma questão, sobre a quantidade de filhos, fez emergir outro tema considerado problemático entre elas: o aborto. Uma das mulheres confidenciou que havia feito um aborto, dizia saber que isso não era considerado certo em nossa sociedade, mas que não tinha condições de criar um filho naquela ocasião e isso seria ainda pior. A gravidez indesejada ocorrida logo no início da vida sexual (geralmente na adolescência) e a falta de planejamento familiar durante a vida também apareciam recorrentemente durante o questionamento sobre a quantidade de filhos da entrevistada – 44 mulheres diziam ter mais de 3 filhos.

As mulheres atendidas no Ambulatório de Menopausa do CAISM eram, em sua maioria, residentes no interior do estado de São Paulo, porém uma parcela significativa nasceu no estado de Minas Gerais (18 mulheres). Entre as mulheres nascidas em outras

regiões do país, as principais regiões mencionadas foram a região Nordeste e a região Sul (ambas com 09 mulheres cada), conforme segue no Gráfico 5:

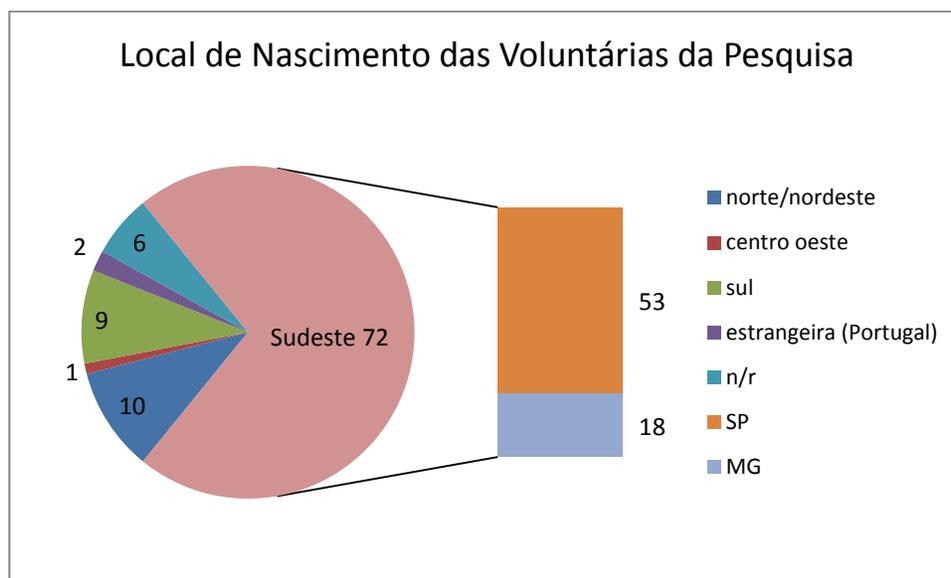


Gráfico 5 - Local de Nascimento das Voluntárias da Pesquisa

Todas essas questões socioeconômicas coletadas das voluntárias da pesquisa ajudaram a entender o universo dessas mulheres, bem como, compreender melhor suas posições frente a diversos temas como divórcio, relações de gênero, trabalho, relações familiares, além de questões relacionadas ao seu corpo (menstruação, gravidez, sexualidade e menopausa). Essas mulheres compartilhavam visões de mundo muito próximas e isso era diretamente refletido em seus relatos durante as entrevistas, consultas e, principalmente, durante as reuniões com o grupo de psicologia – conforme será analisado nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 4 – A CONSTRUÇÃO DA MENOPAUSA DENTRO DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM/UNICAMP)

No capítulo 2, acompanhou-se o modo com que as instituições brasileiras (entre elas, o CAISM) transformaram a definição médica corrente da menopausa em base (ou paradigma) para criação de suas próprias teorias sobre o corpo da mulher. A partir desse capítulo, acompanha-se o processo de medicalização em sua passagem do nível institucional (apropriação da definição pelo PAISM e CAISM) ao nível interacional (Conrad, 1992), isto é, considera-se a interação entre médicos e pacientes na construção de significados sobre a menopausa (questão também abordada no capítulo seguinte).

Neste contexto, o CAISM é analisado como um local de produção e reprodução de verdades sobre o corpo da mulher, no qual seu Ambulatório de Menopausa carrega características tanto de um vasto campo de pesquisas, quanto de um laboratório científico. O Ambulatório de Menopausa se revela, ao mesmo tempo, lugar de ensino, pesquisa e interação entre os atores. As representações do corpo feminino que circulam no lugar, os instrumentos médicos, a organização do espaço hospitalar, o ritual durante a consulta, entre outras “inovações” na prática (bio)médica, promovem a sustentação do discurso médico (re)produzido sobre o corpo da mulher na menopausa e favorecem a disseminação das verdades ali produzidas. Para tal análise são utilizados como referência os chamados “estudos localistas”, alinhados aos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia, que propõem investigar esses lugares privilegiados de produção de conhecimento científico.

4.1 O PAPEL DO LUGAR NA CONSTRUÇÃO DE FATOS CIENTÍFICOS

“A “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem” (Foucault, 1979, pg. 11).

A afirmação de Foucault nos remete à ideia de que os fatos eleitos como “verdade” no discurso científico são localizados, longe de serem universais como costumam ser proclamados. A ciência é produzida em lugares específicos e claramente carrega as marcas desses lugares de produção (Shapin, 1995).

Diversos trabalhos no campo dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT) têm atribuído categorias a diferentes práticas do conhecimento científico baseadas no tipo de lugar em que elas acontecem, bem como, analisam o comportamento que os pesquisadores apresentam com respeito às particularidades de cada lugar (Henke, 2000). Entretanto, apesar da enorme contribuição para o campo dos ESCT, a análise “localista” da produção de conhecimento tem sido pouco explorada (Kohler, 2002).

Alguns estudos recentes na área têm sustentado a necessidade de transcender o “lugar” físico, visto que com o avanço das tecnologias de comunicação foram eliminadas as barreiras impostas pela distância física. Além disso, os lugares parecem ter perdido sua distinção devido a uma padronização excessiva dessas construções. No entanto, o lugar permanece como um elemento constituinte da vida social e mudanças históricas (Gieryn, 2000). Nossa própria maneira de produzir conhecimento está em grande parte ligada ao lugar onde vivemos, já que por meio dele, juntamente com outras variáveis como o tempo histórico e nossas relações com o outro, internalizamos as maneiras de determinada cultura interagir e operar o mundo.

De acordo com Gieryn (2000), descrever um lugar onde o conhecimento foi concebido com o intuito apenas de compará-lo com outro contexto qualquer não faz com que o estudo seja considerado “*place-sensitive*”. Para o autor, é importante avaliar que o lugar não é meramente um cenário para acontecimentos diversos, mas um jogador atuante nesse jogo das relações sociais. Os fatos sociais estão vinculados a um lugar específico e incorporam características desse lugar (*emplaced*) (Gieryn, 2000), do mesmo modo que, os lugares construídos pelo homem incorporam significados simbólicos que podem ser compreendidos visualmente e impõem códigos da prática cultural. Dessa forma, o estudo do lugar é uma importante ferramenta para compreender determinada cultura (Kohler, 2002).

A própria forma material de um lugar é uma especificidade cultural, sendo coerente com a organização social da cultura que a edifica. As espacializações (significados atribuídos) e seus lugares correspondentes são fortemente conexos: os eventos que ocorrem num certo lugar são aqueles que o lugar está pronto para abrigar. Os lugares, por sua vez, afetam a relação social, na medida em que eles sugerem, facilitam, impedem ou condicionam determinados eventos (Malard, 2002).

Como exemplo, pode-se observar como os lugares incorporam e reforçam hierarquias, permitindo ou negando ações de determinados grupos sociais. As segregações de gênero são possibilitadas em grande parte pela geografia (localização) e arquitetura (forma material) dos lugares, construídos de forma a contribuir para a um controle social e espacial das mulheres, seja reduzindo suas ações ao domínio da casa, negando seu acesso ao conhecimento ou atividades decisivas para a reprodução de poder e privilégios, ou ainda limitando sua liberdade de circular entre os certos lugares, geralmente definidos como inseguros, ameaçadores ou inapropriados para as mulheres (Gieryn, 2000).

Foucault aprofunda-se no estudo do lugar ao tentar reconstruir a trajetória histórica da medicina clínica, buscando entender como o olhar médico a partir da segunda metade do século XVIII se inscreveu no espaço social (Foucault, 1977). O modo com que a arquitetura dos hospitais foi elaborada para separar o normal e o patológico, evitar contágios e segregar indivíduos que deviam ser vigiados (Idem, 1979), evidencia o controle social inscrito na forma material dos lugares, questão que também foi discutida em outros trabalhos do autor, como no caso dos hospitais psiquiátricos (Idem, 1972), escolas (Idem, 1999) e, especialmente, no trabalho sobre a organização das prisões através do modelo idealizado por Jeremy Bentham¹², o *panopticon* (Idem, 1999). O autor ainda relata que durante muito tempo a arquitetura respondeu apenas às necessidades de um povo em manifestar o poder, a força, a divindade. Entretanto, no final do século XVIII novas necessidades apareceram e a organização do espaço passou a ser utilizada com o intuito de alcançar objetivos econômicos e políticos (Foucault, 1979). Assim, conclui que a fixação espacial é uma forma econômico-política que deve ser criteriosamente estudada.

A abordagem localista contribuiu ainda para a abertura de novas possibilidades de análise aos estudiosos da ciência, cuja proposta é ir além da análise do "contexto da descoberta" e considerar também as estruturas de "justificação" e a "viagem" do conhecimento de lugar para lugar (Shapin, 1995). Conforme destacam Latour & Woolgar

¹² O modelo *Panóptico* de Bentham é uma forma arquitetônica originalmente utilizada no sistema prisional, no qual há a construção em forma de anel na periferia e no centro, uma torre para a vigilância e controle. Na torre existem janelas que se abrem sobre a face interna do anel e a construção periférica é dividida em celas as quais têm duas janelas - uma voltada para a torre e outra do lado oposto para permitir a passagem de luz atravessando a cela. Assim, cada ator fica sozinho em sua cela e constantemente visível ao controle da torre (Foucault, 1999).

(1997), há uma necessidade de acompanhar tal “viagem” através das malhas da rede onde se faz e desfaz determinado fato científico:

“Uma vez estabelecido o fato, é absolutamente inútil descer para a pequena cozinha do laboratório. Certamente essa cozinha é necessária, mas depois não terá mais importância [...] A ciência não está aí. É possível, ao contrário, observar passo a passo como os pesquisadores passam das circunstâncias locais para outras circunstâncias em que as condições originais de produção não contam mais [...] Desde então, em lugar de uma distinção entre contextos de descoberta e de justificação, temos uma gama contínua de transformações, de traduções, de deslocamentos que reatam a “ciência da descoberta” do laboratório de origem com a “ciência justificada” dos outros” (Latour & Woolgar, 1997, p.33).

Todas as afirmações científicas se originam em um lugar específico, entretanto, quando estas se tornam aceitas como verdade, as circunstâncias de sua produção devem desaparecer. Tal “verdade” necessita transcender seu lugar de produção, ou seja, passar a ser verdade em todos os lugares, mas sem estar vinculada a nenhum lugar em particular (Gieryn, 2002). É como se as afirmações científicas perdessem credibilidade se parecessem situadas em algum lugar particular.

Nesse sentido, a rede por onde esse conhecimento viaja se encarrega de fortalecer e proteger esse conhecimento. Shapin (1995) exemplifica que o conhecimento incorporado em um termômetro seria difícil de ser contestado, uma vez que seria necessário lutar contra várias atividades institucionalizadas as quais dependem diretamente da manutenção do termômetro como uma “caixa preta”. Assim, quando os elementos de uma rede agem em conjunto para proteger um conhecimento, então esse conhecimento é suficientemente forte e passamos a chamá-lo de científico.

Esses lugares privilegiados de acesso à verdade, chamados *Truth spots*, apresentam particularidades que merecem ser investigadas. Tais características conferem credibilidade aos fatos científicos neles produzidos e contribuem para a “viagem” desse conhecimento de lugar para lugar. A seguir, analisam-se as características que fazem do CAISM um lugar legítimo de produção de verdades, além de serem apresentadas as alianças externas que permitem que o conhecimento produzido localmente nesse hospital-escola “viaje” e conquiste ampla credibilidade social.

4.2 CAISM COMO *TRUTH-SPOT*

Nesse trabalho, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) é analisado como um *Truth-spot*, ou seja, um lugar legítimo de produção de verdades sobre o corpo da mulher. Para uma análise localista é necessário antes conhecer o papel dessa instituição no cenário brasileiro e internacional. A importância do CAISM para a produção de conhecimento sobre saúde da mulher pode ser entendida através da história de concepção desse lugar. Desde o início, o CAISM tem ligação direta com ações governamentais, tornando-se um ponto de passagem obrigatório para políticas públicas na área de saúde da mulher, conforme visto no capítulo 2. Nessa relação estreita com o Estado, o hospital-escola se coloca desde o início em uma posição de articulação e esse fato favorece o desenvolvimento e aceitação social do conhecimento ali gerado. Assim como o laboratório de *Beauregard* e suas pesquisas com células combustíveis, analisado no trabalho de Callon (1999), o CAISM também orienta suas pesquisas a um programa nacional (o PAISM) e, como consequência, acaba fazendo também o papel de intermediário entre a dinâmica da pesquisa e a da ação política. Ao papel de intermediário, Callon (1999) sugere que caberia o gerenciamento (e direcionamento) dos problemas e objetos de pesquisa, visto que “*a construção de fatos científicos dentro dos laboratórios é indissociável da estratégia do laboratório no seio das redes que ele gere*” (p. 177). Foi na criação do PAISM que se concretizou a primeira equivalência entre esse centro de pesquisa e um objetivo político. Esta equivalência entre objetivos heterogêneos, postulada por um ator particular é chamada de tradução (Callon, 1999; Latour, 1983; 2000).

O conceito de tradução utilizado por Latour (1987, 2003) faz referência à interpretação dada pelos construtores de fatos, orientada a seus interesses e/ou de atores que eles alistam. A operação de tradução realizada pelo cientista procura, ao mesmo tempo, alistar pessoas para acreditarem e disseminarem sua visão, além de se manter no controle para que o conteúdo disseminado por essas pessoas permaneça mais ou menos inalterado (Latour, 1987, 2003; Freire, 2006). Entretanto, as traduções criam equivalências entre discursos, atividades e categorias totalmente distintas e, portanto, geram controvérsias. O cientista então se associa a interesses diversos para que sua tradução da realidade seja aceita pelos demais atores e que não seja contestada pela política científica vigente, responsável por destinar os financiamentos para sua concretização (Callon, 1999).

No caso estudado, a filosofia de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (AISM), concebida dentro do grupo que veio a se tornar o CAISM, foi traduzida de modo a alinhar-se às demandas do Estado em uma época em que era necessário estabelecer uma política voltada ao crescimento populacional considerado desenfreado. Como apresentado no capítulo 2, uma Comissão Parlamentar de Inquérito estava sendo articulada para resolver a questão do crescimento populacional no Brasil e o PAISM foi apresentado nessa ocasião por dois membros do Departamento de Tocoginecologia do CAISM/UNICAMP, onde foi enfatizada a questão do Planejamento Familiar como carro-chefe da proposta. O conceito de AISM já vinha sendo trabalhado pelo grupo da UNICAMP, sob a liderança de José Aristodemo Pinotti, desde o início dos anos 70. No entanto, tais ideias só passaram a figurar no cenário político no início dos anos 80 – fase na qual Pinotti também veio a se tornar reitor da universidade, nomeado pelo governador estadual da época, Paulo Maluf. Devido às suas fortes alianças políticas Pinotti conseguiu indicar dois pesquisadores de seu departamento para compor a CPI e levar a diante suas ideias através do PAISM.

Em 1986, dois anos depois do lançamento do PAISM, o então reitor Pinotti ingressou oficialmente na carreira política – ano também de fundação do CAISM, do qual foi o idealizador e primeiro Diretor Executivo. Seu primeiro cargo político foi de Secretário de Estado da Educação de São Paulo (1986-1987), na gestão do governador do PMDB Franco Montoro (1983-1987), seguido de Secretário de Estado da Saúde de São Paulo e Coordenador do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987-1991) e do Ensino Superior (2007). Na Prefeitura de São Paulo, Pinotti foi secretário de Saúde (2000) e de Educação (2005 e 2006) (FAPESP, 2009; Oliveira, 2003). Como deputado federal teve três mandatos: o primeiro pelo PMDB (1995), o segundo mandato, em 2002, pelo mesmo partido e fez seu terceiro mandato pelo DEM-SP. Pinotti chegou a ocupar o cargo de Presidente do PMDB – Campinas/SP e Vice-Líder do PMDB, 2003, chegando a concorrer à prefeitura de São Paulo por esse partido. As ideias defendidas por Pinotti através do PAISM/CAISM lhe renderam ainda a presidência da "*International Federation of Gynecology and Obstetrics*" (FIGO), entre os anos de 1988-1991, implantando em nível internacional o conceito e prática do "*Reproductive Health*", equivalente ao PAISM brasileiro. O médico, único brasileiro a presidir a FIGO, privilegiou em sua gestão o treinamento de ginecologistas de países em desenvolvimento (Pinotti, 2011; Brasil, 2009;

FIGO, 2009).

Poucos são os cientistas que veem suas teorias traduzidas em políticas públicas e menos ainda os que têm a possibilidade de participar da execução e gerenciamento destas. Pinotti foi favorecido graças à sua capacidade de “alistar” atores tanto no meio acadêmico quanto político, conquistando as condições necessárias para que suas “traduções” fossem amplamente aceitas e seu conhecimento “viajasse” para além dos limites da universidade (ou de seu laboratório), perpetuando-se através do PAISM e de diversas políticas públicas posteriores. Através do PAISM, seus conhecimentos produzidos localmente foram generalizados em plano nacional e o CAISM se tornou o lugar modelo para a produção de conhecimento sobre saúde da mulher, onde as práticas médicas são testadas e os protocolos são elaborados para serem aplicados nos demais hospitais da rede pública. Além disso, Pinotti passou a ser referência para falar e legislar em nome da saúde da mulher no Brasil, alcançando prestígio e tecendo alianças decisivas em meio à comunidade acadêmica e política, além de adquirir importantes recursos financeiros para a consolidação de suas traduções.

Na divulgação do conhecimento científico produzido, Pinotti foi também notável. Produziu mais de 1.300 publicações, dentre elas, 37 livros científicos, mais de 450 artigos em revistas e jornais nacionais e internacionais, duas teses, colunas sobre saúde assinadas em jornais, além de dois livros de poemas (FAPESP, 2009; Brasil, 2009). A partir do PAISM, diversos programas governamentais foram criados sob o conceito de saúde integral da mulher, como é o caso do Manual da Menopausa. Essas políticas podem ser vistas como resultados concretos das operações de tradução do CAISM (especialmente de Pinotti) em torno das questões de saúde da mulher. Pinotti faleceu no dia 01 de Julho de 2009, meses antes do início da coleta de dados dessa pesquisa. Em 09 de Setembro de 2010 o hospital-escola idealizado por esse médico ganhou um “sobrenome”: Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti – Caism/Unicamp, sob o *slogan* “*Orgulho de ser CAISM, orgulho de ser Pinotti*” (CAISM, 2010a; BRASIL, 2009).

As particularidades do CAISM - como um lugar de produção de verdades sobre o corpo da mulher - conferem aos fatos científicos ali produzidos uma marca indelével. A seguir, o CAISM é analisado a partir da proposta metodológica apresentada por Gieryn (2000), a qual considera aspectos físicos, geográficos e as representações do lugar de

produção de verdades atribuídas pelos sujeitos, buscando, assim, conhecer os elementos que dão suporte à legitimidade do *truth spot*.

4.2.1 CAISM: Aspectos geográficos, físicos e representações do lugar

Diante da relevância do estudo do lugar para a dinâmica de produção de conhecimento, Gieryn (2000) propôs um modelo para auxiliar a análise localista sem que esta se torne reducionista ou determinista. A proposta do autor para a análise localista de um *Truth Spot* é pautada na análise de três características combinadas: sua localização (aspectos geográficos), a forma material (aspectos físicos) e o significado (representações atribuídas pelos atores). Segundo ele, uma análise que leve em consideração a localização geográfica, a forma material da construção e o modo de representação desses lugares pelos sujeitos, permite a compreensão de questões como desigualdade, moralidade, capitalismo, relações de gênero, hierarquias e outros problemas diretamente sociológicos. Dessa forma, o estudo do lugar de produção dos fatos científicos contribui para desconstruir a ciência como uma forma privilegiada de conhecimento (Kohler, 2002) e revela elementos importantes que constituem esse conhecimento. A partir dessa proposta metodológica, analisa-se o CAISM considerando os três aspectos da análise localista para uma melhor compreensão da dinâmica de produção de conhecimento desse lugar.

a) Aspectos geográficos

Considerando os aspectos geográficos ligados ao CAISM, não foi atoa que o primeiro hospital da mulher na América Latina tenha sido construído em Campinas, mais especificamente dentro da Unicamp. Como vimos anteriormente, o fato de o idealizador do CAISM ter sido reitor da universidade, além de ter estabelecido fortes alianças com pesquisadores e políticos influentes no Estado de São Paulo, foram determinantes para a concretização do projeto. Como argumenta Foucault (1979), toda a história de concepção de um lugar é também uma história de poder.

Campinas é hoje uma cidade de destaque econômico no interior de São Paulo. Desde o final dos anos 1960 já havia um interesse por parte dos governos estaduais em criar políticas de desconcentração industrial, desenvolvendo assim regiões próximas à Região Metropolitana de São Paulo. Entre as décadas de 70 e 80, as políticas adotadas acabaram direcionando os fluxos migratórios para o interior e as regiões que passaram a concentrar

maior atividade econômica e maior população foram Campinas e Santos (Baeninger, 2000). A Universidade Estadual de Campinas foi fundada na mesma época em que se pretendia uma descentralização industrial da região de São Paulo. Além disso, desde sua fundação em 1966 seus objetivos principais estavam relacionados à pesquisa, à pós-graduação, além de uma vinculação com o setor privado. Seu projeto institucional buscava explicitamente contribuir para o desenvolvimento do setor industrial e empresarial, e muito acima disso, buscava uma participação ativa na resolução de questões científicas e tecnológicas do país (Brisolla *et al.*, 1997). Essa última aspiração foi plenamente alcançada quando consideramos a história da criação do CAISM. Como visto anteriormente, o grupo de tocoginecologia da Unicamp – e, especialmente, o médico Pinotti - havia conseguido se inscrever no cenário político brasileiro através de sua filosofia de atendimento integral à saúde da mulher, ditando as diretrizes de uma política nacional. Todo esse cenário fez com que Campinas e a Unicamp se tornassem propícios para abrigar e dar visibilidade a um hospital-escola como o CAISM.

b) Aspectos Físicos

O segundo aspecto considerado por Gieryn (2000) para uma análise localista envolve os aspectos físicos do lugar. Atualmente, o CAISM (Figuras 1a e 1b) é responsável por prestar atendimento gratuito às mulheres do município ou procedentes de outras cidades brasileiras, recebendo casos encaminhados de diversos hospitais que não possuam infraestrutura adequada para o pleno atendimento da mulher (inclusive de outros estados brasileiros, conforme pode ser conferido no Capítulo 3). Como primeiro hospital da mulher da América Latina e considerado referência no continente pela OMS, o CAISM possui 139 leitos e realiza mais de 7.000 consultas ambulatoriais ao mês, envolvendo mais de 1.000 profissionais em diversas áreas (Brasil, 2009). O CAISM já prestou assistência a mais de 1,5 milhão de pacientes desde a sua criação, ocupando um conjunto de oito prédios com mais de 15.000 m² de área construída dentro da UNICAMP (Idem, 2009).

A administração de Pinotti na UNICAMP deixou suas marcas na forma material dos prédios do *campus* da universidade e, especialmente, no hospital-escola idealizado por ele. Durante a fase em que Pinotti foi reitor da UNICAMP acompanhou-se a construção de diversos prédios para abrigar os departamentos recém-criados na universidade (UNICAMP,

1986). Tais prédios tinham um formato extremamente padronizado e serviam para abrigar desde salas de aula, almoxarifado, laboratórios até as dependências do hospital-escola (Figuras 1a e 1b). Pelo fato desses prédios padronizados terem sido construídos durante a administração de Pinotti foram apelidados de “pinotinhos” (Maia, 2002; Alcoba, 2008).



Figura 1 - Padrão pinotinho de Construção: a) Complexo de prédios do CAISM/UNICAMP; b) Fachada do prédio principal do CAISM; c) Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp (CECOM); d) Centro de Ensino de Línguas (CEL).

O “pinotinho” é caracterizado como um tipo de construção padronizada, que segue uma técnica de alvenaria estrutural na qual as paredes principais são construídas primeiro (utilizando blocos vazados de cimento) e, a seguir, as colunas de concreto são construídas no interior dos blocos, seguindo intervalos regulares (UNICAMP, 2001). Tais construções, maioria no *campus*, apresentam uma infinidade de problemas quanto à iluminação, conforto térmico, disposição dos ambientes, comprometimento acústico e acessibilidade (Maia, 2002). De acordo com o trabalho de Alcoba (2008), a presença de deficientes físicos na universidade também não foi considerada quando tais prédios foram construídos. Os banheiros, por exemplo, foram projetados no meio lance da escada, dificultando o acesso

dos alunos com deficiência, bem como a adaptação desses prédios à acessibilidade. Por não considerarem que pessoas com deficiência pudessem estar presentes no dia-a-dia da universidade, a exclusão desses alunos já havia sido feita desde o planejamento dessas construções (Alcoba, 2008). Assim, a forma material contribuiu para a segregação desses alunos.

Quando consideramos que essa forma material padronizada foi aplicada também ao ambiente hospitalar, o problema fica ainda mais evidente. O ambiente hospitalar adequado deveria priorizar a humanização de seu ambiente físico, considerando aspectos como o conforto ambiental (iluminação, utilização da cor, diminuição de ruídos, odores, calor, etc.). Essas condições físicas do ambiente colaboram com o processo terapêutico dos pacientes, ao mesmo tempo em que contribuem para uma melhora nos serviços de saúde prestados (Martins, 2004). A importância da questão foi abordada pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS que visa, entre outras ações, “criar um ambiente físico, social, profissional e de relações entre as pessoas capaz de ser acolhedor, humano e resolutivo” (Brasil, 2006, p. 57). A humanização dos espaços hospitalares deve ir além da constituição técnica dos espaços, considerando também as situações que são construídas nesses espaços em um determinado tempo e vivenciadas por um grupo de pessoas com diferentes valores culturais (Idem, 2006).

Martins (2004) argumenta que um hospital adequado quanto ao ambiente deve atender aos requisitos de expansibilidade, flexibilidade, segurança, eficiência e humanização, considerando o conforto ambiental como aliado no processo de recuperação dos pacientes. No contexto hospitalar o paciente está em permanente luta para se recuperar, ao mesmo tempo em que é submetido às agressões do meio ambiente, como agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicológicos. Dessa forma, o ambiente hospitalar não pode ser mais um obstáculo na recuperação do paciente, visto que esses lugares já estão associados a situações estressantes na vida do paciente, como risco de vida e sofrimento (Idem, 2004). Foucault (1979) adverte que o hospital moderno deixou de ser uma simples figura arquitetônica e agora faz parte de um "fato médico-hospitalar". Contudo, para o autor, "nenhum plano arquitetônico abstrato pode dar a fórmula do bom hospital" tendo em vista que "este é um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências,

que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las" (Idem, p. 58).

Os prédios que abrigam o CAISM, apesar do padrão “pinotinho” de construção, apresentam suas particularidades. Em cada um dos oito prédios do CAISM foi inaugurada uma fachada criada pela artista plástica Fúlvia Gonçalves, denominado “Projeto Mater – Murais do CAISM”. Cada mural apresenta uma inscrição em latim, com dizeres ligados à maternidade e concepção, conforme segue a explicação:

“*Mater* se reporta ao próprio nome da unidade e vem como elemento simbólico que abriga, envolve momentos da vida onde a mulher tem papel preponderante. O primeiro mural planejado localiza-se no bloco H, inaugurado em agosto último. Seu título *Humanitas* significa “libertação do Ser; Luz à Humanidade”. O segundo – *Concepto* - é o louvor ao ato de conceber e gerar. O terceiro denomina-se *Aprisco*, lembrando o abrigo e a proteção doados pelo líquido amniótico ao Ser. Já o quarto mural foi concebido com a idéia de evolução do Ser no ventre materno, encimado pelos seios e, portanto, *Gestatrix*. O quinto é a sustentação - *Sustentatus*-, o alimento gerado pelos seios maternos. A fecundação, o óvulo fecundado, são representados pelo *Fecunditas* e, finalmente, o sétimo mural denomina-se *Unitas*, ou seja, a união, a força Pai, Mãe e Filho. Consta, ainda, do Projeto original, um mural para mais um prédio, a ser construído futuramente – *Laetitia* referindo-se à abundância, ao vigor e à alegria””. (UNICAMP, 2006, p. 5)

Muito embora a proposta do CAISM seja uma atenção integral à saúde da mulher que vá além dos cuidados na fase gestacional, isso não se manifesta nem em seus muros. As inscrições giram em torno apenas do ato da concepção e maternidade, como se esta fosse a principal função da mulher ou a única que merece ser exaltada. Como revela a justificativa da inscrição principal que dá nome ao projeto, “Mater” “*envolve momentos da vida onde a mulher tem papel preponderante*”. As inscrições seguintes esclarecem quais são esses “momentos” em que a mulher tem o papel principal, ou seja, quando a mulher se torna mãe (fertilidade), o que leva a crer que nos momentos restantes (inclusive na menopausa) o papel da mulher seja secundário.

O espaço interno do prédio principal do CAISM nos revela ainda mais sobre o lugar. As estruturas de poder e hierarquias locais podem ser vistas no modo em que as salas de ensino, consultas e trabalho estão dispostas no prédio. No andar térreo, pode-se avistar um grande balcão de informações que identifica e orienta os “pacientes” a seguirem para o setor desejado. Com o crachá fixado no peito, os “pacientes” seguem as linhas coloridas no

chão, que indicam o caminho a ser seguido. Após o balcão de informações há outro balcão de atendimento dos ambulatórios (há um plantão ambulatorial diferente a cada dia e período), seguido de um espaço de espera com cadeiras alinhadas, salas de atendimento clínico, sala de enfermagem e sala da psicóloga. A sala dos professores que prestam auxílio aos alunos em atendimento clínico fica no andar de cima. Mais acima ficam as salas de conferência, sala da comissão de pesquisa, sala de professores e da administração do hospital, revelando sua posição na hierarquia do hospital.

A ideia de atendimento integral supõe que todas as especialidades devem trabalhar juntas e em pé de igualdade. Assim, as outras especialidades não-médicas (nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social) ficam no mesmo andar térreo. Entretanto, de acordo com relatos dos profissionais não-médicos do local, seus espaços vem sendo reduzidos no decorrer do tempo em detrimento das salas voltadas às áreas médicas, cada vez maiores. O espaço destinado às atividades dos não-médicos estava em constante mudança, sendo levado para longe e para o entorno do núcleo. Já a sala destinada a entrevistas, utilizadas por alunos de pós-graduação, era também utilizada para reuniões de enfermagem ou ainda reuniões de professores. Em épocas de grande movimentação nos ambulatórios, essa sala passava a ser destinada aos atendimentos médicos, mesmo sem estrutura necessária para exames clínicos durante a consulta (maca, instrumentos médicos, entre outros).

Foucault (1979) considera que a constituição de uma medicina hospitalar, a partir do século XVIII, estava relacionada com a disciplinarização do espaço hospitalar e com as mudanças do saber e práticas médicas. Naquela época, o sistema médico epidemiológico era inspirado na botânica. Este compreendia a doença como um fenômeno natural, constituído de diferentes espécies, características observáveis e fases de desenvolvimento, assim como as plantas. Nesta concepção, a doença nascia a partir de um fenômeno natural, devido a uma ação específica do meio sobre o indivíduo – o ar, a água, alimentação, etc. - como o solo sobre o qual se desenvolviam diferentes espécies de doenças em um indivíduo. A partir daí, a cura deixou de ser dirigida à doença propriamente dita e passou a estar dirigida ao meio que a circundava (ar, água, temperatura ambiente, alimentação, etc.). No final do século XVIII, a questão do hospital se deslocou para a organização do espaço ou diferentes espaços em que o hospital estava ligado – onde localizar o hospital, as

distribuições de seus espaços internos de forma a favorecer a cura, organização permanente dos registros do paciente de forma exaustiva. O hospital passou a ser medicalizado em suas funções e efeitos, transformando-se também em um lugar de formação dos médicos.

Transferindo esta descrição do Foucault para o ambiente do CAISM, o fato desse hospital estar geograficamente localizado dentro de uma Universidade, reforça seu caráter como lugar de formação, acúmulo e transmissão de saber médico em diversas especialidades. O atendimento clínico serve de treinamento para futuros médicos e é organizado por ambulatórios específicos que contemplam o atendimento em diversas fases da vida da mulher. Todos os ambulatórios contam com a equipe multidisciplinar para o atendimento das mulheres em várias áreas, através de grupos de apoio em psicologia, nutrição, assistência social e fisioterapia.

Na fase da menopausa, as mulheres frequentadoras do CAISM contam com o atendimento em um ambulatório específico que ocorre duas vezes por semana (terça e quarta-feira) no período da manhã, recebendo em média 80 mulheres por semana. Para serem atendidas no Ambulatório de Menopausa (Figuras 2a e 2b), as mulheres passam previamente por duas etapas: entregar uma carta de encaminhamento de seu médico de consultório público ou particular e passar por uma triagem que é realizada no mês de Março de cada ano.

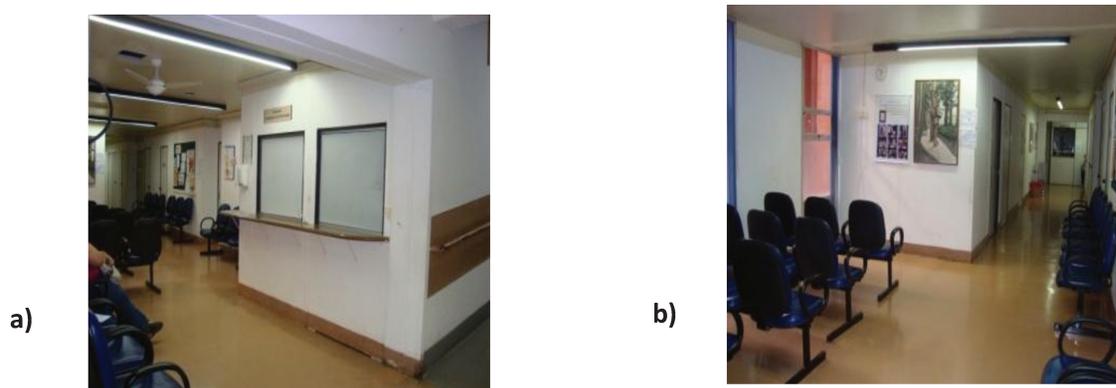


Figura 2 - Sala de espera do Ambulatório de menopausa. a) balcão de atendimento. b) cadeiras para espera.

O atendimento às mulheres é prestado por alunos do sexto ano de graduação em medicina da UNICAMP e residentes de ginecologia. Geralmente, três alunos de graduação – chamados de internos – e um residente de ginecologia são responsáveis por prestar atendimento no Ambulatório de Menopausa. Os internos são substituídos a cada semana e

os residentes, uma vez ao mês. Embora internos e residentes fiquem a sós com a paciente durante a consulta, exceto quanto são acompanhados por outros alunos de graduação em anos iniciais do curso, eles contam com a orientação de seus professores (fixados na sala do piso “superior” - tanto geograficamente, quanto hierarquicamente) antes de fazer qualquer prescrição à paciente.

Na sala de espera (Figura 2b) as mulheres começavam a chegar perto das 6:00 horas da manhã e aguardavam a abertura do balcão de atendimento (Figura 2a), geralmente às 7:30. Logo que o balcão abria, as mulheres entregavam uma ficha de atendimento e a atendente as colocava em ordem para o atendimento. Não ficava claro se apenas a ordem de chegada era determinante para organizar o atendimento. Diversas vezes as mulheres reclamavam pelo atendimento antecipado de alguém que chegou depois na fila do balcão de atendimento. Essa falta de explicação sobre a ordem de atendimento prejudicava a minha abordagem às mulheres, já que estas ficavam com medo de serem chamadas enquanto estavam participando da entrevista na outra sala. Diante dessa situação, contei com a ajuda da enfermeira do Ambulatório, que se comprometeu a avisar caso a “paciente” fosse chamada durante a entrevista.

Dentro do consultório médico do Ambulatório de Menopausa, a disposição da mesa, as figuras no painel, a maca, os instrumentos médicos, o jaleco branco e os demais elementos visuais e materiais que compunham o ambiente serviam como suporte à pretensa objetividade e neutralidade do Ambulatório e de seu discurso, ajudando ainda na legitimação do conhecimento (re)produzido. Esses objetos materiais e a organização do espaço fortaleciam o poder disciplinar do médico dentro do hospital, refletiam as hierarquias do lugar e contribuía para o controle social. Na sala de consulta, médico e paciente ficavam frente a frente em torno de uma mesa. Entretanto, a distância entre eles era demarcada não apenas pela mesa, mas por todo um ritual de consulta que colocava o médico em uma posição superior e inatingível.

O arranjo do consultório era oposto ao adotado na sala onde ocorriam as reuniões com o grupo de psicologia. A sala de psicologia ficava dentro do setor de fisioterapia e era revezada como as atividades de outras especialidades não-médicas. Durante as sessões do grupo, as mulheres ficavam geralmente sentadas em cadeiras dispostas em círculo, juntamente com a psicóloga. A psicóloga não tinha um espaço de destaque na sala, mas se

colocava como mediadora no debate das mulheres. Isso contribuía para que as mulheres se sentissem livres para falar de suas experiências, sem que estivessem perante uma mesa em um “juízo”, como ocorria durante a consulta médica.

Todo esse ritual médico que coloca o *expert* como figura superior tem raízes também no século XVIII, época em que o “grande médico” passou a figurar como personagem central no hospital. Antes disso, os médicos renomados não apareciam no contexto hospitalar, faziam consultas privadas e, geralmente, o médico chamado pelas comunidades religiosas para prestar auxílio aos doentes era considerado o pior dos médicos:

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc (Foucault, 1979, p. 64).

O ritual médico no Ambulatório de Menopausa se fazia presente desde a forma de organização do espaço da sala de consulta até a maneira pela qual o médico se reportava às mulheres, enfermeiras, estudantes ou outros funcionários do hospital. O consultório é o espaço do médico, um espaço de poder onde o médico se sente à vontade para exercer esse poder. Os médicos (aprendizes ou professores) se sentiam livres também para circular entre os espaços do hospital, diversas vezes interrompiam o atendimento dos outros médicos para pedir informação, convidar para almoçar, emprestar senha do sistema, carimbo, etc., sem se preocuparem com a paciente, que muitas vezes já estava tensa naquele ambiente que era pouco ou nada confortável para ela e restringia suas ações.

Em uma ocasião, após realizar uma entrevista, fiquei na frente de uma das salas de consulta esperando a finalização de um atendimento em andamento com o objetivo de pedir autorização para acompanhar as consultas seguintes. Nesse momento, ouvi de uma funcionária do hospital perguntar: *“Por que você está esperando para entrar na sala? Pode entrar no meio da consulta mesmo! Entra e senta lá, não precisa esperar terminar”*. No trabalho realizado por Lilian Chazan (2011) com gestantes em diferentes hospitais, percebeu-se que os estudantes e profissionais do hospital universitário tinham um acesso

irrestrito à sala de ultrassonografia, sem que se preocupassem com a privacidade da paciente durante o exame, fato que não ocorria da mesma forma em clínicas particulares. Assim, o direito à privacidade durante a ultrassonografia se mostrava diretamente ligado à condição socioeconômica das mulheres, fato que se repetia também no hospital-escola em questão.

Ainda no ritual da consulta, o prontuário, que conta a história clínica codificada da paciente, parecia ser mais importante para o médico do que a própria paciente em sua frente, a qual muitas vezes não recebia sequer um olhar. Em diversas consultas gravadas, o silêncio do médico ao ler o prontuário durava mais de 15 minutos, deixando a paciente apreensiva, à espera de uma resposta. Todo esse ritual da consulta se tornava extremamente opressor para a paciente - diante do médico ela só respondia o que era perguntado e, por vezes, esquecia, não tinha tempo ou até mesmo abertura para questionar sobre o que estava sentindo: *“a gente tem só cinco minutos para lembrar de tudo e às vezes eles nem olham na nossa cara!”*, justificava a mulher. Frequentemente, quando o médico aprendiz saía da sala e me deixava a sós com as mulheres, elas pediam para que eu as ajudasse a lembrar sobre o que gostariam de perguntar ao médico, já que não conseguiam se lembrar de suas dúvidas quando o médico estava presente: *“me lembra de falar que eu tô com dor na perna, não esquece!”* ou *“esqueci de falar pra ele que estou com dor no rim. Quando o médico voltar, você me lembra de falar isso pra ele?”*. Em geral, as mulheres se mostravam tensas no encontro com o médico, o que as levavam ao esquecimento de suas dúvidas ou ao desconforto para questionarem.

Outras vezes, quando as mulheres tinham oportunidade (e coragem) de falar espontaneamente sobre o que estavam sentindo, percebiam que o médico não lhes dava atenção, tampouco as olhava. Minha posição na sala de consulta era em uma cadeira no canto direito, pouco atrás da paciente. Mesmo fora do campo de visão dessas mulheres, elas se viravam para me olhar e costumavam me incluir no diálogo da consulta. Apesar de ter sido esclarecido previamente que eu não era médica, quando não recebiam a devida atenção do médico elas insistiam em me mostrar suas pernas inchadas e doloridas, as mãos e braços castigados pela artrite, ou me faziam apertar também algum “caroço” na cabeça, no braço, nas costas para que eu testemunhasse seu sofrimento e pudesse ser solidária à sua dor.

Fora da sala destinada às consultas, ao lado do local de espera das pacientes para as consultas, ficava a sala de entrevistas usada pelos alunos de pós-graduação (geralmente médicos). No projeto aprovado pelo Comitê de Ética, eu havia solicitado uma sala ou local reservado para que as mulheres entrevistadas se sentissem à vontade. Os funcionários do Ambulatório indicaram que eu poderia revezar a sala de entrevistas com os alunos de pós-graduação. Logo que comecei a usar a sala de entrevistas (Figura 3) – em horários alternados com mais dois alunos de pós-graduação – fui abordada por um professor, afirmando que eu não poderia usar aquela sala porque eu não era da medicina. Expliquei que não poderia fazer entrevistas no meio da sala de espera para não criar constrangimentos às mulheres voluntárias da pesquisa, mas diante do argumento do professor, decidi procurar outro local. Na semana seguinte, eu estava fazendo entrevistas no corredor de acesso às clínicas, um pouco afastada das cadeiras de espera para garantir alguma privacidade, quando esse mesmo professor me abordou: *“você não pode fazer entrevistas aqui, tem que ficar em um local separado para garantir o sigilo”*. Nesse momento, expliquei que eu estava em uma sala na semana anterior e ele mesmo havia me proibido de usá-la porque eu não era médica. O médico respondeu: *“está no seu projeto do Comitê de Ética que você queria uma sala? Então pode voltar”*.



Figura 3 - Sala de entrevistas no Ambulatório de Menopausa.

Essas negociações se estenderam durante todo o meu tempo no Ambulatório. Em uma delas, um professor disse que eu deveria usar jaleco branco todos os dias para acompanhar as consultas. Não era minha intenção me vestir como os médicos e confundir as mulheres sobre o meu papel na consulta, mas eu também não podia prejudicar o trabalho

que estava só começando. Passei, então, a usar blusa branca todos os dias de observação ao invés do jaleco proposto. A posição do médico e dos funcionários do hospital era constantemente colocada em questão e o jaleco era mais um desses marcadores.

Na rotina da consulta, o médico aprendiz (lá chamado de interno) era orientado a levar o caso ao professor na sala “superior” antes de fazer o diagnóstico e esse procedimento costumava demorar cerca de 20 minutos. Durante esse intervalo em que eu ficava sozinha com as mulheres, aproveitava para fazer uma rápida entrevista. Para essas entrevistas, o roteiro de questões não foi seguido da mesma forma como quando eu fazia apenas a entrevista fora do consultório médico, sem observação da consulta. Geralmente, deixava que as mulheres direcionassem as conversas e isso me ajudou a entender os temas que eram realmente importantes para elas. Muitas vezes, as mulheres não falavam para o médico tudo o que lhes era perguntado sobre algum aspecto de sua vida pessoal - talvez por medo ou vergonha - mas logo que os médicos saíam da sala, elas logo me revelavam.

O fato de eu ficar na sala com as mulheres enquanto os alunos e residentes conversavam com seus professores, de certa forma, contribuía para um melhor atendimento prestado no Ambulatório, já que as mulheres não ficavam irritadas com a demora desses futuros médicos para retornarem ao consultório. Os alunos e residentes se apoiavam em minha presença na sala para amenizar o tempo de espera da paciente *“vou sair um pouquinho para falar com o professor, mas enquanto isso você fica conversando com ela”*. Certa vez, uma aluna de medicina me disse: *“Gostei muito de você ter ficado aqui, pode vir sempre. É bom... quando eu volto [da conversa com o professor] elas ficam todas animadas, falantes”*.

Não era comum que os médicos examinassem as pacientes dentro do consultório, geralmente, apenas solicitavam exames laboratoriais para serem analisados na próxima consulta. Entretanto, quando era realizado algum exame no consultório, eu costumava sair da sala ou ficava atrás de uma divisória móvel colocada pelo médico. Essa última situação foi se tornando a mais comum, primeiro, porque algumas mulheres insistiam para que eu ficasse na sala e, segundo, porque os médicos homens em treinamento necessitavam da presença de uma enfermeira, uma médica do sexo feminino ou uma acompanhante para realizar os exames ginecológicos. Esse procedimento era necessário para que a paciente se sentisse confortável durante os exames clínicos e para atestar que nenhum tipo de abuso

havia sido cometido durante esses exames. Nesse contexto, eu fazia, outra vez, o papel de testemunha, mesmo que atrás de uma divisória. Embora essa função não estivesse nos meus planos iniciais, foi bastante enriquecedor ouvir o diálogo durante o exame clínico.

c) *Representações*

O último aspecto considerado por Gieryn (2000) em seu modelo de análise localista diz respeito às representações atribuídas pelos sujeitos ao lugar em questão. No caso do CAISM, esse hospital-escola foi recentemente avaliado de forma positiva na Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS, que envolveu 158 mil usuárias do hospital. Com essa avaliação, o CAISM ganhou o Prêmio Melhores Hospitais do Estado de São Paulo em 2010, ocupando o quarto lugar no Estado (CAISM, 2010b). Essa satisfação das usuárias também se confirmou durante as entrevistas e consultas, onde as mulheres expressavam voluntariamente sobre seu sentimento pelo CAISM.

Em uma consulta, por exemplo, o médico-aprendiz informou que a paciente recebeu alta, fato raro naquele Ambulatório e, por isso, estava feliz em poder dar a notícia. Diante da informação, a mulher respondeu que não queria receber alta, visto que não pretendia voltar a ser atendida nos postos do SUS: *“eu não queria sair daqui... Aqui eu tô sendo bem atendida, lá no posto demora pra conseguir fazer exame, não tem remédio... é tudo difícil...”*. O médico insistiu que receber alta é “uma coisa boa” e deveria ser comemorada, mas não conseguiu convencer à paciente e acabou cedendo, marcando um retorno para depois de seis meses. Em outro caso, a mulher relatou que tinha acesso a um plano de saúde, mas afirmou que preferia ser atendida no CAISM ao invés de ir a um médico particular.

Por duas vezes, presenciei acompanhantes de mulheres pedindo ao médico para serem também atendidas no CAISM. Em geral, as mulheres se sentiam em dívida eterna com os médicos do hospital-escola pelo fato do atendimento disponibilizado ser “de qualidade” e “gratuito”. – apesar das mulheres pagarem impostos e de que a qualidade no atendimento público devesse ser considerada uma regra e não exceção. Um caso ilustrativo se passou durante uma consulta, onde a mulher perguntou sobre um médico em especial, tendo em vista que ela havia ficado internada por muito tempo no CAISM e recebeu bons cuidados desse médico e de toda a equipe. Por isso, ela sempre trazia presentes para esses profissionais e até resolveu costurar e bordar a mão todo o enxoval da filha desse médico,

que na ocasião estava prestes a nascer. Acompanhei o encontro desse médico com a paciente e, apesar dele enfatizar que essas eram apenas obrigações de seu trabalho, a mulher se dizia em “dívida eterna” com ele. Essa “dívida” era, muitas vezes, paga pela paciente através de sua participação nas pesquisas do lugar. Dessa forma, o CAISM era um modelo, um padrão, uma referência de atendimento para o SUS, porém, na prática era um modelo quase inatingível, tendo em vista que o SUS não conseguia sustentar o mesmo padrão de atendimento disponível no CAISM.

Pelo sucesso dos alistamentos feitos pelo médico, pesquisador e político Pinotti, para que o CAISM fosse criado e para que sua filosofia chegasse a ter um papel determinante nas políticas públicas do país, percebe-se que esse hospital consolidou-se como um centro de referência de práticas inovadoras voltadas à saúde da mulher, ou ainda, um grande laboratório de testes de políticas, abrigando programas/protocolos piloto antes de sua implementação nos Postos de Saúde da rede do SUS (Serviço Único de Saúde). Essa percepção se mostrou um sentimento compartilhado por outros atores, como a comunidade médica, mulheres pacientes, Governo Federal, mídia e pelos próprios funcionários do hospital-escola. Essa imagem do CAISM é sempre reforçada e divulgada pelos seus professores e pesquisadores através de congressos, encontros políticos ou palestras promovidas pelo CAISM (conforme visto no capítulo 2). Havia certa flexibilidade interpretativa (Pinch & Bijker, 1987) entre os diversos atores com relação a esse hospital-escola. Entretanto, essa interpretação era mais ou menos guiada pelas traduções disponibilizadas pelos próprios pesquisadores do CAISM. O alistamento das mulheres para a participação nas pesquisas, por exemplo, era feito dentro do consultório médico pelos médicos-pesquisadores e aprendizes, já que essas mulheres são agentes importantes para legitimar o poder do lugar e do conhecimento ali produzido.

A análise dos aspectos geográficos, físicos e das representações atribuídas ao CAISM, conforme proposto no modelo de Gieryn (2000), auxiliou na compreensão dos elementos constituintes desse hospital-escola como um *truth spot*. Tais elementos são responsáveis por dar suporte à legitimidade desse lugar para a produção de conhecimento, além de contribuir para a “viagem” empreendida pelos fatos científicos produzidos localmente. A seguir, serão apresentadas as especificidades do campo e do laboratório na dinâmica da produção de conhecimento científico - dois lugares privilegiados de acesso à

verdade, mas que possuem características metodológicas distintas para a produção de conhecimento. Em seguida, será analisado como as características de ambos (campo e laboratório) se manifestam na maneira de produzir conhecimento dentro do Ambulatório de Menopausa do CAISM.

4.3 TRUTH-SPOTS: O CAMPO E O LABORATÓRIO

O campo e o laboratório podem ser considerados lugares privilegiados para abrigar práticas científicas - como *truth-spots*, ambos proveem o acesso à “verdade”, além de conferirem credibilidade às afirmações científicas neles produzidas, contribuindo para sua aceitação social (Shapin, 1995; Gieryn, 2006). Apesar de terem atributos em comum, a cada local se costuma associar características diferentes: o campo de pesquisa proporciona esse acesso à verdade por meio de observação, experiências subjetivas, imersão, aproximação local, ao contrário do laboratório, cuja proposta é a experimentação, objetivação, distanciamento, criação de generalizações (Gieryn, 2006).

Um laboratório científico é definido ainda pelo rígido controle sobre seus objetos de análise. A “natureza selvagem” (a qual os pesquisadores do campo têm maior proximidade) é reconstruída dentro daquele ambiente, sendo selecionada, manipulada, codificada, em uma tentativa de afastar qualquer agente “contaminante” de fora do laboratório. Assim, todo o poder sobre o objeto de estudo é conferido aos pesquisadores (Gieryn, 2006). O laboratório se constitui em um local crucial para a construção de argumentos científicos, onde se fabricam os resultados, se estabelecem teorias e onde elas são disseminadas em uma constante interação entre pesquisadores, financiadores e público potencial. É também no laboratório que o conhecimento deixa de ser local e transforma-se em conhecimento negociado com outros agentes, sendo difundido em diversos meios sociais (Callon, 1999). O laboratório tem uma dinâmica muito particular e complexa de funcionamento e acompanhar seu funcionamento substitui a preocupação com o que o cientista “diz que faz” pela observação “do que ele faz” (Stengers, 2002).

Gieryn (2002) argumenta que a credibilidade das afirmações científicas desenvolvidas no laboratório depende grandemente do “desaparecimento” do lugar de sua produção. Nesse sentido, a padronização dos laboratórios científicos contribui, em grande medida, para a “rotinização” das tarefas e para esse “desaparecimento” do lugar como

relevante aos cientistas (Gieryn, 2002). Os laboratórios se tornaram lugares simplificados e padronizados, despojados de qualquer contexto ou variações do ambiente, lugares à parte do mundo (Kohler, 2002). É essa qualidade espacial ímpar que confere credibilidade ao conhecimento produzido em laboratórios. Para Kohler (2002), a mobilidade espacial de um laboratório permite que suas práticas dispersem rapidamente como “espécies invasoras”. A cultura “invasora” do laboratório faz com que suas práticas viajem e sejam assimiladas em qualquer lugar, transformando o modo das pessoas pensarem.

A padronização dos laboratórios teria ainda como objetivo garantir que os experimentos saiam sempre da mesma forma em que foram produzidos e, de acordo com Kohler (2002), esta é uma das principais razões no qual acreditamos muito mais nos experimentos do que em outras formas de conhecimento. Esse lugar que aparentemente não tem localização específica leva a crer que as práticas do laboratório são "objetivas", já que a igualdade visual do ambiente e as regras de procedimentos padronizadas dão a sensação de que se podem ser aplicada a tudo e em qualquer contexto. Por outro lado, Shapin (1995) pondera que durante a viagem empreendida pelos fatos científicos, o conhecimento nunca chega intacto a outro lugar. As competências científicas não são efetivamente transferidas de um indivíduo para outro ou de um lugar para outro, apenas através de algoritmos, receitas, métodos ou regras detalhadas sobre o processo: o trabalho empírico é desenvolvido através de características locais, equipe qualificada a lidar com os processos, instrumentos tecnológicos e transações entre as pessoas e o conhecimento (Shapin, 1995).

Mesmo assim, Gieryn (2002) revela que os laboratórios modernos de biologia se tornaram lugares padronizados ao ponto de não ser considerado relevante mencionar em artigos científicos as condições ambientais e materiais que permitiram a construção do fato. A padronização garantiria que o fato produzido em um laboratório específico fosse verdade em qualquer outro laboratório, já que todos teriam as mesmas condições para sua realização (e validação). Essa credibilidade e “universalidade” atribuída aos laboratórios pode explicar sua maior valorização como lugar de produção de conhecimento quando comparado ao campo. Isso se reflete também entre os estudiosos da ciência, os quais aparentam certa predileção em focar seus trabalhos de cunho localista no âmbito apenas do laboratório, o mais “sem lugar” dos lugares (Kohler, 2002).

Entretanto, os estudos realizados em campo nem sempre tiveram menor destaque quando comparado aos estudos desenvolvidos no laboratório. Até o final do século XVIII, os cientistas de campo eram vistos como heróis exploradores, desbravadores, que passavam privação em nome da ciência e isso garantia sua credibilidade científica. O que mudou essa lógica do lugar de produção de conhecimento foi a emergência do laboratório moderno. Os laboratórios modernos não se utilizam de lugares emprestados para produzir conhecimento, antes criam seus próprios lugares específicos para seus habitantes, além de apresentarem uma lógica de credibilidade distinta que não depende de um lugar específico (Kohler, 2002). Já a credibilidade dos estudos realizados em campo pode ser alcançada através de uma abundância de evidências circunstanciais, que inclui um itinerário completo de onde e quando aconteceu tal fato, onde o cientista estava acampado e contos corriqueiros em geral (anedotas da vida no campo). Essas evidências se transformam em uma garantia simbólica de que os escritores estavam no local que eles descrevem e tem características semelhantes das histórias da ciência natural (Idem, 2002).

Embora o laboratório e o campo possam ser vistos num primeiro momento como culturalmente distantes, eles são terrenos complementares para a pesquisa científica. Em alguns casos, o conhecimento ganha legitimidade por preservar as características de ambos os lugares de produção simultaneamente (Gieryn, 2006). Há um tráfego de informações constante através dessa fronteira, além do que, as práticas dos cientistas tendem a combinar métodos de ambos *truth-spots*. Apesar das diferenças, ambos são parte de uma cultura comum e seus princípios de construção do conhecimento são similares (Kohler, 2002). Além disso, alguns trabalhos recentes procuram demonstrar que em certos tipos de ciência não é possível visualizar uma divisão tão nítida entre o campo e o laboratório (Henke, 2000).

No livro “*A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*”, Latour (2001) acompanha cientistas em campo coletando amostras de solo na Floresta Amazônica e, em seguida, a manipulação dessas amostras no laboratório. No trabalho realizado em plena floresta, havia uma delimitação do espaço por meio de diversos equipamentos e coordenadas matemáticas, a identificação das amostras com etiquetas, a classificação através de padrões estabelecidos no protocolo de pesquisa, o deslocamento das amostras de seu contexto, entre outros. Já no laboratório era preciso montar essas peças

do quebra-cabeça: há uma reaproximação das amostras coletadas, elas são novamente reunidas e redistribuídas segundo princípios novos, que dependem de inúmeras variáveis, como o pesquisador, a disciplina, a instituição, etc. Através de seus relatos, percebe-se que há uma aproximação das práticas científicas desenvolvidas em campo e no laboratório. No caso, a partir das práticas dos cientistas em campo, a própria floresta havia se tornado um laboratório. Assim, Latour conclui que “para tornar-se reconhecível, o mundo precisa transformar-se em laboratório” (Latour, 2001, p.59).

No caso da produção de conhecimento na área da ciência médica, a necessidade de diálogo entre o campo e o laboratório se torna ainda mais evidente. Stricker & Trierweiler (1995) argumentam que um *clinical trial* não dá conta da complexidade de casos encontrados no consultório médico, visto que esse tipo de experimento feito em laboratório considera apenas uma amostra de pacientes com um determinado problema, o que representa uma variação muito menor do que a variedade de casos encontrada no consultório. Assim, a ciência exclusivamente feita no laboratório apresenta, muitas vezes, uma representação incompleta do problema (tanto em número de casos, quanto pelo fato de estudarem casos fora de seu contexto). Mesmo assim, as generalizações ou padronizações do protocolo a serem usadas no consultório médico são, muitas vezes, criadas apenas no laboratório (Stricker & Trierweiler, 1995).

A partir da compreensão das especificidades e aproximações do campo e do laboratório de pesquisa, acompanham-se como as características desses dois tipos de *truth spots* se manifestam no contexto de produção de conhecimento do Ambulatório de Menopausa do CAISM.

4.3.1 AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA: ENTRE O CAMPO E O LABORATÓRIO

O espaço destinado às consultas clínicas no Ambulatório de Menopausa permitia que os pesquisadores e médicos em formação tivessem acesso a uma vasta amostra de casos a serem analisados. Mesmo existindo certos mecanismos de controle naquele local, havia maior probabilidade de ocorrência de imprevistos que pudessem alterar os rumos de suas pesquisas. Como em um campo, eles eram obrigados a lidar muito mais com o inesperado, com as “intrusões” de fora, advindos de fatores humanos ou não-humanos.

Na consulta, o médico-pesquisador tinha contato de perto com o paciente e, por

meio da observação, tinha a possibilidade de avaliar cada caso considerando suas particularidades. Por outro lado, o Ambulatório revela características também um laboratório científico, visto que é um ambiente controlado no qual os resultados das pesquisas feitas no local e os casos atendidos no consultório se tornavam matéria-prima para a estruturação de conceitos genéricos (muitas vezes, em forma de protocolos médicos). Tais conceitos genéricos passavam a ser utilizados como verdades universais em contextos diversos – no caso, em postos de saúde do SUS. Assim, o que era observado no campo era geralmente analisado à luz das “leis gerais” codificadas/construídas no laboratório, da mesma forma que as fontes coletadas em campo serviam muitas vezes de base (“amostras”) para orientar e ratificar pesquisas no laboratório. De certa forma, as verdades produzidas localmente utilizavam-se do laboratório como ponto de passagem para se tornarem universais, ou seja, independentes de qualquer contexto sociocultural.

Assim, no espaço da consulta clínica, os pesquisadores e médicos-aprendizes buscavam cada vez mais instituir rígidos padrões de controle (até minha pesquisa teve que se adequar a esses padrões, conforme relatado no Capítulo 3). Esses padrões de controle eram percebidos na padronização dos protocolos de atendimento, do corpo e comportamento das mulheres, além do próprio espaço médico. Conforme será discutido no Capítulo 5, havia uma tentativa constante de distanciamento da mulher ou objetivação do corpo no momento do diagnóstico, como ocorre em um laboratório: modelos e limites de normalidade estabelecidos como universais, considerando os corpos como homogêneos e desprezando as experiências particulares das mulheres; metáforas na maneira de representar os corpos femininos, tratados como objetos parcelados de investigação; expressões usadas durante consultas que reduzem os corpos e comportamentos das mulheres ao nível “puramente” biológico. O médico fazia uso de cada vez mais instrumentos, gráficos, tabelas e exames na tentativa de afastar ou diminuir qualquer subjetividade ou influência externa conseguida naquele “campo” do consultório. Além disso, as impressões pessoais e reações próprias do observador (médico) captadas no campo através dos olhos, nariz e ouvidos eram substituídas por resultados padronizados de aparelhos, com o objetivo de distanciar o juízo humano durante a análise (Gieryn, 2006). Essa objetivação do ser, considerando-o como um objeto a ser tratado de forma impessoal e abstrata, tem por finalidade transformá-lo em algo passível de manipulação e controle (Rice, 2008). Tal

objetivação é uma fase fundamental para a construção do conhecimento científico (Foucault, 1977). Dessa forma, o campo presente no espaço do consultório médico tentava se distanciar da característica de observação local, individual, considerando todo o contexto, para se tornar uma extensão do laboratório, mais um espaço de experimentação que buscava neutralidade e objetividade em sua análise.

A própria triagem das pacientes era controlada, sendo realizada anualmente por médicos professores e tendo como um dos critérios fundamentais para a seleção dos casos seu enquadramento às necessidades de pesquisa do departamento de tocoginecologia do hospital-escola. Desta forma, os alunos de pós-graduação poderiam executar a fase de coleta de dados de campo e testar hipóteses referentes à pesquisa de Mestrado ou Doutorado dentro da própria universidade. O aluno de pós-graduação teria a possibilidade de realizar entrevistas e/ou consultas com mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa – desde que seu projeto fosse apresentado e aprovado previamente pelo Comitê de Ética do hospital da universidade, além de obter consentimento da paciente envolvida. Nesse contexto, o Ambulatório de Menopausa revelava-se como um grande “laboratório”, no sentido Latouriano (Latour, 1997; 2000; 2001), na medida em que o atendimento às mulheres tornava-se um espaço para atividades de ensino e pesquisa e interação entre atores. Assim, pode-se perceber a sobreposição dos espaços do campo e laboratório no contexto do Ambulatório de Menopausa e a complementariedade de ambos na construção dos fatos científicos.

Como visto anteriormente, o conhecimento produzido localmente necessita “viajar” para que seja considerado verdade em qualquer lugar. Isso depende da ação e alistamento de diversos atores, como pesquisadores, médicos clínicos, aprendizes, o Estado, mídia, indústria farmacêutica, órgãos de financiamento, pacientes, entre outros. A seguir, acompanha-se o modo com que os fatos científicos construídos no Ambulatório de Menopausa são produzidos, negociados e reproduzidos pelos “aprendizes”, ou seja, alunos de graduação em medicina, residentes e alunos de pós-graduação do hospital-escola. Na sequência, acompanha-se o alistamento das mulheres pacientes realizado por esses aprendizes no âmbito do Ambulatório de Menopausa - especialmente na cena médica, onde há uma maior interação entre médico e paciente.

4.3.1.1 Os construtores de fatos: “Aprendendo a ver” a natureza

Os casos atendidos no Ambulatório de Menopausa ofereciam subsídios para avaliação dos procedimentos médicos utilizados, além de possibilitarem que diversos protocolos de atendimento fossem testados e revistos. As hipóteses de trabalhos dos pós-graduandos eram também colocadas à prova com base nos casos atendidos e, durante as consultas, havia a possibilidade de captação de novas demandas, inspirando futuras pesquisas científicas. Havia, portanto, uma constante construção, negociação e reprodução do conhecimento científico sobre o corpo da mulher na menopausa naquele ambiente.

Conforme abordado anteriormente, a criação do sistema hospitalar marcou uma série de mudanças na prática médica, a qual incluiu também a transformação do indivíduo em objeto de saber e intervenção. O hospital passou a deter um vasto campo documental (registro de dados dos pacientes) e este passou a não ser somente um local de cura, mas também de acúmulo e formação de saber. Assim, o saber médico que antes era encontrado primordialmente nos tratados de medicina, começou a ter lugar no hospital, tendo por base o que era registrado ativamente no dia-a-dia da instituição. Nesse contexto, a clínica surgiu como dimensão essencial do hospital, possibilitando a formação e transmissão do saber (Foucault, 1979).

Neste sentido, pode-se observar que o hospital-escola construía mais do que fatos científicos – construía, antes de tudo, os próprios construtores de fatos. Era um local onde era possível construir e capacitar os recursos humanos necessários para reproduzir os “experimentos” desse laboratório e, posteriormente, esses sujeitos atuavam como “construtores” de fatos seguindo os mesmos interesses e paradigma. Além disso, os testes, tanto de um protocolo médico quanto de um trabalho acadêmico podem ser vistos como um “experimento” do laboratório, onde o corpo da mulher serviria como objeto de investigação e intervenção médica. Este fato remete à ideia de dominação científica e, também, masculina sobre o corpo da mulher. Bourdieu (2009) apresenta várias instâncias sociais que reproduzem uma dominação masculina, como a Escola ou o Estado e, neste trabalho, poderíamos incluir o hospital como um *locus* da dominação masculina¹³, onde se faz necessário conhecer a natureza (feminina) para dominá-la.

¹³ Para um debate mais aprofundado sobre a relação masculinidade e dominação, ver Bourdieu (2009). Para entender melhor a separação dualista entre sujeito e objeto, além da associação mulher-objeto, ver Kellner (1991).

No consultório médico, os corpos das mulheres eram tratados através de um método padronizado, onde a menopausa traria efeitos similares a todas as mulheres, independente do contexto ou particularidades presentes em suas vidas, conforme será abordado no Capítulo 5. A mulher era tratada, na maioria das vezes, como um objeto de estudo a serviço do ensino e pesquisa, sendo separada de seu corpo e vista de maneira parcelada. A natureza, entendida em seu aspecto quase que unicamente biológico, se tornava tão objetiva a ponto de qualquer fuga do padrão considerado “normal” ser vista como problemática. Isto pode ser verificado através da padronização do próprio protocolo de atendimento às mulheres da menopausa, que tratava os corpos de todas as mulheres como sendo iguais. Durante a consulta, o futuro médico seguia uma ordem bastante marcada no momento de colocar as questões do protocolo: perguntava sobre alimentação, exercícios físicos, relação de medicamentos utilizados pela paciente, relação sexual, sangramentos ou corrimentos vaginais, além dos sintomas físicos e psíquicos entendidos como próprios da menopausa. Esse é o aspecto fundamental do processo de medicalização em seu nível interacional (Conrad, 1992), onde o médico passa a identificar um problema qualquer como sendo da alçada médica ou ainda oferece tratamento médico para um problema social.

Embora aparentemente o protocolo abrangesse questões de cunho psicossocial, os sintomas - mesmo os psicológicos ou decorrentes de problemas sociais/familiares – eram interpretados como tendo origem estritamente biológica, oriundos de uma baixa produção hormonal sem qualquer relação com outros aspectos da vida da mulher sendo, conseqüentemente, tratados via medicamentos. A padronização, tanto do espaço do laboratório, da clínica, dos procedimentos, quanto do próprio corpo, garantia o desaparecimento do contexto local de produção de conhecimento e, conseqüentemente, a universalidade da verdade produzida naquele ambiente.

A utilização de protocolos padronizados era claramente percebida no Ambulatório em grande parte dos atendimentos, principalmente pelo fato de a consulta ser conduzida por um aprendiz – seja aluno de medicina ou residente. Durante as consultas, o aprendiz deveria ler atentamente todo o prontuário do paciente, seguir as questões do protocolo, ouvir as queixas da paciente e, a seguir, transcrever o que foi observado. O prontuário médico funciona como um “diário de campo”, onde há registros de experiências pessoais e percepção do observador em cada momento (Gieryn, 2006; Foucault, 1979). Após a

atualização do prontuário, o aluno deveria levar suas inscrições¹⁴ (baseadas tanto em resultados de exames laboratoriais, quanto na sua avaliação clínica) como referência para consultar o professor sobre qual o melhor procedimento a ser seguido. O aluno deveria então “aprender a ver a natureza” sob a ótica da ciência médica, já que esta natureza não era autoevidente dentro do consultório.

Tendo em vista que a generalização promovida pelo protocolo não suporta a complexidade e variabilidade de casos apresentados no consultório médico, há diversas situações em que o caso foge claramente do escopo do protocolo e a estratégia clínica tem que ser modificada. Dessa forma, não há aplicação imediata do conhecimento científico produzido em laboratório para o consultório médico. O médico clínico tem que fazer ajustes, tradução, adaptação, revisão e a reconstrução do conhecimento produzido no laboratório (Stricker & Trierweiler, 1995). No caso estudado, o conhecimento produzido sobre o corpo da mulher no Ambulatório de Menopausa não residia apenas no consultório médico como um campo de pesquisa para os pesquisadores ou como um laboratório, mas durante a própria prática de ensino havia um processo de reconstrução desse conhecimento.

Durante a prática de ensino no Ambulatório de Menopausa, a prescrição do tratamento e identificação de patologias passava pela “inscrição” do futuro médico do que foi observado na consulta, pela “leitura” e “tradução” da inscrição do aluno pelo professor e, posteriormente, pela interpretação do aluno sobre as orientações do professor, mas antes de tudo, passava pelas negociações de significados atribuídos pelo médico e paciente – antes e depois do “fechamento” da consulta. A construção do conhecimento sobre o corpo da mulher, especificamente, sobre o corpo na menopausa é possibilitada pela ação, interesses, negociações, representações de diversos atores, dentro e fora do consultório médico. Desde a criação do CAISM, do conceito de atendimento integral à mulher, do alistamento de agentes políticos e intelectuais por Pinotti, até as novas pesquisas realizadas no hospital, a criação de protocolos a serem absorvidos por programas públicos, as relações com a indústria farmacêutica, a divulgação científica através das palestras e da mídia; o conhecimento produzido nesse *truth spot* “viaja” passando e sendo modificado por inúmeros nós dessa rede, no qual o corpo da mulher é mais um desses nós. A tradução

¹⁴ A inscrição ou inscrição literária é definida por Latour (2003) como procedimentos de materialização do objeto de estudo em traços, gráficos, imagens, etc., que permitirão interpretações e servirão como base para elaboração de enunciados científicos.

elaborada pelos médicos (aprendizes e professores) durante a consulta servia para que as mulheres fossem socializadas sobre os conceitos construídos pelos médicos a partir de seu corpo. Mais do que socializa-las, essa tradução servia para alistá-las, já que seu corpo era um agente importante na rede de construção do conhecimento.

Para que o aprendiz “aprenda a ver” sob a ótica da ciência médica, ou seja, para que consiga relacionar a teoria médica aprendida ao caso “prático” visto no consultório são necessários alguns ajustes. Sobre essa relação teoria-prática, Deleuze (1979) afirma que uma teoria é sempre local e atrelada a um pequeno domínio, mas que pode ser aplicada em outro domínio diferente. Entretanto, a aplicação dessa teoria nunca parte de uma relação de semelhança – mesmo que a teoria seja aplicada em seu próprio domínio, encontra obstáculos, sendo necessário um “revezamento” para outro tipo de discurso. São esses “revezamentos” de discurso que permitem que uma teoria seja aplicada em seu próprio domínio, como em outros diferentes. Concluindo, *“a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra”* (Foucault & Deleuze, 1979, p. 40). Portanto, “aprender a ver” ou aprender a fazer tais “revezamentos” da teoria médica aprendida era o passo principal para o aprendiz tornar-se apto a exercer sua profissão.

Como um aprendiz, ele não tinha habilidade nem permissão para fazer tais “revezamentos” sem auxílio do professor. Assim, deveria reproduzir a visão do médico-professor, ou melhor, ver com olhos do *expert*. Essa postura ficava ainda mais evidente durante as entrevistas, onde eu fazia perguntas sobre a opinião desses futuros médicos sobre determinado assunto - eram frequentes respostas como: *“sabe, eu nunca pensei sobre isso antes”* ou *“até agora a gente não pode pensar sobre nada, a gente só segue o que os professores acham”*. O ensino médico servia como forma de manter e disseminar a verdade produzida no hospital-escola. O professor ajudava o aprendiz a “ver o caso” e isso funcionava como um alistamento para que os aprendizes reproduzissem as verdades traduzidas pelo professor.

Durante a consulta, os futuros médicos realizavam exames clínicos somente quando a mulher se queixava de alguma dor ou irregularidade. Os residentes raramente faziam esses exames no consultório, já que acabavam sendo responsáveis por atender um volume maior de mulheres por terem maior prática de trabalho. Enquanto os internos utilizavam

entre 40 minutos a 1 hora por consulta, os residentes gastavam cerca de 10 minutos em cada caso. Como necessitava atender todos os casos ainda no período da manhã e os internos não conseguiam dar conta de um número tão alto de mulheres, o residente em atendimento deveria apressar seu tempo de consulta. Por conta disso, geralmente selecionava casos mais simples, de rotina, onde a mulher estivesse na menopausa há muito tempo e necessitasse apenas de pedidos novos de exames laboratoriais e acompanhamento de osteoporose. Esse fato era um motivo de frustração para muitos residentes.

[Médica fala quando peço para acompanhar suas consultas] Sou residente. Aqui é *vapti-vupti*, não assusta! Se você for acompanhar os estudantes, demora mais, mas aqui é muito rápido, não dá para atender direito. (Médica Residente, 28 anos)

Médica fala para enfermeira: Eu falei para a (professora): “isso não é ambulatório de menopausa, é ambulatório de osteoporose”. Tenho dó das avós, mas eu não vou tratar caso de osteoporose grave aqui. Prática, conhecimento como residente de ginecologia mesmo a gente não tem aqui. (Médica Residente, 28 anos)

Os residentes, assim como os internos, contavam com a ajuda de professores que ficavam de plantão na sala do piso superior do ambulatório para orientar as prescrições. Entretanto, os residentes tinham certa autonomia para prescrever, podendo até receber visitas de representantes da indústria farmacêutica. Contudo, a diferença de atendimento entre alunos e residentes não se restringia ao tempo e à autonomia do futuro médico. A atenção dada pelo interno à paciente era muito maior: na maioria das vezes o aluno de graduação fazia um exame clínico detalhado, não só estimulado pela prevenção da saúde da mulher atendida, mas alegando ser uma oportunidade de “aprender na prática”, uma oportunidade a mais para “aprender a ver”.

Para o futuro médico, o processo de aprendizado através dos “olhos do professor” implicava em aceitar inteiramente sua posição, interesses e visões que muitas vezes passavam pela relação deste profissional com a indústria farmacêutica. O interno não podia receber a visita dos representantes da indústria farmacêutica, com a alegação de que não estariam suficientemente preparados para lidar com a abordagem da indústria e não conseguiriam distinguir o que seria “realmente” bom para as pacientes. Assim, o professor seria responsável por fazer essa mediação, apresentando sua interpretação pronta para o aluno, conforme pode ser visto o depoimento de um aprendiz:

A indústria farmacêutica exerce sim sua influência sobre a classe prescritora, a classe de médicos. Acho que esse impacto existe tanto dentro da universidade pública quanto lá fora, só que o impacto é muito menor aqui, tá? E muitas vezes a gente não tem como separar, entendeu? Por que o que acontece? Eu preciso deles e eles precisam de mim. Eu preciso da indústria farmacêutica e a indústria

precisa de mim pra sobreviver.

[...] existem vários tipos de influência, elas são tanto benéficas quanto maléficas... a benéfica é aquela relacionada com a pesquisa, a pesquisa pura, aplicada, sobre a expansão do conhecimento médico para o tratamento das pessoas, então é uma influência... não dá só para o estado dar conta de toda a pesquisa em saúde no país. [...] Na pesquisa também aparecem esses dois viés. Existem muitas pesquisas que são encomendadas, e quando ela é encomendada, o que o indivíduo faz? Às vezes ele pode ocultar dados estatísticos, isso aparece. Aparece maquiado nas estatísticas, se você tiver sorte e tiver experiência você consegue perceber, se você não tiver você não percebe e acaba sendo influenciado a prescrever uma medicação sobre a outra [...] E por outro lado existe o formador de opinião que é o meu professor, ele sofre uma influência direta dos laboratórios, ele depende diretamente deles e eles dependem da gente.

A influência da indústria farmacêutica não vem diretamente a nós, mas vem diretamente através dele. [...] Uma coisa que é inegável é a influência que o professor, o docente, exerce sobre os seus alunos. O aluno, conforme ele amadurece seu raciocínio, seu conhecimento médico, ele se torna independente disso, ele passa a tirar suas próprias conclusões. (aluno de medicina, 22 anos)

O relato desse futuro médico vem ainda ao encontro do estudo desenvolvido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) que analisou a relação dos médicos paulistas com a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares, incluindo 600 médicos de diversas especialidades entre os anos de 2009 e 2010. Nessa pesquisa foi apurado que 93% dos médicos dizem ter recebido produtos, brindes ou benefícios da indústria farmacêutica e de equipamentos nos últimos 12 meses e 80% afirmam que recebem visitas dos representantes da indústria farmacêutica (aproximadamente 8 visitas ao mês) e, dentre eles, 38% diz prescrever de acordo com a recomendação do representante da indústria (Cremesp, 2009). Conforme apontado no relato, o estudo confirma que essa prática vem sendo feita desde o período da graduação, já que 74% dos médicos dizem ter presenciado ou recebido benefícios da indústria farmacêutica e equipamentos médicos durante o curso de graduação em medicina.

Nesse sentido, deve-se considerar que o conhecimento médico científico é modelado por fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, estando longe de ser uma imagem “fiel” e objetiva da natureza. O forte investimento em pesquisas médicas por parte da indústria farmacêutica que, muitas vezes, determina um dado resultado - como indica o estudo da CREMESP (2009) - é apenas um dos exemplos que indicam como fatores políticos/econômicos se fazem presentes no conteúdo da ciência. Ainda nesse sentido, podemos destacar como diversas controvérsias dentro da ciência médica acabam sendo decididas ou “fechadas” no plano político, através de consensos médicos ou políticas governamentais com a participação de grupos sociais com interesses diversos. Além disso, acompanhando o desenvolvimento da ciência, podemos perceber que existem muitos

fatores presentes nas próprias decisões científicas que passam longe de serem “puramente” técnicas ou objetivas.

Do outro lado, as mulheres colocam sua saúde sob o controle de seus médicos, já que em grande parte dos casos eles acreditam em uma “neutralidade” da prescrição médica. A medicina é considerada uma forma de *expertise* e, dessa forma, a consulta médica pode ser vista como um encontro com um *expert* (Collins & Pinch, 2005). A autoridade do médico é socialmente legitimada através de seu conhecimento científico, o que o torna apto para diagnosticar e tratar os “males” que possam estar afligindo a paciente. Desta forma, no contexto do Ambulatório de Menopausa, as orientações dadas pelos futuros médicos (mesmo sendo aprendizes) raramente eram contestadas pelas mulheres e, por outro lado, o conhecimento e vivências relatadas pelas mulheres eram constantemente questionados pelos futuros médicos.

Assim, durante a negociação de significados dentro do consultório médico, a experiência das mulheres sobre seus corpos era, muitas vezes, sobreposta pela visão dos médicos, tendo em vista que esses últimos se colocavam como representantes da “verdade”. Como relata Foucault (1979, p. 42), *“os próprios intelectuais fazem parte desse sistema de poder, a ideia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema”*. No âmbito do consultório, o futuro médico era considerado o “porta-voz” da verdade, o que não se sustentava da mesma forma quando ele se encontrava com o professor, tampouco quando a mulher saía dos domínios do consultório. Havia, então, uma assimetria de poder evidenciada no momento de negociação de significados, tanto na relação do futuro-médico com a paciente, quanto do futuro médico com seu professor. Da mesma forma que os saberes das mulheres eram sobrepostos pelo conhecimento do futuro médico, a visão do futuro médico – que teve contato direto com a paciente - era sobreposta pela visão do médico professor. Esse cenário evidenciava uma hierarquia de poder e saber, dentro e fora do consultório médico, um poder relacional que circulava entre os atores e ambientes. Desse modo, muitas vezes o “fechamento” da consulta com consequente diagnóstico e prescrição médica, se dava no nível mais distante possível da paciente.

4.3.1.2 Alistamentos e negociações no Ambulatório de Menopausa

Dado o grande número de pesquisas desenvolvidas no lugar, as mulheres estavam acostumadas a participarem de pesquisas e estavam sempre dispostas a darem entrevista ou serem acompanhadas durante as consultas médicas. Diversas vezes relatavam estar participando de mais de uma pesquisa ao mesmo tempo e pareciam satisfeitas com isso. Algumas vezes, as mulheres pediam para serem voluntárias da minha pesquisa quando me viam abordando outras mulheres para entrevistas. Frequentemente diziam que eu não precisaria explicar todo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), porque estavam cientes que os dados seriam usados somente para fins de pesquisa – o que alegavam ser uma oportunidade para darem alguma contribuição ao desenvolvimento científico ou retribuírem pelo atendimento recebido. A manifestação das mulheres em favor do CAISM justifica o fato de estarem sempre disponíveis para serem voluntárias de pesquisas, se fazendo úteis, como uma retribuição aos cuidados prestados pelo hospital-escola – sempre encarado como uma relação de troca.

Paciente pergunta para médica: Você conheceu o Dr [nome], cardiologista?

Médica-residente: não, não lembro não.

Paciente: então ele já aposentou. Ele era meu médico, era professor aqui. Eu fiquei com ele quase 25 anos. Ele tinha pesquisa e a gente tudo fazia com ele... pesquisa com remédio que vinha dos EUA. Fazia pesquisa pra ver se dava certo ou se não dava. Só uma vez que não deu certo, coitado, ele ficou tão triste. Nós estava em 20 pessoas ninguém se deu com o remédio, ao invés da pressão abaixar a pressão subia mais.

Médica-residente: era do estudo?

Paciente: era, um estudo.

Médica-residente: a senhora tá acostumada então?

Paciente: já.. ihh.. nossa!!!

Médica-residente: tem que fazer estudo, né? Pra ir melhorando as coisas...

Paciente: mas é, né? Mas eu falava assim pra ele: “é doutor, tá fazendo nós de cobaia, né?”. Ele achava graça. É que se vem pra cá [o remédio] e não dá certo, lá nos EUA eles já descartam, não fornece mais. Só sei que nós era uma turma, ninguém se deu... e a gente vinha toda terça-feira. (RITA, 62 anos)

Neste caso, a mulher tinha plena consciência de seu papel na pesquisa de “cobaia”, até porque foi informada através do TCLE, entretanto, aceitava essa condição, muitas vezes por acreditar que a pesquisa era um meio de “ir melhorando as coisas” e essa era uma obrigação de sua parte, já que recebia tratamento gratuito. Foucault (1977) argumenta que o papel dos hospitais é atender a população pobre ao mesmo tempo em que proporciona treinamento aos seus estudantes e medicina. Há, portanto, uma espécie de contrato implícito, no qual o paciente se sente obrigado a ceder seu corpo para treinamento médico em troca de um tratamento gratuito (Rice, 2008).

Também era muito frequente depois de uma entrevista ou observação de consulta, as mulheres me perguntarem se as informações que elas passaram foram úteis, e até se desculpavam se não soubessem responder alguma pergunta. Como minhas perguntas não eram de caráter médico foi muito questionado por elas de que maneira suas experiências de vida poderiam servir para alguma pesquisa, visto que estavam acostumadas a participarem de pesquisas disponibilizando apenas seus corpos e não seus conhecimentos ou experiências sobre os corpos – em grande parte das pesquisas médicas, seus corpos “falavam” por si e cabia apenas ao médico decifrá-los.

Só algum tempo depois percebi que o discurso daquelas mulheres sobre a prática científica era, em grande parte, um reflexo do discurso dos pesquisadores sobre o tema – as mulheres haviam se tornado, de certa forma, agentes alistadas a reproduzirem os fatos criados naquele campo-laboratório. Algumas vezes presenciei pesquisadores interrompendo consultas para abordar pacientes que estavam no perfil de amostra para sua pesquisa e o discurso de contribuição para o avanço da ciência era muito frequente.

Médico-pesquisador: Eu vim conversar com a senhora o seguinte: eu tava conversando com o médico sobre o caso da senhora. A senhora tá entrando na menopausa, né? Tá tendo calorão...

Paciente: é... eu não sei se felizmente ou infelizmente (risos)

Médico-pesquisador: É o seguinte. Eu sou o médico responsável e eu to fazendo um protocolo de pesquisa sobre mulheres que fizeram transplante de fígado aqui do hospital. Então a gente está estudando a menopausa em mulheres que fizeram transplante de fígado, tá. Só que pra comparar, a gente vai precisar comparar vamos precisar estudar a menopausa também naquelas que não fizeram transplante, que estão sem doença, que é o caso da senhora. E eu ia convidar a senhora pra ver se a senhora não quer entrar nesse protocolo de pesquisa. E qual é o benefício que seria pra senhora? Porque assim, hoje eu ia pedir pra senhora voltar na semana que vem porque estou sem a pasta, eu ia pedir ultrassom, exames ginecológicos, densitometria óssea, ia pedir exames laboratoriais.

Paciente: Isso é necessário pra mim?

Médico-pesquisador: Isso. São necessários pra senhora, a gente já ia pedir já, tá. O ruim é que até você conseguir fazer esses exames ia demorar muito, tá, principalmente o exame de densitometria óssea, pra ver se tem osteoporose ou não. Quando a paciente tá entrando na menopausa diminui muito a quantidade de cálcio no osso, então a gente precisa ver como tá isso aí. Só que pra fazer a densitometria óssea demora meses, às vezes 6 meses pra conseguir fazer a densitometria. O bom desse estudo é que a gente tá conseguindo fazer a densitometria no dia. A senhora entendeu? Eu queria convidar, se a senhora quiser também... se a senhora não quiser claro, se não quiser a gente pede hoje pra dar sequência normal. [...] E a gente tem ajuda de custo pra senhora vir na semana que vem.[...] Eu to convidando porque com certeza é bom, a senhora ia ter que voltar vários dias para fazer esses exames, ia ser dias diferentes. [...]

Paciente: Mas isso interfere o que na minha vida? Eu ia ser encaixada nesse programa?

Médico-pesquisador: Isso, a senhora viria semana que vem e depois ia continuar o acompanhamento normal, como se fosse hoje, a senhora entendeu? Porque o que a gente vai fazer hoje? Eu vou pedir os exames pra senhora, vão dar terapia hormonal para a senhora usar e a senhora vai voltar quando tiver os resultados dos exames e continuar o acompanhamento normal no ambulatório, fazendo o retorno a cada 6 meses. [...] Ia acelerar os exames da senhora, só.

Paciente: E ajudar vocês também a fazer a pesquisa, porque eu não vou fazer os exames num dia só

pra nada...

Médico: Não! Ajuda a gente, também. Ajuda todo mundo, na verdade, porque a pesquisa é para o avanço da humanidade. [...] A senhora não vai ser cobaia de nada não... não é estudo que vai dar remédio diferente não.. Na verdade pra senhora vai ser bom. Pra mim vai ser bom também porque eu vou ter mais uma paciente para comparar [...]

Paciente: Eu não tenho faculdade não, mas eu tenho muita sabedoria. Pra ser cobaia eu não aceito. Mas se é pra isso que o senhor tá falando, se é pra ajudar a humanidade, tudo bem então, pra isso que eu to nessa terra, para o meu lado espiritual. Pra mexer no meu organismo, pra ser cobaia eu não aceito não. (ANA, 55 anos)

Antes de analisarmos o modo como ocorria o alistamento das mulheres pacientes, deve-se observar a própria pesquisa que envolvia a criação de um “protocolo de pesquisa” com mulheres transplantadas de fígado na menopausa e outras que não fizeram transplante e estavam na menopausa. Pode-se perceber nesse caso uma tentativa de expandir ainda mais a categoria menopausa e seus sintomas associados. A partir da definição biomédica da menopausa como doença, o Ambulatório de Menopausa do CAISM assimilou tal definição e passou a utilizá-la como base para sua produção de conhecimento sobre o corpo da mulher, que incluía a ampliação dos efeitos/sintomas da menopausa.

O alistamento das mulheres pacientes para serem voluntárias da pesquisa possibilitava que elas “testassem” em seu próprio corpo as verdades produzidas no Ambulatório, fase importante para a produção e justificação do conhecimento. O corpo da mulher fazia parte, ao mesmo tempo, da “descoberta” dos conceitos - já que a partir dele se criam esses conceitos - e da “justificação” – tendo em vista que o conceito só pode ser “efetivado” através do corpo, no corpo - conforme será abordado no capítulo seguinte. Além disso, o alistamento das mulheres durante a consulta servia também para a “expansão” do conhecimento produzido, ou seja, contribuía para sua “viagem” de lugar para lugar (ou de corpo para corpo).

Expor as vantagens e desvantagens no momento de abordagem das mulheres para participarem da pesquisa era uma exigência do Comitê de Ética e deveria constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, as vantagens expostas pelos pesquisadores refletiam sempre uma visão de ciência neutra, livre de interesses, “para o bem da humanidade”, em contraponto com as desvantagens que praticamente não apareciam nesse momento de abordagem. Com os argumentos colocados pelo médico no relato apresentado era difícil para a mulher se opor – ela se sentiria constrangida em negar, afinal, quem quer ser o responsável por prejudicar o “bem da ciência” ou “avanço da humanidade”?

No entanto, deve-se observar que o alistamento dentro do consultório permitia outro tipo de negociação entre médico e paciente. Se por um lado, os médicos-pesquisadores tentavam convencer a paciente a participar da pesquisa, por outro, as mulheres sabiam das compensações trazidas por essa participação. Muitas vezes a mulher se colocava no papel de “coitada”, enfatizando que só estaria participando da pesquisa para ajudar, entretanto, sabiam que se tratava de uma “barganha” onde cada vez mais sua representação de “submissa” e “coitada” poderia aumentar suas vantagens decorrentes da participação na pesquisa.

Entre as vantagens de ser voluntária de pesquisa da área médica era o fato de realizarem vários exames clínicos e laboratoriais rapidamente, o que não seria possível por intermédio de uma consulta comum, já que deveria obedecer a fila de exames cadastrados. Entretanto, quando essas mulheres comentavam espontaneamente sobre pesquisas que participaram no passado, reclamavam por não terem tido respostas posteriores, não receberem os exames que fizeram ou ainda não serem informadas dos resultados obtidos nessas pesquisas.

Nesse “jogo” de relações na construção do conhecimento sobre a menopausa, as mulheres eram, ao mesmo tempo, objetos operados pelo saber médico e sujeitos ativos na pesquisa, visto que o fato de terem aprendido a cumprir o papel esperado naquele ambiente pode ser entendido como uma estratégia própria dessas mulheres para continuarem ativas no jogo.

4.4 O PAPEL DO AMBULATÓRIO-LABORATÓRIO NA CONSTRUÇÃO DOS FATOS CIENTÍFICOS

No ambulatório-laboratório cada ator cumpria um papel bem definido. O fato das mulheres serem “pacientes” naquele lugar alterava o modo de se comportarem, suas respostas diante das questões colocadas pelo médico ou mesmo durante as entrevistas comigo ou com a psicóloga. As respostas obedeciam ao ambiente – sempre vinculadas ao entorno “científico”, as mulheres se mostravam como submissas, tinham receio de falar algo “errado” e muitas vezes, respondiam o que era esperado pelos seus médicos, mas que não era necessariamente o que elas faziam no cotidiano. Muitas vezes, as mulheres me relataram alterar em sua casa a ordem que recebiam do médico no consultório, havia mudança nas horas de tomar o medicamento, na dosagem, nos dias e, outras vezes,

adicionavam tratamentos “não-médicos” como chás, certos tipos de alimentos, embora não contestassem o tratamento passado na hora da consulta.

Do outro lado, o pesquisador tentava cumprir um papel de “cientista”, tentando se distanciar de seus preconceitos diante de um caso – no entanto, isso inevitavelmente estava presente em suas práticas e julgamentos supostamente “objetivos”. Da mesma forma, as mulheres pareciam fazer uma análise prévia do que deveria ou não ser revelado por elas em uma consulta ou a um pesquisador, escolhendo também de que maneira isso seria feito, fato que acabava direcionando as avaliações por parte desses pesquisadores ou até mesmo de seus médicos.

Gieryn (2006) reflete que o lugar é normativo, visto que certos padrões de comportamento das pessoas respondem em parte aos lugares onde elas se encontram. Naquele ambiente, as mulheres desempenhavam um papel de “paciente” que muitas vezes limitava suas ações, questionamentos e respostas. A maneira com que as mulheres respondiam minhas perguntas (sendo eu considerada “de fora”, não pertencente àquele ambiente) já era diferenciada comparando a quando estavam na presença dos médicos ou pesquisadores da área médica – para esses profissionais, as mulheres evitavam falar mais do que era perguntado e dificilmente expunham problemas de sua vida pessoal. Diversas vezes presenciei questionamentos dos médicos sobre um dado problema de saúde e as mulheres não revelarem o que sentiam ser a causa do problema – entretanto, quando os futuros médicos saíam da sala, elas espontaneamente me confidenciavam problemas de ordem pessoal que acreditavam ser a causa de uma depressão ou da falta de libido, por exemplo. Essa mudança de comportamento das mulheres respondia, em grande medida, ao ambiente: o modo com que falavam sobre seus problemas (ou esqueciam-se de falar), seus movimentos dificultados na sala de consulta, o acesso restrito a alguns ambientes do ambulatório, todos esses “rituais” incorporavam e reproduziam discursos de poder presentes naquele lugar. Dessa forma, a construção de significados atribuídos à menopausa passava também por essas rotinas corporais “performadas” no ambulatório.

Por outro lado, durante as entrevistas pude perceber que mesmo sendo identificada como “de fora” e minha relação fosse com a mulher como “entrevistada” e não apenas como “paciente”, senti que muitas das respostas usadas para explicarem fenômenos de seu corpo eram muito mais orientadas ao universo médico do que à sua percepção pessoal do

assunto – naquele contexto, a fala das mulheres era, em grande parte, sustentada por um discurso médico. Quando era perguntado à “paciente” sua opinião sobre a função da menstruação, diversas vezes eu recebia inicialmente como resposta “não sei explicar” “não sei a resposta certa”, “eu sabia a resposta, mas esqueci” ou “meu médico explicou, mas eu não lembro mais”. Mesmo explicando desde o início que eu não era médica e que eu não esperava uma resposta certa ou errada - apenas esperava saber como elas sentiam ou pensavam sobre o assunto - demorava até que elas se sentissem seguras para falar sobre sua real percepção sem medo de serem recriminadas: “na verdade eu acho que a menstruação serve para limpar a mulher por dentro” ou “se a mulher não menstrua, o sangue sobe para a cabeça e a mulher fica louca”. Era difícil captar sua opinião “nativa”, já que elas vinham sendo programadas apenas para dar a “resposta certa” do ponto de vista científico, aceita pelo seu médico ou pelo pesquisador da área de saúde – o que também pode ser encarado como um mecanismo de proteção por parte das mulheres desse seu saber. Assim, o próprio ambulatório pode ser considerado um agente não-humano, um “jogador ativo”, que exercia alguma influência na interação entre atores, limitando ou expandindo as ações dos envolvidos naquele ambiente e interferindo no resultado de pesquisas ali realizadas.

A seguir, o Capítulo 5 apresenta o corpo feminino como um lugar de produção de conhecimento, um ponto de passagem obrigatório para que todo conhecimento produzido e reproduzido no Ambulatório de Menopausa possa ser efetivado.

CAPÍTULO 5: O CORPO COMO LUGAR DE PRODUÇÃO DE VERDADES

No capítulo anterior, acompanhou-se o Ambulatório de Menopausa do CAISM simultaneamente como um campo de pesquisa e um laboratório de produção e reprodução de conhecimento sobre o corpo da mulher na menopausa. Assim, as verdades produzidas localmente precisavam “viajar” por entre as malhas da rede e, para se tornarem universais, o lugar de produção deveria desaparecer. O desaparecimento do lugar deve-se em grande parte à sua padronização, para que esse lugar não seja colocado em questão e a verdade ali produzida passe a ser verdade em qualquer lugar. Neste ponto, o corpo da mulher pode ser compreendido como um lugar que, assim como os outros lugares, está destinado a desaparecer do contexto de produção do conhecimento. Os aspectos socioculturais da vida da mulher são desconsiderados durante a consulta médica, dando espaço apenas aos fenômenos do corpo biológico, o qual é entendido como universal – um lugar padrão que não pode ser questionado, tampouco localizado. Dessa forma, o que é verdade para um corpo específico, passa a ser verdade para qualquer corpo.

O presente capítulo analisa o corpo como mais um lugar de produção e reprodução de verdades dentro dessa rede de construção de conhecimento sobre o corpo da mulher na menopausa. Aborda ainda as representações sobre o corpo feminino que circulam no Ambulatório de Menopausa do CAISM. Nesse contexto, segue-se na análise do processo de medicalização da menopausa no nível interacional (Conrad, 1992), onde médicos e pacientes passaram a construir a menopausa dentro do consultório. Os problemas relacionados à sexualidade feminina (baixa libido e prazer) foram destacados nesse capítulo por terem sido os “sintomas” mais frequentes da menopausa relatados durante as consultas acompanhadas.

5.1 O CORPO-LUGAR

O corpo é um nó importante na rede para expansão e justificação do conhecimento, visto que é um ponto de passagem obrigatório para que as teorias sobre esse corpo possam ser efetivadas. O corpo faz parte da condição local/material para construção dos fatos científicos sobre ele. Como em qualquer outro lugar, o conhecimento que passa por ele

também se transforma: considerando a própria visão biomédica atual centrada em organismos cada vez menores, o conhecimento (investido em uma droga, por exemplo) se modifica dentro do corpo em seu nível molecular, produzindo diferentes resultados em cada corpo. Os resultados alcançados através do corpo de cada sujeito podem alterar os rumos da pesquisa. Nesse sentido, o corpo pode produzir e alterar um conhecimento, da mesma forma que somente através dele o conhecimento sobre o corpo pode ser concretizado.

A entrada nesse corpo-lugar também depende de traduções. Em geral, essas traduções ocorrem dentro do consultório médico: a permissão que determinada teoria se efetive no corpo se dá através da tradução do médico para a paciente, que permite ou restringe esse acesso. As mulheres são alistadas para disponibilizarem seus corpos e isso garante a pesquisa e a difusão da verdade produzida. Tudo isso evidencia que o corpo não é um simples receptáculo do conhecimento produzido externamente, antes é um lugar de produção e transformação desse conhecimento.

Davini (1998) utiliza-se da definição de corpo como lugar ao considerar que o corpo em cena (no campo dos estudos teatrais) ultrapassa as dimensões fisiológicas ou instrumentais, transformando-se em “lugar de produção de sentido”: o primeiro palco da cena (Davini, 1998 *apud* Pacheco, 2009; Mariano, 2010). Em algumas sociedades, partes do corpo são vistos como sede de uma presença ancestral que são objetos de culto específicos, tornando o corpo um “conjunto de lugares de culto” (Augé, 2010). Entretanto, em nossa cultura, o corpo é muitas vezes referido em um sentido estritamente instrumental, como um “templo” para o espírito ou como um abrigo da mente, fruto de uma visão dualista de mundo que separa corpo e mente. Sem dúvida, o corpo mecanizado, fantasmagórico, parcelado e padronizado produzido pela ciência biomédica sob a influência da visão cartesiana deixou suas marcas.

Essa visão está tão arraigada em nossa sociedade que dificulta uma elaboração do próprio sentido do corpo. Em uma conferência, Latour (2008) tenta definir “corpo” e para auxiliá-lo nessa tarefa, pede aos ouvintes para anotarem o antônimo de “corpo”. Os resultados foram variados, como “anticorpo”, “ninguém”, “insensível” e “morte”, revelando a dificuldade da tarefa passada. O autor procura então definir o corpo não como uma morada da mente ou da alma, mas como *“aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis àquilo de que é feito o mundo”*

(Latour, 2008, p. 39). Portanto, conclui que ter um corpo é aprender a ser afetado: o corpo só pode ser definido em relação a outros elementos humanos ou não humanos. Tal argumento vem ao encontro da ideia de lugar elaborada por Augé (2010), onde o lugar é definido como identitário, relacional e histórico.

Definir lugar é quase tão difícil quanto definir o corpo, já que podemos encontrar inúmeras definições possíveis. Para a geografia humanística o lugar é, sobretudo, produto da experiência humana, indo além do sentido geográfico de localização como pregava a geografia tradicional, pautada no positivismo (Leite, 1998; Moreira & Hespanhol, 2008). Nessa perspectiva humanística, Tuan (1977) declara que lugar é qualquer objeto estável que capta nossa atenção e que dotamos de significado – assim, lugar é um centro de significados e deve ser definido a partir da perspectiva das pessoas, as quais são responsáveis por atribuir significados a ele. Deste modo, lugar é um espaço vivido marcado pela experiência e percepção (Moreira & Hespanhol, 2008). Buttimer (1985) conclui que o “lugar é o somatório das dimensões simbólicas, emocionais, culturais, políticas e biológicas” (Buttimer 1985, p. 228 *apud* Leite, 1998). Para a geografia crítica, lugar passa a ser visto como uma construção social, edificada a partir das relações sociais no espaço vivido e que garante uma rede de significados tecidos pela história e cultura (Moreira & Hespanhol, 2008). Todas essas definições corroboram para o entendimento do corpo como um lugar.

O corpo como lugar pode ser analisado ainda por suas características geográficas, sua forma material e suas representações, como propõe o modelo de Gieryn (2000) para analisar qualquer lugar de produção de conhecimento. Dentre suas características geográficas, um lugar também pode ser compreendido como uma entidade única no mundo (Gieryn, 2000) e apesar de uma tendência à padronização dos lugares, cada lugar mantém características específicas. Da mesma forma, o corpo é único, tem características próprias desde o nível cromossômico (como defendido pela medicina moderna), sua aparência externa, ou até seu modo de movimentar no mundo. Em uma conferência intitulada *Le corps, lieu d'utopies* em 1966, Foucault faz uma análise sobre o corpo - o lugar mais enclausurador que existe, porque não há como sair ou fugir dele:

Basta eu acordar, diz Foucault, que não posso escapar deste lugar, o meu corpo. Posso me mexer, andar por aí, mas não posso me deslocar sem ele. Posso ir até o fim do mundo, posso me encolher debaixo das cobertas, mas o corpo sempre estará onde eu estou. Ele está aqui, irremediavelmente: não está nunca em outro

lugar. Meu corpo é o contrário de uma utopia. Todos os dias, continua Foucault, eu me vejo no espelho: rosto magro, costas curvadas, olhos míopes, nenhum cabelo mais... Verdadeiramente, nada bonito. Meu corpo é uma jaula desagradável. É através de suas grades que eu vou falar, olhar, ser visto. É o lugar a que estou condenado sem recurso (Foucault, 1966).

Pelo fato do corpo ser uma realidade da qual não se pode fugir, sua forma material passa a ser determinante para a maneira de defini-lo em nossa cultura. Os órgãos genitais, hormônios, aparência física são marcadores: determinam o masculino e o feminino e, a partir disso impõe todo um código de conduta, um modo de agir, um papel social àquele indivíduo – papéis definidos e organizados hierarquicamente, incorporando discursos de poder.

A representação desse corpo através de sua forma material é muito complexa. A definição dada pela medicina ao corpo, em especial o corpo feminino, varia no tempo e cultura. A seguir, acompanha-se como a ciência vem representando o corpo feminino, as metáforas utilizadas para explicar fenômenos do corpo da mulher, especialmente durante a menopausa. Em seguida é discutido como essas metáforas aparecem no discurso de médicos e mulheres no Ambulatório de Menopausa do CAISM, além de como são construídos, impostos ou negociados os significados sobre o corpo na menopausa, para que o conhecimento ali produzido possa ser finalmente efetivado através do corpo.

5.2 O CORPO FEMININO NO DISCURSO CIENTÍFICO

O estudo do corpo a partir de uma perspectiva social e que possibilitasse uma desconstrução das dicotomias estabelecidas foi algo relativamente recente. No início da década de 70, feministas introduziram o conceito de “gênero” – em oposição ao conceito de “sexo” – definindo-o como os atributos adquiridos no processo de socialização (Oudshoorn, 1994). O termo “gênero” foi desenvolvido como uma categoria para explorar o que expressava ser “mulher” e problematizar o que era anteriormente dado. As teorias feministas de gênero partiram da tese de Simone de Beauvoir (1949) de que não se nasce mulher, mas sua identidade é construída socialmente (Haraway, 1991).

Entretanto, o sistema sexo-gênero introduzido pelas feministas reproduzia uma tradicional divisão de tarefas entre as ciências biológicas e ciências sociais, já que entendidos sob essa perspectiva, o estudo de sexo ficava restrito ao domínio das ciências

biomédicas, enquanto gênero ficava sob o domínio das ciências humanas. O conceito de gênero havia sido introduzido com o intuito de contestar a naturalização da feminilidade (essencialismo), mas o oposto aconteceu. A noção do corpo natural não foi alterada nesse sistema binário e as teorias feministas não consideravam o sexo biológico como um agente que transforma socialmente o “ser mulher”, colocando sexo e corpo como realidades biológicas imutáveis e atemporais, excluídos da análise feminista já que não necessitariam de reflexão (Oudshoorn, 1994).

Neste contexto, acadêmicas feministas recorriam a um “regime velho” para explicar a relação entre poder e conhecimento no campo da medicina, onde o médico era retratado como ativo, que “sabia o melhor” e à paciente restava apenas um papel submisso. Mais tarde, essa visão de poder soberano foi substituída pelo modelo de poder e conhecimento inspirado nos trabalhos de Michel Foucault, onde o poder não era mais entendido como algo fixo, mas exercido, situacional, desenvolvendo-se em vários locais, com múltiplas estratégias, e que circulava através do corpo político (Bell, 2009; Foucault, 1979).

No início dos anos 80, o corpo feminino começou a ganhar maior destaque nos trabalhos feministas, onde era questionada essa tese de corpo imutável e universal, mostrando como nossas percepções do corpo não são fixas, sendo sempre sujeitas ao contexto histórico e cultural. Assim, não existiria uma “verdade” imediata sobre o corpo natural, antes nossas percepções e interpretações do corpo são mediadas pela linguagem e, em nossa sociedade, as ciências biomédicas detêm o papel de principal provedora dessa linguagem, da visão “oficial” sobre o corpo (Oudshoorn, 1994).

Contudo, a descrição do corpo feminino pela ciência traz as marcas culturais de cada época envolvendo a diferenciação de sexo, gênero e hierarquias de poder. Tais imagens culturais projetadas nas ciências médicas ganham legitimidade e tornam-se “naturais”, sendo incorporadas às nossas convenções sociais sobre gênero (Bell, 1995). Diversos estudos no campo da medicina, especialmente estudos sobre reprodução humana e anatomia, quando observados sob uma perspectiva de gênero, apresentam o feminino como subordinado ao masculino¹⁵.

¹⁵ Para acompanhar o debate sobre a dominação masculina no campo médico, ver: Shienbinger (2001), Pulido (2004) e Laqueur (2001)

No final do período iluminista, por exemplo, a ciência médica deixou de considerar o orgasmo feminino relevante para a concepção; porém ninguém ousou contestar a existência do prazer masculino ou mesmo de uma possível ausência do orgasmo antes da ejaculação durante o ato sexual. A “descoberta” do prazer e a sua suposta independência da concepção abriram um espaço no qual a natureza sexual da mulher podia ser amplamente questionada, reconstruída ou negada (Laqueur, 2001). O corpo da mulher, que na Antiguidade era fortemente ligado à sensualidade, passou a ser visto como passivo e sem paixão. No final do século XVIII, passou-se a considerar que grande parte das mulheres era alheia aos sentimentos sexuais e assim, a ausência ou presença do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual (Idem, 2001).

Subordinação e passividade do feminino em relação ao masculino podem ainda ser observadas explicitamente nas narrativas biomédicas, desde o nível cromossômico e celular até o fisiológico, anatômico ou de comportamento. O conhecimento biomédico ocidental transformou o corpo em compartimentos de referência que proporcionaram sua objetivação em diversos níveis – o corpo fragmentado transformou-se em objeto de trabalho científico (Rice, 2008). Nessa fragmentação, o corpo feminino passou a ser problematizado em todos esses níveis. Os espermatozoides, por exemplo, são frequentemente descritos como ativos, exploradores, penetrantes e competidores entre si, ao contrário do óvulo, que é apresentado como transportado passivamente, empurrado ao longo das trompas de Falópio, lento e à espera para ser penetrado. Mesmo que diversos estudos tenham demonstrado que essa penetração do espermatozoide seja, na verdade, uma incorporação ou fusão das membranas do óvulo com o espermatozoide, na qual a contribuição do óvulo é muito maior dado o seu volume, muitos autores continuam utilizando o termo penetração e descrevem uma fantasiosa viagem do espermatozoide para fecundar o óvulo (Pulido, 2004).

No contexto do pensamento dualista ocidental, há uma associação onipresente na história entre o masculino e o científico, a razão, a objetividade, ao domínio do sujeito - características valorizadas em nossa sociedade e consideradas dominantes. Assim, resta ao feminino o extremo oposto, os domínios da natureza, da emoção, do senso comum, do objeto, características desqualificadoras e consideradas como “passivas”. Nessa relação estreita entre objetividade, poder e dominação, atribuídos ao masculino, a dominação (controle) da natureza pela ciência pode ser vista como a dominação do feminino pelo

masculino (Keller, 1991). Desta forma, a ciência construída a partir de uma visão masculina de mundo, vê a mulher como um objeto a ser explorado, conhecido e, conseqüentemente, dominado.

Outra forte influência cultural no discurso científico sobre o corpo da mulher está relacionada ao surgimento, no final da Idade Média e início do Renascimento, de uma nova maneira de contemplar a natureza, chamada pelos historiadores de “mecanização da imagem do mundo”. Essa visão surge a partir da tese de René Descartes (1596-1650), um dos destaques da Revolução Científica, de que “os organismos vivos não eram outra coisa senão máquinas” (Pulido, 2004). Embora tenha havido diversas críticas, esse pensamento teve forte repercussão nos estudos posteriores no campo da biologia. As metáforas da visão mecanicista de mundo e do masculino como padrão de normalidade, deram suporte à imagem do corpo da mulher como defeituoso e doente, que não era tão perfeito como o corpo masculino, além de ser dirigido por ciclos reprodutivos e “mecânicos” que necessitavam constantemente de reparos para se manterem produtivos (Martin, 1992).

As evidências do corpo masculino tomado como padrão de normalidade pela ciência podem ser vistas no decorrer da história da medicina que, durante muito tempo, descreveu o corpo da mulher a partir do corpo do homem. Por milhares de anos afirmou-se que a mulher tinha a mesma genitália do homem, mas devido à falta de calor vital (de perfeição) as estruturas que no homem são visíveis externamente, foram retidas na parte interna do corpo feminino. O ovário, órgão que no início do século XIX se tornara o símbolo da feminilidade, permaneceu durante dois milênios sem um nome específico. Era referido com a mesma palavra usada para os testículos masculinos, deixando subentendido no contexto sobre qual sexo se fazia referência, já que a mulher era vista como um homem invertido (Laqueur, 2001).

Laqueur (2001) argumenta que a variação no discurso científico que, ora descrevia o corpo feminino e masculino hierarquicamente e, em outro momento os apresentava como ordenados horizontalmente em um único sexo, não foi estimulada apenas pelas descobertas científicas. As descobertas da biologia reprodutiva e da ciência médica em geral, estiveram sempre em harmonia com as demandas da cultura, visto que a descrição do sexo é situacional e explicável apenas dentro do contexto da luta envolvendo gênero e poder. Assim, o corpo pode ser visto como uma “massa de carne frágil, sensível e passageira”,

bem explorado pela medicina, mas é tão ligado aos significados culturais que não está acessível sem esta mediação (Laqueur, 2001).

Atualmente, ao refletirmos sobre a visão biomédica predominante acerca do corpo da mulher, percebemos que ela gira em torno da ideia de que as mulheres são governadas pelos hormônios sexuais, substâncias que determinariam seu sexo e gênero (Rohden, 2007). Considerando o discurso científico sobre uma “determinação biológica/hormonal” do comportamento da mulher, Fausto-Sterling (2001) argumenta:

Experimentos e modelos, descrevendo o papel dos hormônios no desenvolvimento de comportamentos sexuais em roedores, fornecem um paralelo sinistro para os debates culturais sobre os papéis e capacidades de homens e mulheres. Parece difícil evitar a ideia de que nosso próprio entendimento científico dos hormônios, do desenvolvimento do cérebro e do comportamento sexual são, da mesma forma, construídos em contextos sociais e históricos específicos, e carregam suas marcas (Fausto-Sterling, 2001, p. 79).

Após a “descoberta” pela ciência dos hormônios sexuais, a concentração da feminilidade na mulher transferiu-se do campo físico para o químico. A feminilidade deixou de estar centrada no órgão sexual, no útero, ou mesmo no ovário, para estar presente na ação dos hormônios sexuais (Rohden, 2007). Como refém de seu próprio corpo, a mulher é operada como um objeto a ser dominado pelo saber médico.

5.3 REPRESENTAÇÕES DO CORPO FEMININO POR MÉDICOS E MULHERES NO AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA

No Ambulatório de Menopausa, padrões de normalidade relacionados ao corpo da mulher em diversas fases da vida estampavam os folhetos pregados nos painéis dos consultórios e corredores. Havia um tipo de painel em todos os consultórios contendo diversas tabelas, lembretes, além de um quadro em especial que me causou espanto, até certo incômodo, desde o primeiro dia: tratava-se de uma ilustração sobre graus de hirsutismo (Figura 4), uma espécie de categorização da mulher de acordo com a quantidade de pelos em partes do corpo, resultantes de variação hormonal.

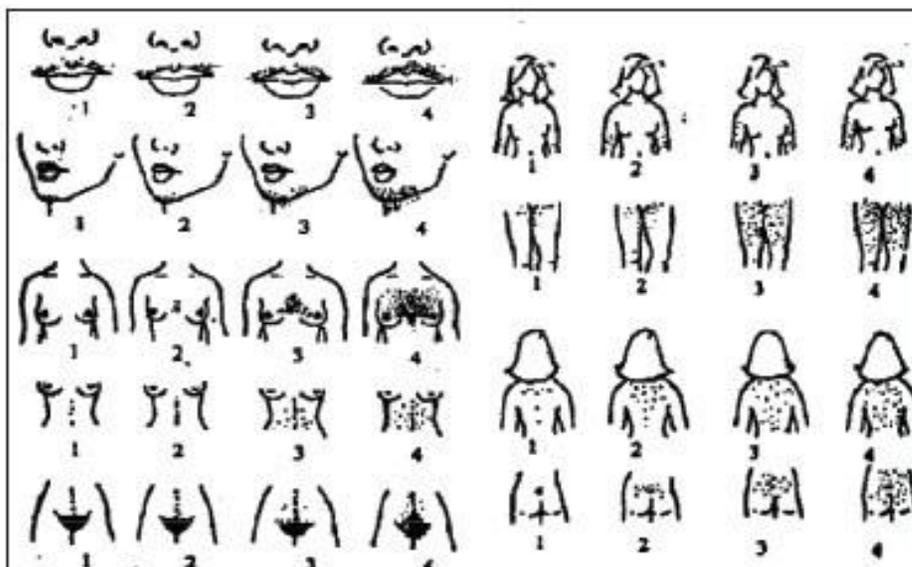


Figura 4 - Score semiquantitativo do grau de hirsutismo. Adaptação do modelo proposto por Ferriman e Gallwey em 1961. Fonte: Spritzer, 2009.

Dentro de nossas concepções culturais sobre as diferenças entre homens e mulheres, o aspecto físico (“forma material”) é usado como um importante marcador. A presença de pelos espalhados por todo o corpo, por exemplo, é atribuída como característica exclusivamente masculina, sendo o corpo feminino marcado pela ausência destes em diversas regiões. O desvio desse padrão no corpo feminino, ou seja, o excesso de pelos é visto como uma anomalia, como apresentado na Figura 4. Nesse sentido, a ciência médica, que se pretende universal, acaba ignorando diferentes corpos e etnias na definição de seus padrões: o padrão não é apenas o corpo do homem, mas do homem branco euro-americano.

Tais modelos de “normalidade” ou “anormalidade” para padronização de corpos e comportamentos humanos foram (e ainda são) perseguidos pelas ciências médicas. Não é difícil perceber que o modelo tomado como normal tenha sido o masculino e, por consequência, o corpo feminino quando comparado a esse padrão tenha sido classificado como anormal, subordinado e doente. Como outros lugares de produção de conhecimento, essa padronização excessiva dos corpos e a eleição de “modelos” servem para torna-los invisíveis, desaparecendo qualquer característica específica de modo a facilitar a universalização do conhecimento produzido sobre esses corpos. Londa Schienbinger (2001) recorda que vários estudos omitiram as mulheres das pesquisas médicas básicas - aqueles fora da esfera reprodutiva – tanto como pesquisadoras, quanto como sujeitos de pesquisa. Dentre os diversos exemplos apresentados pela autora, podemos destacar o Estudo de

Saúde sobre a Aspirina e Doença Cardiovascular, desenvolvido por 22.071 médicos homens e nenhuma mulher ou ainda, o Estudo Longitudinal de Envelhecimento do Instituto Nacional de Baltimore, que se colocava com um estudo definitivo sobre o “padrão normal” de envelhecimento humano que não incluiu qualquer dado sobre as mulheres, embora elas representassem dois terços da população acima dos 65 anos. Além disso, os testes com drogas são feitos em grande parte com homens, sendo os resultados projetados e baseados no peso e metabolismo dos homens, generalizados para uso das mulheres (Schienbinger, 2001).

Na sala de entrevistas, duas tabelas me chamaram a atenção: a primeira apresentava números que indicavam graus e limites de normalidade de diversos “distúrbios” de hormônios tireoidianos (Figura 5.a) e outra para auxiliar o diagnóstico a partir desses resultados (Figura 5.b), apresentando uma interpretação pronta para os resultados dos exames e sua recomendação clínica:

a)

Registro PF ou HC	Resultado dos exames							Diagnóstico	Orientação para PACIENTE
	T4free_L2	T3_L2	TSH	ATA	Prolac_L2	T3free_L2	AGT		
44090	1,5	102	2,36	30,1	14,3	2,8	<20	eu	Tudo OK
44096	1,2	112	1,74	13,3	7,2	2,7	<20	eu	Tudo OK
44104	1,3	118	0,539	< 10	5,7	2,9	<20	eu	Tudo OK
44107	1,2	104	5,57	2370	10,2	3	10,2	hipo SC AI	acompanhamento a cada 2 anos
44111	1,5	140	0,741	2580	5,4	2,8	5,4	DTA eu	Dosar hormônios tireóide a cada 2 anos
44118	1,3	155	1,83	11,7	5,4	2,8	<20	eu	Tudo OK
44129	1,4	110	2,97	461	12,9	2,7	12,9	DTA eu	Dosar hormônios tireóide a cada 2 anos
44142	1,2	174	1,79	21,2	4,2	3,4	4,2	DTA eu	Dosar hormônios tireóide a cada 2 anos
44181	1,1	105	1,67	10,5	12,8	2,5	<20	eu	Tudo OK
44194	1,4	132	1,03	127	5,4	3,2	<20	hipo AI mED	Marcar consulta com ENDOCRINOLOGISTA
44195	1,2								
44221	1,3								
44229	1,4								
44230	1,5								
44235	1,3								
44248	1								

b)

Legenda	Diagnóstico	Interpretação	Recomendação clínica
Tudo OK	Eutiroidismo (sem doença da tireóide)	Hormônios normais e ausência de anticorpos anti tireoidianos	Não há necessidade de avaliação adicional
Dosar hormônios tireóide a cada ano	DTA - Doença tireoidiana auto-imune	Hormônios normais porém há anticorpos anti tireoidianos circulantes. Maior chance de desenvolver disfunção tireoidiana ao longo dos anos.	Procurar o centro de saúde e fazer dosagem dos hormônios tireoidianos anualmente
Marcar consulta com ENDOCRINOLOGISTA	Hipotiroidismo (inclui hipotiroidismo, hipotiroidismo auto-imune e hipotiroidismo mesmo medicada)	Hormônios tireoidianos alterados. Quando auto imune, com anticorpos anti tireoidianos circulantes. As medicadas já tomam medicação mas precisam ajustar a dose	Agendar consulta com endocrinologista (no centro de saúde, no convênio ou no Hospital das Clínicas) para avaliar necessidade de medicação ou ajuste de dose.
	Hipotiroidismo		

Figura 5 - Tabelas para auxílio ao diagnóstico. a) limites quantitativos de normalidade/anormalidade para dosagem de hormônio tireoidiano; b) auxílio no diagnóstico - interpretação dos resultados de exames clínicos e correspondente recomendação clínica.

Durante a análise de um caso, o médico busca se afastar ao máximo de qualquer vestígio de “subjetividade” no seu julgamento. Para isso, ele se cerca de diversas ferramentas tecnológicas para a “objetivação” do diagnóstico, como imagens médicas, exames laboratoriais, além de uma infinidade de equipamentos eletrônicos (como ocorre em um laboratório). A seguir, os resultados são confrontados com os padrões de normalidade previamente definidos a fim de identificar qualquer “desvio” que possa significar uma patologia. Mas como esses padrões de normalidade são definidos? No caso da menopausa, além da parada da menstruação, exames laboratoriais como o de dosagem hormonal podem “certificar” a baixa dos hormônios sexuais femininos e a chegada ao estágio menopausal, considerando valores preestabelecidos de normalidade. Assim, essa busca pela objetivação do corpo ou “cientifização” da medicina pode esconder ainda outra questão crucial: Não seria o corpo humano complexo demais para ser representado por limites ou índices numéricos? Mais uma vez, os índices criados a partir de uma amostra de corpos (que muitas vezes até excluem os corpos femininos), servem como base para classificar qualquer corpo: uma verdade universal.

A tecnologia aliada à medicina permitiu novas formas de ver e ouvir o corpo “objetivamente”, possibilitando, ao mesmo tempo, um maior controle do corpo e uma nova forma de produção de conhecimento (Rice, 2008). Acredita-se que as ferramentas tecnológicas proporcionam um resultado mais objetivo e pouco susceptível as falhas quando comparado a uma análise exclusivamente clínica. Entretanto, o resultado do exame não é gerado exclusivamente no laboratório, mas emerge como resultado dentro do consultório médico, visto que tal resultado depende da interpretação do médico. O médico interpreta e concede significado ao que foi extraído do corpo via imagem, amostras de sangue, entre outros. O médico vê aquilo que está condicionado a ver, ou seja, o que ele suspeita durante um exame clínico tende a ser “visto” no exame laboratorial, e este último se torna uma prova material inquestionável de seu diagnóstico clínico. O médico aprende a ver, o médico vê o que está condicionado a ver, seja pelo que aprendeu previamente e/ou pelo que foi preconcebido durante o exame clínico. Campo e laboratório estão próximos e interligados na produção de um resultado.

Por outro lado, muitas vezes o resultado gerado no laboratório deixa de ser um suporte ao diagnóstico clínico e passa a direcioná-lo. Quando o resultado do exame

laboratorial não reflete o que foi observado no consultório (considerando o perfil do paciente, estilo de vida, observação clínica, etc.), o médico tem duas possíveis posturas a tomar: considerar o exame laboratorial feito como falho e pedir que seja refeito ou reformular seu diagnóstico clínico, mesmo que isso não seja condizente ao que foi observado por ele no consultório. O exame laboratorial carrega toda a credibilidade, objetividade e neutralidade conferidas pelo seu local de produção e, assim, seu resultado passa a ser cada vez menos contestado.

Na sala de entrevistas havia ainda outra ilustração intrigante (Figura 6) distribuída por uma companhia farmacêutica. Tal cartaz remetia mais uma vez à padronização dos corpos femininos, desta vez sobre as mudanças ocorridas no climatério. A propaganda estava vinculada à divulgação de um medicamento: havia a imagem de uma mulher na menopausa ao centro com ampliações de algumas partes de seu corpo que “sofriam” as modificações da menopausa. Diversos “desequilíbrios” decorrentes da falta de hormônios na menopausa geravam “falhas” em diversos níveis do corpo parcelado da mulher.

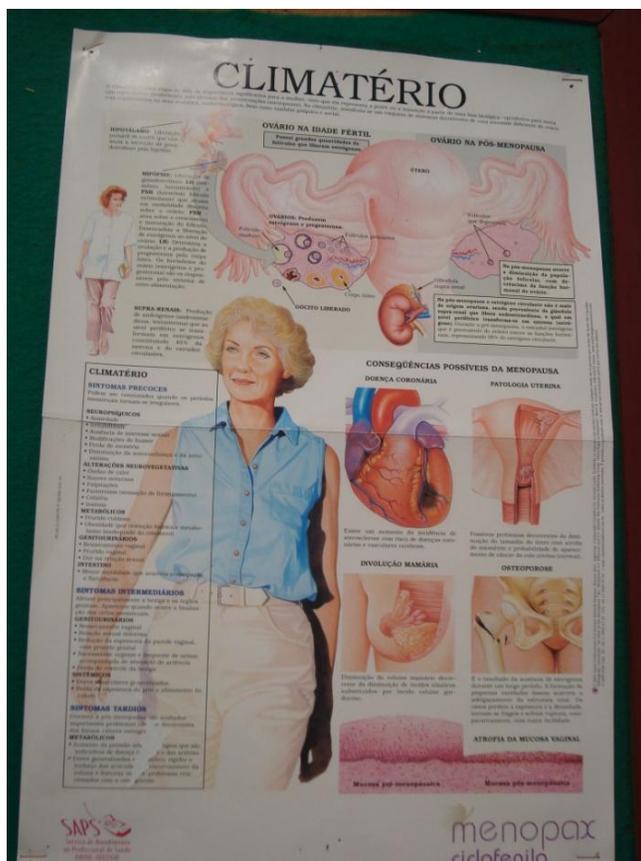


Figura 6 - Cartaz sobre mudanças no corpo ocorridas no climatério.

Como citado anteriormente, os estudos de Martin (2006) demonstraram como eram utilizados conceitos vinculados ao modelo de produção Fordista pela medicina do século XX, na tentativa de explicar o funcionamento do corpo da mulher. Para a autora, o tratamento dado pela ciência médica à pessoa como se fosse uma máquina “pressupõe que o corpo pode ser consertado por meio de manipulações mecânicas”, de forma que ignora e nos estimula a ignorar, “outros aspectos do nosso eu, como nossas emoções e nossas relações com as outras pessoas”. Diante dessas ilustrações é possível observar que ainda hoje os manuais médicos costumam descrever o corpo humano como um modelo simplificado, estilizado, como uma máquina. No entanto, o corpo humano exibe uma grande variação – é comum que algumas diferenças na anatomia ou posicionamento dos órgãos sejam constatadas apenas durante uma cirurgia (Collins & Pinch, 2005).

O uso dessas metáforas que tentam expressar alguma objetividade acaba por explicitar ainda mais o caráter cultural na descrição do corpo humano pela medicina, especialmente o feminino. Ao percorrermos relatórios e manuais antigos de médicos sobre o corpo da mulher torna-se fácil identificarmos como estão permeados por pressupostos culturais de sua época e, por conta disso, rotularmos esse conhecimento como incorreto ou fantasioso. Contudo, é difícil aceitarmos que as ideias científicas da atualidade estão ligadas a valores culturais, já que compartilhamos desses mesmos valores e tais teorias nos parecem naturalizadas (Martin, 2006).

A medicina ocidental moderna se desdobrou em diversas especialidades com o objetivo de dar conta da complexidade do corpo humano, entretanto, isso fez com que o paciente passasse a ser visto como um objeto de investigação totalmente parcelado. Houve uma desintegração do corpo, onde este é tratado separadamente de seu contexto e tratado por diversas especialidades de maneira separada. Esta questão apareceu diversas vezes durante consultas no ambulatório, onde os médicos se recusavam a escutar qualquer outra queixa das mulheres que, em sua visão, não teria ligação direta com a menopausa: “*aqui nós só atendemos casos que são relacionados com a menopausa*” ou “*isso a gente não vê aqui, a senhora tem que ver lá no posto de saúde, com o clínico geral...*”.

Ironicamente, essa visão de parcelamento do corpo vai contra a própria filosofia do CAISM, que pretendia dar um atendimento integral à saúde da mulher – para além do tratamento estritamente biológico e reprodutivo, com auxílio de uma equipe

multidisciplinar. A filosofia que inspirou a criação de toda uma política pública de atendimento à mulher se perdeu na prática cotidiana e, como um centro de referência, suas práticas acabam implicando também na implementação dessa política.

5.3.1 Reuniões de Psicologia no Ambulatório de Menopausa

Conforme discutido no capítulo anterior, a mulher dentro do ambulatório (especialmente no consultório médico) exercia o papel de “paciente”, fato que fazia com que elas dificilmente expusessem sua visão “nativa” sobre as funcionalidades do corpo, já que esperavam responder à questão de forma “correta” nos moldes científicos. Diante disso, foi durante as reuniões com o grupo de psicologia do Ambulatório de Menopausa que tive maior facilidade em entender o universo dessas mulheres, visto que nesse local elas se sentiam mais à vontade para contarem sobre suas experiências e significados por compartilharem visões muito parecidas com as outras mulheres frequentadoras do grupo. As mulheres costumavam tirar suas dúvidas nas reuniões do grupo e, como se encontravam uma vez por semana, estabeleciam entre si uma relação de amizade e confiança, se sentindo cada vez mais confortáveis para falarem sobre suas vidas.

Neste período, tive oportunidade de conduzir algumas reuniões com temas específicos e acompanhar outros encontros dirigidos pela psicóloga. Os principais temas levantados pela psicóloga foram: o conceito de menopausa, os sintomas mais comuns dessa fase – fogachos, diminuição da libido e prazer, depressão, orientação nutricional (palestra), histerectomia, disposição e funções dos órgãos sexuais, mitos em torno da sexualidade, relacionamento com a família. Nas reuniões conduzidas por mim, procurava explorar mais a fundo algum tópico que vinha sendo trabalhado pela psicóloga, mas deixava a conversa livre para enveredar para outros assuntos – neste ponto, os temas mais frequentes giravam em torno da sexualidade após a menopausa e relacionamento conjugal.

Antes das reuniões, as mulheres participantes do grupo realizavam uma sessão de exercícios coordenados pela fisioterapeuta, com séries específicas para amenizar sintomas associados à menopausa, dentre eles, exercícios estimulantes da área pélvica visando melhorar a circulação da área e melhor controle (retenção) da urina, exercícios de equilíbrio, exercícios aeróbicos para evitar obesidade e baixar níveis de colesterol no sangue.

O tema da sexualidade após a menopausa, muito presente nas consultas ginecológicas que acompanhei, era também recorrente durante as reuniões do grupo. Durante várias reuniões, a psicóloga pedia para que as mulheres expusessem suas dúvidas, medos e o que havia alterado na sua relação com o companheiro após a menopausa, com o objetivo de “desmistificar” tais visões e para que as mulheres se sentissem mais seguras com relação ao próprio corpo. Nessa tentativa de “desmistificar” as percepções das mulheres, a visão científica era usada para explicar a “verdade” sobre os corpos das mulheres e “libertá-las” desses medos. Durante tais exposições, metáforas médicas para explicar o funcionamento do corpo feminino eram frequentes, assim, muitos dos mitos apresentados pelas mulheres eram substituídos por mitos “cientificizados”.

Em outra reunião, a psicóloga pediu para que cada mulher relatasse brevemente o que acreditava ser a menopausa, sua função e por qual motivo ela ocorria – uma das respostas mais frequentes estava ligada à visão de que a menopausa seria algo “normal da idade”. Entretanto, em algumas situações, as mulheres descreviam o fenômeno como penoso, sendo “difícil ser mulher” e que a finalidade do “sofrimento” feminino seria “pagar os pecados” como Eva ou alcançasse uma redenção, como Maria¹⁶. Uma delas revelou seu ponto de vista sobre a menopausa: *“Isso é pra todas as mulheres... Deus deixou isso pra Nossa Senhora, né?”*. Após os depoimentos das participantes, a fim de esclarecer e “desmistificar” a visão dessas mulheres é entregue uma cartilha ilustrada (Figura 7) com “Eva no paraíso” contendo os seguintes dizeres: *“Por quatro décadas, seu corpo forneceu todo estrogênio que você precisou... Quanto você sabe sobre as consequências das próximas quatro?”*. A cartilha é fruto da “Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica”, e tem por objetivo fornecer informações às mulheres sobre a menopausa. Ela é produzida pela SOBRAC (Sociedade Brasileira do Climatério) em associação com a indústria farmacêutica WYETH, cujo slogan na cartilha é “Líder Mundial em Saúde Feminina”. Já no nome da campanha que fala sobre “deficiência estrogênica” e da imagem de Eva escolhida para ilustrá-la, pode-se ter uma noção do teor do documento que apresenta a menopausa como uma catástrofe, já que o corpo feminino na menopausa é mostrado

¹⁶ Puline Schmitt-Pantel (2003, p. 129-56), reflete sobre o mito da criação da mulher na tradição judaico-cristã, onde Eva aparece como principal culpada de um pecado e sofre uma punição bem maior que a do homem. Outras releituras sobre o texto, especialmente feministas, tentam eliminar essa desvalorização da mulher, não colocando Eva como a única culpada, além de outras análises apresentarem uma “nova Eva”, que seria Maria.

como incapaz de fornecer o necessário e isso trará consequências profundas na vida das mulheres.



Figura 7 - Capa do material da Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica. Desenvolvida pela SOBRAC com a colaboração de uma indústria farmacêutica.

Na cultura judaico-cristã, a imagem de Eva é ligada ao pecado, já que na história bíblica ela aparece como “enganadora” por conta de sua ambição e come o fruto proibido porque, ironicamente, queria saber além do que lhe foi proposto ao entrar no paraíso. Ela então sofre pela sua escolha, afinal, até aquele momento ela tinha tudo o que precisava no paraíso, mas após comer o fruto proibido ela é expulsa e obrigada a lidar com o desconhecido, sem ter mais nenhuma proteção. Na mitologia grega, a história de Pandora assim como de Eva, parte de um mesmo mito de criação da mulher como criatura secundária, onde há uma associação destas como responsáveis pela introdução da morte e do mal no mundo – além disso, ambos os mitos são explicados a partir de uma interpretação androcêntrica (Schmitt-Pantel, 2003). Ao compararmos a interpretação comumente vinculada à história de Eva e a frase da campanha, podemos associar que a mulher na fase da menopausa saiu do paraíso e agora irá sofrer as incertezas e consequências em seu próprio corpo - uma retomada à maldição resultante do pecado de Eva que foi condenada, além de tudo, a sofrer fortes dores no parto.

A cartilha confeccionada pela indústria de medicamentos em associação a uma renomada organização médica, que inclusive divulga termos de consenso para orientação aos médicos, indica ainda uma forte relação entre essas duas instituições. O material utilizado para informar mulheres sobre a menopausa contribuía para reforçar visões do corpo feminino como doente, problemático ou pecaminoso. A Figura 8 mostra uma das dez páginas da cartilha que explica sobre “os riscos da menopausa”:

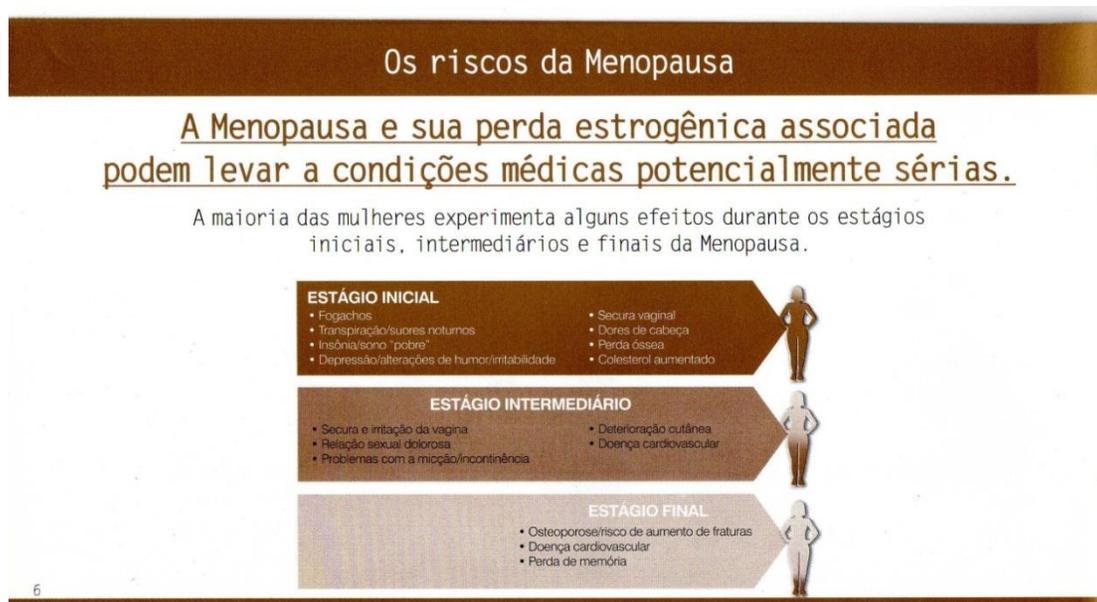


Figura 8 - Página 4 da Cartilha divulgada pela SOBRAC sobre os efeitos da menopausa.

O alerta dado pela cartilha é sobre a queda estrogênica como um risco à saúde da mulher e, segundo o material, conforme essa taxa vai caindo (estágios da menopausa), os problemas associados se mostram cada vez mais sérios. A ilustração para expressar esse processo é de uma silhueta feminina como se estivesse se esvaziando, se apagando. Apesar da mensagem negativa passada pelo material, sendo todos os problemas vinculados a uma “deficiência estrogênica”, não é mencionada explicitamente a terapia hormonal como tratamento, mas todo material é construído para que a mulher chegue à conclusão de que precisa de um tratamento para “repor” esse hormônio.

Como a proposta principal do grupo de psicologia era de informar as mulheres sobre a menopausa, ajudando-as a conhecer seu próprio corpo e “desmistificar” questões que estivessem prejudicando suas vidas, tal proposta possibilitava uma comparação entre as visões médicas sobre o corpo da mulher e as ideias “nativas” das mulheres sobre o próprio corpo. Um caso ilustrativo se deu quando foi questionado às mulheres sobre a disposição e

tamanho dos órgãos sexuais femininos - a ideia era trazer à tona a questão da sexualidade em mulheres que tinham passado por histerectomia, que haviam tido dificuldades ou alterações em seu comportamento sexual após a cirurgia. A psicóloga pergunta às mulheres que tamanho achavam que era o útero e ovários, sendo as respostas variadas “é do tamanho de uma bola”, “do tamanho de uma jaca”, “não! É do tamanho de uma melancia”. A psicóloga então responde: “é do tamanho de uma azeitona”. As mulheres riem e se mostram surpresas, porque “como uma coisa tão pequenininha poderia caber uma criança?” – a psicóloga completa: “porque ele é elástico, ele estica muito durante a gravidez!”. Na sequência ela diz “o que acontece quando a mulher tira o útero? Faz muita diferença lá dentro? Fica oca por dentro?”, ela exemplifica: “se você tem um saco de bolinhas, milhares de bolinhas e tira uma, o que acontece?” – as mulheres respondem: “não tem nem diferença!” e a psicóloga conclui: “isso mesmo... as bolinhas se acomodam dentro do saco e não se nota diferença. Quando se tira o útero ou ovários que são muito pequenos, os órgãos se acomodam lá dentro e você não fica “oca por dentro”. A psicóloga também diz que outro medo das mulheres após a histerectomia é de que “vai ficar tudo aberto” após o canal da vagina e o “pênis vai se perder no infinito, dentro do vazio” – todas riem.

Nesse momento as mulheres se encorajam para falar mais sobre suas histórias. Uma das mulheres diz que não conseguiu manter relações com o marido após a histerectomia, porque se sentia deprimida e não tinha mais ter desejo sexual. Depois de um tempo, ela quer voltar a ter relação sexual, mas seu marido passou a ficar nervoso e agora ele é quem “não consegue mais”. A mulher relata que seu marido ficou “desanimado” achando que eles nunca mais conseguiriam ter relações sexuais porque ela era “histerectomizada”. Neste caso, as expectativas negativas da mulher com relação à menopausa, passaram a ser vivenciadas também pelo seu marido, e isso acabava afetando seu relacionamento conjugal. As outras mulheres do grupo se solidarizam e passam a armar estratégias para mulher seduzir o marido novamente, que incluía “roupa bonita”, “jantar romântico”, e a mulher se encoraja a “tentar” ainda aquela noite.

No mesmo dia, a psicóloga havia levado uma boneca de papelão, chamada de “Gertrudes” (Figura 9) em tamanho real, com moldes recortados dos órgãos internos das mulheres para que elas pudessem montar e conhecer o tamanho de cada órgão reprodutivo.



Figura 9 - Gertrudes - boneca educativa usada para explicar a disposição dos órgãos reprodutivos femininos.

Diante da explicação sobre as funções e disposição dos órgãos reprodutivos antes e após a histerectomia, as mulheres se mostraram muito animadas com o assunto. Outra participante se manifestou dizendo que há muito tempo não tinha relação com o marido, mas que tentaria se reaproximar. Diante dos depoimentos dados pelas próprias mulheres é possível observar que a maneira com que essas mulheres percebiam o próprio corpo, suas expectativas e significados, alterava significativamente o modo com que elas vivenciavam suas experiências sexuais e a própria menopausa. Por outro lado, muitas das visões negativas sobre o corpo da mulher eram passadas dentro do consultório médico, ou mesmo por instituições médicas como é o caso da cartilha apresentada pela “Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica”.

Outro caso ilustrativo envolvendo as imagens negativas passadas pelos próprios médicos foi compartilhado por uma mulher durante a reunião de psicologia. Após uma exposição pela psicóloga sobre a elasticidade da vagina, onde ela explicava que a anatomia vaginal é “sanfonadinha” e “se acomoda” de acordo com o tamanho do pênis do companheiro (tendo uma capacidade elástica tão grande que permitia até que o bebê passasse pelo canal vaginal durante o parto normal), uma das participantes do grupo interrompe. A mulher revela que sentia muita dor na relação sexual, procurou um ginecologista no CAISM e ele perguntou: “que tamanho que é o pênis do seu marido?”, ela disse ter ficado nervosa e disse não saber, ele insistiu “Que tamanho que ele é? Mostra com a mão mais ou menos...”, a mulher diz ter mostrado com as mãos o tamanho do pênis do marido e o médico conclui: “Então é isso, o pênis dele é muito grande pra vagina da

senhora. O problema é com a senhora”. Assim, muitas visões das mulheres sobre seu corpo eram vistas como mitos, mas tais “mitos” também estavam presentes nas falas dos médicos e inclusive eram transmitidos às mulheres durante a consulta com *status* de verdade científica.

Voltando ao objetivo principal do grupo em “desmistificar” questões do corpo e sexualidade, as participantes também costumavam recordar muitas ideias “de antigamente” que eram passadas “por gerações” e revelam coisas que ouviram na época de juventude, inclusive de suas mães:

“antigamente então era pior ainda. Minha amiga disse que a mãe dela falou do tempo em que ela era nova, na noite de núpcias, a mulher tinha que ficar deitada com um lençol por cima esperando o marido fazer tudo – ela tomava banho, colocava a camisola sem nada por baixo e o marido vinha e fazia tudo, ela só ficava torcendo pra terminar logo”.

“diziam que a mulher não podia ter vontade de dormir com o marido, isso era coisa de mulher safada. Ela queria, mas fingia que não queria e não podia mostrar muito também, senão ele desconfiava que ela sabia muito daquilo”

“a mulher tinha que sangrar quando tinha a primeira noite. Se não sangrasse era porque não era virgem e o marido devolvia”.

A visão de que a mulher não podia demonstrar desejo sexual pelo marido, mostrou-se frequente entre as mulheres na menopausa, já que partilhavam de visões que eram referência da sociedade de uma mesma época. A noite de núpcias também aparecia como um evento traumático para muitas mulheres, especialmente as mais velhas. Isso reflete uma visão de que a noite de núpcias era uma “tomada de posse” da esposa pelo marido, sendo que esse qualificava seu desempenho pela rapidez da penetração, “forçando” o ato sexual, por vezes, se assemelhando a um estupro – essa sexualidade “coagida” muitas vezes transformava as relações sexuais dessas mulheres em um “dever conjugal”, o qual muitas delas não queriam mais se submeter (Perrot, 2006). Sobre “sangrar” na primeira relação sexual, a psicóloga explica – fazendo referência à explicação médica corrente - que o hímen não pode ser um marcador de virgindade porque muitas mulheres têm o hímen “elástico” (que não se rompem com facilidade) e em outras o hímen pode se romper mesmo sem relação sexual. Ainda alerta que independente disso, tal visão reflete o “machismo” da nossa sociedade, porque “o homem podia fazer sexo o quanto quisesse antes do casamento”, sendo que a mesma situação não era aceita às mulheres.

A menstruação era outro tema que aparecia muito nos relatos: “antigamente falavam que não podia lavar a cabeça quando tomava banho e estava menstruada, depois que a gente viu que era tudo bobeira. E quando a mulher tinha filho, então? Ficava 40 dias sem lavar a cabeça.” Outra mulher declara: “eu fiquei os 40 dias sem lavar a cabeça quando meu filho nasceu”. A psicóloga ainda lembra outra ideia comum, de que se a mulher não menstruava, o “sangue subia pela cabeça” e a mulher “ficava louca”. Ela faz referência a este assunto por conta do relato de uma mulher do grupo que, em outro dia, havia dito que só menstruou aos 16, e ela tinha muita dor de cabeça porque o sangue havia “subido para a cabeça”. A psicóloga completa, brincando: “Se fosse assim, o que aconteceria na menopausa que a mulher não menstrua? Só fico imaginando todas as mulheres na menopausa com um cabeção, porque o sangue acumulava na cabeça!”.

O fato de elas recordarem dos ensinamentos das mães sobre menstruação ou iniciação sexual, por exemplo, revela que muitas delas tinham alguma conversa em casa – ainda que limitada. Entretanto, quando eram questionadas sobre isso no consultório (tanto pelo médico, quanto em minhas entrevistas), diziam não terem tido nenhuma informação dos pais, já que essa informação não havia sido passada nos moldes médicos. Mais uma vez, isso pode ser uma maneira de protegerem seu conhecimento “nativo” sobre as questões do corpo, já que acreditavam ser esperada no consultório uma resposta nos moldes médicos, além do que, do ponto de vista médico, suas visões seriam consideradas besteira. Havia uma clara distância entre a visão científica e a visão nativa, no entanto, isso não se manifestava dentro do consultório médico.

Sobre os sintomas relacionados com a menopausa, os fogachos (calores) eram muito citados pelas mulheres. Para elas, os fogachos eram um marcador da menopausa, uma forma também de identificar a menopausa em outras mulheres. Em uma entrevista, uma mulher me disse ter vergonha de ter esses “calores” e, principalmente, da possibilidade das outras pessoas perceberem que isso se devia à menopausa – ela costumava mentir para evitar o constrangimento, dizendo que seu calor tinha outro motivo. Outra mulher ainda disse se solidarizar quando via alguma mulher “com calores”, já que ela já havia passado por essa fase e sabia do constrangimento envolvido. Esses relatos vão ao encontro da análise feita por Martin (2006) em seu estudo sobre mulheres na menopausa, onde as mulheres costumavam falar sobre os “calores” ou “rubores” como algo externo que tomava

conta de seus corpos, não relacionado a um sentimento de raiva (como costumavam relatar sobre a TPM), mas relacionado a um constrangimento. Dentre as causas desse constrangimento, a autora indica a incapacidade de controlar as funções do corpo durante a “crise” (comprometimento da concentração, sono, suores e “rubor” no rosto) e a imagem perante os outros é afetada pelo fato de ficar evidenciado de que está na menopausa, fato relacionado à velhice, perda da sensualidade, etc.

Em um estudo desenvolvido por Jenkins & Valiente (1994) sobre o fenômeno chamado “*el calor*” em mulheres salvatorianas refugiadas, as autoras recorrem a uma abordagem cultural da emoção para explicar esse fenômeno corporal. As autoras encontraram situações sociais de grande tensão e trauma comuns às refugiadas e que precediam o fenômeno do “*el calor*”, revelando que poderia ser uma forma de manifestação emocional atrelada à sua realidade política e social. Assim, elas sugerem que seja deixada de lado a ideia dicotômica de mente como cultural e corpo como biológico, para compreender que muitos fenômenos físicos, sensações, “emoções” podem ser estudadas como artefatos culturais.

Para muitas mulheres atendidas no Ambulatório, as ondas de calor não identificavam a menopausa somente em mulheres, mas também nos homens. Diziam que seus maridos também tinham sintomas muito parecidos com aqueles apresentados pelas mulheres – insônia, nervosismo, falta de libido, calor. Em um relato, Elaine afirmou:

“Eu sentia um calor, não dormia e não deixava meu marido dormir. Agora meu marido que tá com calor também, porque diz que homem também tem menopausa... é andro..., como fala... é andropausa que fala, né? Não é mole não, quando não é a mulher, é o homem que bufa de calor” (ELAINE, 70 anos).

Em outro relato, a participante do grupo (Márcia, 63 anos) relata sobre a falta de libido do companheiro: “*O homem quando vai ficando mais velho, a gente tem que ter paciência também, porque demora mais pra ter vontade, como a gente, tem que ficar agradando e mesmo assim às vezes não consegue. Aí a gente vai lá e conversa e fala que é assim mesmo, tanto homem quanto mulher tem essas coisas*”.

Para muitas mulheres, as transformações experimentadas no corpo no decorrer do tempo ocorriam de forma parecida entre homens e mulheres. Muitas entendiam que deveria haver uma adaptação do sexo àquela nova fase da vida visto que o corpo havia mudado, mas isso era encarado como um processo natural da vida e não como um problema médico.

A psicóloga orientava as mulheres para que elas se redescobrissem, defendendo que o sexo deveria ser “desgenitalizado”, isto é, deveriam procurar alternativas para um sexo prazeroso sem que seja necessariamente focado na penetração.

Dessa forma, pude perceber durante entrevistas e reuniões que as mulheres tinham uma visão sobre o corpo do homem e da mulher, diferente do que era exposto pelos médicos. Para elas, o corpo do homem apresentava-se como similar ao corpo da mulher, ao contrário dos médicos que pareciam defender que as mulheres tinham mais alterações “negativas” no corpo e sexualidade no decorrer do tempo do que os homens. Em diversas passagens pude perceber fala de médicos que defendiam o corpo e sexualidade do homem como imutável do ponto de vista sexual – *“homem sempre vai ter a sexualidade dele...”* e quando se comparado ao corpo da mulher, *“o corpo da mulher para de ovular numa certa idade, mas o homem nasce e morre com os espermatozoides dele”*.

Essa diferença no tratamento dado pela medicina à sexualidade de homens e mulheres acaba afetando a maneira com que homens e mulheres vivenciam experiências com seu corpo. A própria velhice masculina é encarada de outra forma pela ciência médica, como reflexo de preconceitos culturais – o homem de meia idade é tido como experiente, ainda com desejo e que muitas vezes é justificável que procure uma mulher mais jovem para se relacionar. Mesmo com a tentativa da medicina em construir uma “menopausa” masculina – a andropausa, quando envolve a questão da sexualidade, descrevem o corpo do homem como passando por um processo de “explosão de sexualidade”, onde terá “sempre a sexualidade dele”. Neste caso, a visão da medicina mostra-se muito mais ligada aos preconceitos e mitos culturais do que a visão das próprias mulheres, como também pode ser acompanhada a seguir, dentro do consultório médico.

5.4 CONSTRUINDO A SEXUALIDADE APÓS A MENOPAUSA

As questões envolvendo a sexualidade da mulher na menopausa - como a baixa libido e diminuição do prazer sexual - emergiram nas falas das mulheres e seus médicos como os “sintomas” mais frequentes durante essa fase. A partir do tratamento dado pelos médicos à sexualidade feminina no consultório médico, as hipóteses levantadas sobre o alistamento das mulheres, as metáforas da menopausa, o desaparecimento do corpo, a

padronização dos corpos (biologização) e protocolos, além da medicalização da menopausa no nível interacional ficaram mais evidentes.

No âmbito das consultas ginecológicas a percepção das mulheres sobre a sexualidade na menopausa passava por um processo de construção/reconstrução e negociação, muitas vezes alterando a maneira com que elas percebiam essa fase. Os diálogos e relatos de médicos e mulheres sobre o assunto revelaram uma constante tentativa de biologização ou padronização do corpo, de forma a possibilitar que a verdade produzida localmente se tornasse genérica, universal, servisse para qualquer corpo. Conforme discutido no Capítulo anterior, o alistamento das mulheres para que disponibilizem seus corpos em favor das pesquisas também passava por uma negociação (ou até imposição) de significados sobre a menopausa.

Devido à necessidade de padronização dos corpos para a produção e reprodução das verdades médicas, dentro do consultório médico a sexualidade da mulher após a menopausa era entendida apenas em seu nível fisiológico, excluindo qualquer dimensão sociocultural que pudessem aparecer no relato das mulheres. Por esse motivo, as queixas dessas mulheres acabavam sendo tratadas exclusivamente com medicamento. Entretanto, embora os médicos buscassem uma “neutralidade” em suas ações, recorrendo ao uso de termos cada vez mais “objetivos” no diagnóstico e prescrição de medicamentos, deve-se ter em mente que as concepções médicas e as visões dessas mulheres emergem dentro de uma mesma matriz cultural e, assim, compartilham dos mesmos preconceitos e metáforas socioculturais. Muitos desses preconceitos e metáforas socioculturais apareciam claramente durante a prática médica – por exemplo, muitos médicos deixavam de perguntar sobre a atividade sexual de mulheres mais velhas por conceberem previamente que elas não mantivessem relações sexuais. Nas palavras de uma aluna de medicina, que prestava atendimento no Ambulatório:

“É... a gente pensa que com mais de 50 anos ninguém mais faz sexo. A gente tem aquela ideia: minha mãe não faz sexo (risos), só fez para eu nascer! Depois para meu irmão nascer porque ele é mais novo. A gente às vezes fica com a cabeça fechada, mas vai quebrando os preconceitos aos poucos”
(aluna de medicina, 24 anos)

Essa fala ilustra bem uma ideia que assimilamos e reproduzimos sem qualquer reflexão - a ideia do sexo vinculado à juventude. Outra médica residente referia-se às suas pacientes na menopausa como “avós”, transferindo a essas mulheres uma imagem que implica em respeito, cuidado, além de uma associação com a ideia de santa, bondosa que,

da mesma forma que um bebê ou uma mulher grávida¹⁷, acaba refletindo uma visão de ser assexuado.

Realmente, eu também não pensava encontrar tantas mulheres com atividade sexual depois dos 70 anos. No início da pesquisa, tinha muita dificuldade em perguntar sobre a vida sexual de algumas mulheres mais velhas, com receio da minha atitude ser vista como desrespeitosa, prejudicando o andamento da entrevista. Com o tempo percebi que eu ficava muito mais constrangida em perguntar do que as mulheres em responder. Por outro lado, esse fato me fez refletir também sobre o quanto a ideia de que seus corpos e vidas pudessem ser constantemente manipulados pela prática médica estava naturalizado para essas mulheres, a ponto de não se constrangerem com minhas perguntas “indiscretas” ou presença constante nas consultas.

Aos poucos fui “quebrando os preconceitos” e tornando o exótico familiar. Dessa forma, pude compreender o ponto de vista das mulheres sobre o assunto e me dei conta da dimensão que o sexo tomava em suas vidas, principalmente após a menopausa.

Em meio aos depoimentos coletados, pude traçar diversas aproximações nas falas das informantes. Histórias de vida muito parecidas, talvez porque remetiam a um mesmo período, partilhavam um passado muito sofrido, vinham de famílias de mesma classe social, com baixa ou nenhuma escolaridade, mulheres que não tinham abertura para manter um diálogo aberto com os pais – principalmente quando o assunto girava em torno de sua sexualidade:

“Minha mãe não falou [sobre a menstruação]... naquela época, que veio com 10 anos e meio, minha mãe não falava nada, nada, nada... aí minha tia que falou [...] eu lembro como se fosse hoje, [...] eu tava sentada, assim, na sala brincando com meu irmãozinho, aí quando eu levantei tava tudo suja a roupa [...] Aí minha mãe gritou [tom bravo] *“ahhh... vai tomar banho, vai trocar de roupa”*, mas não falou nada [...] hoje não, mas há muitos anos atrás, como ela poderia me ensinar se ela também não teve um ensinamento? [...] a minha mãe também não ensinou, não explicou nada porque também não teve orientação, moravam na roça [...] Aí minha tia chegou e falou *“A mãe não falou nada? Não explicou nada?”*, aí ela foi falando *“ó, todo mês vem...assim..”* foi falando dentro do pouco que ela sabia também, né? porque não sabia muito, mas assim negócio de ter relação, de ter filho, a gente aprendeu conversando, com os outros. [...] Por isso que eu falo, o mundo é uma escola, porque você teve mais informação do que eu, a outra teve mais, então uma foi passando pra outra... aí quando eu vim aqui [CAISM], aí eu tive mais orientação ainda [...]” (ANA, 64 anos)

“não, não sabia nada... aconteceu na escola [primeira menstruação], e eu não sabia o que era, e aí sujou tudo a minha saia [...] e eu tinha uma professora de francês, muito legal, ela tirou eu da sala,

¹⁷ O trabalho de Cortez (2010) descreve com as alterações na imagem da mulher grávida na mídia brasileira, antes tratada como uma santa, pura, relacionando com “virgem Maria”, e que ultimamente vem sendo transformada, com a exposição da gravidez de celebridades de forma sexualizada.

deu uma blusa dela, amarrou na minha cintura e mandou eu ir lá na diretoria esperar ela e eu fui. Ela terminou a aula, ela me pegou, pôs no carro dela e me levou para casa dela... e aí ela mandou eu tomar banho, me deu roupa [...] aí ela me explicou o que que tinha acontecido. Mas eu fiquei ainda assim, né... o que me deu foi medo! Eu senti dali pra frente, eu senti medo disso daí. E durante a minha vida, que também depois no ato sexual eu não sabia, aí aumentou meu medo, justamente por aquilo: “*eu não me machuquei, como é que eu fui sangrar daquela forma?*”, aí também me apavorei na relação sexual, foi terrível pra mim... Não foi legal não, pra mim foi péssimo... [*E no decorrer da vida...*] Eu não tive [relação/prazer sexual], eu não consegui... Como que eu vou falar... eu me **renunciei**, sabe? Eu fui me esquivando do marido, às vezes a gente brigava, a gente brigava muito por causa disso porque eu não queria e ele queria... E aí... faz, acho que vai para 4 anos que meu marido deu câncer na próstata e teve que tirar tudo, sabe?... E tirou tudo e pra mim foi ótimo! Então eu me renunciei, eu não tive uma fase legal, gostosa de relação sexual... (LUIZA, 40 anos)

É possível perceber que muitos dos problemas sexuais vinculados à vida adulta – principalmente à menopausa - tiveram início na infância e adolescência dessas mulheres, com a chegada da menstruação. Perrot (2006) argumenta que a escassa educação sexual na infância de muitas mulheres faz com que a primeira menstruação seja vivida quase sempre rodeada por medos e vergonha, em contraste com a “glória do esperma viril”, o sangue feminino na menstruação é uma “mancha”. Nestes dois depoimentos, as mulheres tiveram o primeiro contato com a menstruação de forma tensa, traumática, onde o “medo” do sangramento se misturava ao medo de questionar sobre o ocorrido. Havia um distanciamento do próprio corpo fruto da escassa “informação”, tabus, mitos com relação à sexualidade. Enquanto meninos são estimulados no descobrimento da própria sexualidade (jogos de meninos, exposição do pênis, masturbação), as meninas são distanciadas do próprio corpo (vergonha, medo, pecado). Em um trabalho desenvolvido sobre socialização infantil em relação à construção da sexualidade e identidade de gênero entre crianças em idade de 07 a 14 anos, a autora descreve a negociação de significados do que é permitido as meninas e o que é esperado de meninos; uma mesma ação poderia ser interpretada como “ousadia” se partisse de um menino, ou “assanhamento” se a mesma ação partisse de uma menina (Ribeiro, 2006).

Neste contexto, grande parte das barreiras sexuais poderia estar relacionada com problemas de diversas ordens que se refletiam na vida sexual. Algumas mulheres relataram ter sofrido violência sexual na infância e isso marcava a vivência de sua sexualidade na vida adulta. Em um relato emocionado no grupo de psicologia, uma mulher revela que seu cunhado a abusava sexualmente desde quando ela tinha 9 anos de idade, em sua própria casa. Sua irmã (esposa do estupro) sabia do que ocorria, mas mesmo assim nunca a defendeu dos abusos e tampouco abandonou o marido. Essa postura de omissão parecia ser

frequente nos casos de violência sexual doméstica. Durante o relato, a mulher revela ainda que esse trauma a afetou profundamente em sua vida sexual adulta. Após seu casamento, disse que não conseguia manter relações sexuais com o marido: “eu me fechei, não passava nada por ali [referindo-se ao sexo vaginal]. Estava lacrado, eu não conseguia. Não abria nem com britadeira”.

No entanto, a maior parte das mudanças ocorridas no corpo e relações sexuais durante o processo de envelhecimento da mulher é atribuída exclusivamente à menopausa (BRASIL, 2008). Na maioria dos casos, o distanciamento do sexo e prazer é descrito como parte de um processo carregado de traumas, medos e desgostos durante toda a vida sexual, e não um fato decorrente de fenômenos “exclusivamente fisiológicos” que teriam controle sobre todo o seu corpo e suas vontades, como descreviam seus médicos. No relato seguinte esta questão fica bem evidente: a médica se preocupa em descobrir se a mulher se enquadrava nos sintomas físicos esperados para a menopausa – como dor na relação sexual e falta de lubrificação – e deixa de se ater a questões de outra ordem que circundam a vida dessa mulher. A mulher começa então a falar de sua vida pessoal e dos fatos que desencadearam muitos dos problemas de ordem sexual, deixando de responder com a objetividade esperada pela médica. A médica então sai da sala e retorna no final da consulta com uma receita de medicamento baseado em hormônios e um antidepressivo:

Médica: [...] como é que tá a lubrificação da vagina da senhora? A senhora sente que tá igual como era antes ou mudo alguma coisa? Tá mais ressecada?

Paciente: É...

Médica: É... a senhora tem algum companheiro, tem algum parceiro?

[Paciente faz sinal negativo com a cabeça]

Médica: Não? É ... a última relação que a senhora teve, a senhora notou se machucava? Se era desconfortável ou não?

Paciente: Não! não machucou!

Médica: Não?

Paciente: Peguei trauma de homem... peguei tanto! [fala triste com a cabeça baixa]

Médica: [...] faz tempo que a senhora não tem namorado?

Paciente: É, faz um tempinho que não... sabe? É... o cara gosta de mim, eu penso em ter, mas quando eu penso assim em se aproximar do cara, já me bate um nojo.... nossa!

[residente sai da sala e durante esse intervalo aproveito para fazer algumas questões para entender melhor o assunto]

Paciente: Eu ia fazer catorze anos, acho que treze que eu ia fazer [quando menstruou pela primeira vez]... Eu com catorze anos casei, num tinha catorze anos.[...] Ah... num casei assim bonitinho, sabe? Eu casei fugida! [...] Porque minha mãe batia muito *ni nós*, né? Num deixava ir na escola, num deixava ir na casa das amiga, num deixava sair de dentro de casa... deixava só sair de dentro de casa pra trabalhar, ainda apanhava, bebia as pinga dela, aí ia embora, ficava de ano fora de casa, aí quando vinha queria mata *nóis*. [...]quando eu fugi, falei: “*nossa, vou sair do inferno, vou pro céu*”, né? Pelo contrário, sai do céu fui pro inferno. Daí piorou... aí danou tudo. [pergunto o motivo] Batia, xingava, sabe? Que tem palavra que dói mais que uns tapa, né? Batia, xingava... ai tive que trabaiá dobrado

por que tinha criança [...] ainda assim mesmo, aguentei dezenove anos. [...] acho que peguei trauma também de homem. (MARIA, 48 anos)

[A senhora contou que ficou casada 1 ano só?]

Só... aí eu fiquei com medo e não quis mais saber!

[Mas a senhora ficou com medo do que?]

É que naquele tempo lá, as mulher tinha muito medo de sofrer, tinha medo do outro lado... hoje que as mulher não tem mais medo de nada! Mas naquele tempo lá as mulher era muito medrosa, tinha medo de ser falada, tudo isso atingia a gente. Então eu encaixei nisso aí e olha, aí acabou [...] (ISABEL, 70 anos)

É importante ressaltar que algumas das expectativas com relação ao comportamento das mulheres – normas de gênero – foram se alterando, mesmo que lentamente, no decorrer da vida dessas mulheres. Elas experimentaram uma época onde a mulher deveria cumprir um papel submisso muito mais evidente: havia uma transferência da obediência extrema dos pais para o marido, uma responsabilidade exclusiva na criação dos filhos, um medo de “ficar falada” e, muitas vezes, ter que “aguentar” uma relação sofrida durante anos. No caso de Maria, o casamento havia sido encarado como uma fuga - pensava em sair do “inferno” que era a convivência com a mãe alcoólatra e ir para o “céu” que esperava ser com o marido. No entanto, essa mudança foi ainda mais sofrida, já que casada com o marido também agressivo e com um filho para criar, teve que “trabalhar dobrado” e suportar muito tempo as agressões do companheiro.

Com o passar dos anos, essas mulheres acompanharam algumas transformações sociais, como a entrada no mercado de trabalho, crescente número de mulheres como chefes de família, aumento dos anos de estudo, uso de contraceptivos, aceitação social do divórcio, etc., e muitas mulheres, como relata Isabel, se sentiram livres e sem “medo de nada”, prontas para tomarem o controle da própria vida. De acordo com dados apurados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o índice de mulheres chefes de família no Brasil, que em 1981 era de em torno de 17% - contra pouco mais de 83% dos homens chefes de família – em 2009 havia duplicado: 35% de mulheres chefes de família, contra 64% dos homens no mesmo período, reflete que nos últimos anos muitas mulheres deixaram de ser dependentes de pais ou maridos e passaram a assumir o controle de suas vidas. Além disso, a queda na taxa de fecundidade feminina (4.06 na década de 80, contra 1.76 no ano de 2010) demonstrou que a mulher passou a ter nos últimos anos um maior controle sobre o seu corpo, sendo isso reflexo em grande parte do aumento no uso de

contraceptivos femininos, que possibilitou à mulher uma vivência da sexualidade de forma desvinculada da reprodução.

É importante destacar que cada mulher teve experiências muito particulares e experimentou de maneira diferente tais mudanças sociais. Entretanto, para muitas delas, esse contexto favoreceu para que tomassem certas escolhas, já que haviam chegado a uma fase na qual poderiam escolher, não somente pelas mudanças sociais vivenciadas, mas também por estarem em um momento onde os filhos já estavam criados e elas não se sentiam mais obrigadas a “aguentar” uma relação insatisfatória. Frequentemente, essa busca pela libertação se apresentava na fala das mulheres através de uma “revolta”, “nojo”, satisfação por não ter mais um parceiro ou até mesmo uma renúncia ao sexo. Muitas vezes, esse momento de transformações e descobertas coincide com o período da menopausa, como pode ser visto no relato de Salete:

[Houve alguma mudança na vida da senhora depois da menopausa?]

Eu assim, já antes já, eu fiquei uma pessoa assim, fria, sabe? E teve tempo que muito nervosa. Então tudo isso foi acontecendo, sabe? Até depois no fim, acabamos, eu e meu marido acabamos desentendendo e acabamos nos separando mesmo, porque não tinha mais jeito mesmo. Porque eu trabalhava direto e ele não queria trabalhar, e eu não aguentava mais, sabe? Falei: “*quando tinha os filhos pequenos a gente suportou porque tinha os filhos pequenos*”, né? Mas depois que tava eu e ele eu falei “*não dá mais*” e depois ele começou beber e a gente acabou se separando mesmo. (SALETE, 62 anos)

Não tenho parceiro, graças a Deus. (risos) Num quero nem saber [...] Minha vida tá tão bão sozinho, que nossa... nem penso em ter que arrumar outro homem não. (GILSA, 72 anos)

Muitas vezes, a recusa do sexo e relacionamento amoroso se manifestava somente na fase da menopausa. Apesar disso, para algumas mulheres essa mudança pode ter sido fruto de uma insatisfação acumulada durante muito tempo: a obrigação de manter o casamento e relações sexuais sem prazer se arrastou por anos, em uma “renúncia” de si mesma, ou ainda em tentativas frustradas de se esquivar do parceiro. Muitas decidem se afastar dos homens para não terem que se submeter e passar por sofrimentos novamente, dizem terem sido maltratadas, foram vítimas de violência, da traição e por isso renunciaram a vida sexual, expressando todo o sofrimento por meio de revolta. Nos relatos a seguir, a revolta contra os parceiros e conseqüente recusa de futuros envolvimentos amorosa aparece de forma mais clara:

Paciente: sou separada

Médica: Separada? Há quanto tempo?

Paciente: Há mais de 30... mais de 40, me separei em 59.

Médica: E depois não arrumou outro namorado?
Paciente: não, não quis mais não
Médica: não quis mais? Ixe..
Paciente: não, não quis mais não, me injurie!
Médica: enjoou de homem..
Paciente: com 21 anos eu já tava só
Médica: humm.. eu não acredito, enjoou, não quis mais?
Paciente: não é que enjoou, eu me injurie!
Médica: entendi.. ficou incomodada
Paciente: foi, eu não me senti bem, fiquei injuriada, perdi a graça e aí não quis mais saber de ninguém (ISABEL, 70 anos)

Médica: há quantos anos que não tem relação? [...]
Paciente: uns 10 anos mais ou menos [...] Olha eu vou falar pra vocês, vou falar eu, não tô passando pra você e nem to passando pra ela [se refere à médica e eu], porque vocês estão numa fase maravilhosa que eu já tive essa fase. No decorrer do tempo eu vi... eu encaro o homem de hoje, ou de ontem, da minha época, como aproveitador, eles usam a mulher, tá? Eles pintam e bordam por aí e a gente tem que aceitar. Eu não quero mais esse tipo de coisa. Trabalhei num pronto socorro e eu vi uma senhora de 75 anos em cima de uma maca com AIDS, fiquei admirada com aquilo lá, são coisas que aprendi no decorrer da minha vida como uma profissional: o velho pulou a cerca com uma jovenzinha e a coitada da velha pegou a AIDS, aí eu falo: "pô, acontece com ela, acontece comigo, acontece com qualquer um!", então eu to me precavendo disso aí. (IZAURA, 60 anos)

Isabel conta à médica, que após o término de um casamento – quando tinha 21 anos – decidiu ficar só, ficou “injuriada” e “não quis saber de mais ninguém”. Nessa passagem há uma tentativa de imposição de significados por parte da médica à fala da mulher. Isabel usa a expressão “me injurie!”, referindo-se ao fato de que se sentiu ultrajada pelos homens, que havia sofrido e, portanto, passou por um desencantamento frente aos relacionamentos amorosos, decidindo não ter que se submeter mais a companheiro algum. Contudo, a médica tenta traduzir a afirmação de Isabel de acordo com seu referencial sobre o que seria a sexualidade da mulher na menopausa – “não quis mais?”, “enjoou”. A médica segue mais algumas vezes, procurando expressões alternativas à usada pela mulher, tentando corrigir a expressão usada por Isabel: “enjoou de homem?”, “enjoou, não quis mais?” – mais uma vez, a mulher explica que não “enjoou” de homem, mas sim que se “injurio” com eles. Por fim, a médica usa a palavra “incomodada” como alternativa para interpretar a expressão usada pela mulher, acreditando que Isabel não estaria sabendo expressar-se com clareza de que estaria “enjoada de homem”. Para a médica era mais fácil entender que a mulher estava “enjoada” de homem, fato que seria interpretado por ela como apenas mais um sintoma da menopausa, um desinteresse pelo sexo por conta da baixa produção de estrogênio. No entanto, Isabel mantém firme sua posição e esclarece o significado atribuído à expressão “injurio”, mostrando que sabia exatamente o que estava querendo falar: “*eu não me senti*

bem, fiquei injuriada, perdi a graça e aí não quis mais saber de ninguém". Nesse contexto, a mulher demarca claramente que sua decisão em não manter relacionamentos amorosos não estaria ligada simplesmente a uma questão física como esperava a médica (como se a mulher tivesse decidido ficar sozinha por não ter mais desejo ou prazer), pelo contrário, mostra que sua decisão estava baseada em uma relação insatisfatória com os homens, situação pela qual ela não queria (ou não precisava) mais passar.

Izaura também relata que decidiu não ter mais relacionamentos amorosos como forma de se “precaver” dos homens de sua “época” que considera “aproveitador” – no episódio narrado por ela, o marido manteve relações extraconjugais com uma “jovenzinha” e acabou transmitindo AIDS para sua esposa de 75 anos. Ela ainda reflete que isso é muito comum aos homens de sua “época”, visto que eles traem suas esposas (“pintam e bordam por aí”) e as mulheres “tem que aceitar” essa condição. Izaura se refere a um modelo comum no passado, no “ontem”, sua “época”, onde grande parte das mulheres era dependente financeiramente de seus companheiros e, não podendo se manter sozinha, acabava tendo que “aceitar” essas traições – situação que o homem tirava vantagem por ter consciência de seu papel de “provedor”. O fato de dependerem economicamente (e mesmo emocionalmente) do marido, aliado à questão do divórcio não ser algo aceitável naquele momento, fazia com que essas mulheres tivessem que “aceitar” as traições de seus companheiros.

Era também muito frequente as mulheres retratarem suas experiências sexuais como sendo uma obrigação para agradar o parceiro. Uma posição submissa da mulher com relação ao homem era explicitada também durante a decisão pela relação sexual. Mesmo que elas não estivessem com desejo no momento escolhido pelo homem, ou ainda, estivessem apresentando alguma dor que a impossibilitasse de manter relações sexuais, se sentiam obrigadas a cumprir adequadamente o “papel de esposa”, se culpando caso não conseguissem satisfazer o parceiro:

“[...] Então, a outra coisa também que eu sinto da menopausa é que eu não lubrifico mais, então eu tenho muita dificuldade assim na parte sexual, por que eu mudei completamente meu comportamento, eu não tenho mais apetite pra sexo. Então certamente.. eu tenho um... como que se diz, uma revolta, um transtorno, por que meu marido é muito apetitoso e eu, acho que passa batido. Quando faz, tem que fazer com fingimento por que não tenho mais apetite. E eu era assim, super apetitosa... é, tinha assim a umidade, né? Não tenho, se cada vez que tenho uma relação, machuca...[...] Engordei bastante também... [...] meu marido brinca comigo, fala assim: “*Você ficou maninha*”, por que diz quando, assim, perde o apetite, a mulher fica que só engorda, né? Ela só que

sabe de comer e come mesmo, muito, muito, muito. Não tem apetite de sexo, mas apetite de boca... meu Deus! Devia ter de sexo que mais considerado importante, né?... Pro relacionamento do casamento não é só sexo, mas é uma das partes que... homem é homem, né? Bem... é complicado pra mulher, né? Isso me dá revolta, por que já tive problema, por que eles não têm paciência, né? Vai procurar [outra mulher], né... por que quer saber de estar bem... Isso, traição, dói... a gente que fica sabendo, por mais que o marido queira fazer as coisa achando que aquilo é uma belezinha.. [...]. São coisas, assim, que vem trazendo transtorno... acho que tem bastante transtorno a menopausa.” (ELZA, 55 anos)

A única coisa que eu sinto, é na falta de relação que eu tenho, eu não sinto NADA.. já fiz remédio, já fui no médico e eu to fazendo o tratamento da menopausa pra ver agora se é falta de hormônio, o que que vai fazer se eu vou ter que tomar alguma coisa ou não, mas eu não sinto prazer...

[mas a senhora não tem vontade?]

Não, não, de jeito nenhum... eu faço que eu tenho vontade, mas eu não tenho (risos), entendeu? pra satisfazer ele, né? Mas eu mesmo, a única coisa que eu sinto falta no meu corpo é isso aí? [...] eu não sinto prazer, pra ter relação, quer dizer que antes disso eu tinha e agora não tenho mais e eu fico triste, né? Porque fingir uma coisa, da vida da gente fazer e chega na hora não fazer nada e falar que fez.. porque eu falo que fiz, pra não deixar meu marido triste porque é eu, ele e... eu só tenho um filho... então eu falo assim, “*meu Deus, eu vou falar pra ele que não, aí vai encher a cabeça dele com outra coisa*”, ele vai pensar outra coisa de mim: “*comigo não, mas e será com os outros, será que sim?*” eu penso assim, tá entendendo? (CLEIDE, 52 anos)

Por diversas vezes, o desejo feminino entrava na questão de forma secundária. Entretanto, esta postura também pode estar relacionada ao tipo de educação sexual que essas mulheres receberam, já que muitas diziam terem sido educadas para não sentirem prazer, nem demonstrarem seus desejos sexuais - tinham vergonha de admitir suas fantasias e, muitas vezes por isso, diziam ser uma obrigação – esta postura havia sido imposta a elas pelos princípios em que foram criadas (educação rígida, religião...). Em uma entrevista, a mulher relata que se dizia muito “fogososa” quando jovem, relatou não achar correto para uma mulher tomar a iniciativa para iniciar uma relação sexual com o marido e, então, utilizava uma espécie de código para indicar suas intenções - no consultório vi um caso muito ilustrativo, onde a mulher dizia que “roçava assim o pé na canela do meu marido, aí ele já sabia que eu queria”, para não demonstrar explicitamente seu desejo sexual, que era coisa mal vista às mulheres. Durante muito tempo, o prazer e desejo feminino foram negados ou reprovados, relegados apenas às prostitutas (Perrot, 2006).

Já para outras mulheres, especialmente as mais jovens, como é o caso apresentado de Cleide, demonstrar o desejo pelo marido se mostrava algo muito importante para manter o relacionamento, havia uma cobrança pessoal em sentir desejo sexual e a falta disso se tornou motivo de frustração. O medo de perder o marido, da traição, dele “pensar outra coisa” caso ela não demonstre desejo, ter que “fingir” para não deixá-lo “triste”, além da

imensa vontade de satisfazê-lo mesmo que ela não conquiste seu próprio prazer, são posturas que remetem a uma visão do sexo como sendo uma necessidade exclusivamente masculina, do sexo para o outro.

Em diversos relatos, a mulher aparece como indiferente para o sexo e o homem como tendo uma natureza ativa, incapaz de ficar sem sexo, mesmo que isso signifique trair a parceira. No caso da mulher identificada como Elza, mesmo depois de ser traída ela quer ter vontade de manter relação com o marido, mas não consegue. Atribui todo seu sofrimento a transformações hormonais ocorridas após a menopausa, associando o fato de não ter mais “umidade” ou “apetite” às mudanças fisiológicas como se fossem forças autônomas e não relacionava ao fato do marido não ter “paciência”, de ridicularizá-la chamando-a de “maninha” ou de tê-la traído, já que entende que os homens traírem nessas circunstâncias é algo “natural”. Ela aceita a traição do marido por acreditar que seja uma atitude própria da natureza masculina e, assim, justificável – afinal, “homem é homem”.

Em uma situação semelhante, mas onde o homem é quem está impossibilitado de manter relações sexuais, a mulher apresenta uma atitude oposta: se conforma e novamente cumpre seu “papel”:

Médica: [...]a senhora tá casada?

Paciente: tô!

Médica: Tá? Tem relação com o marido?

Paciente: Não

Médica: não porque? não tem vontade?

Paciente: não, não é.. é porque deu problema da diabete, e os negócio dele lá não funciona mais (risos)

Médica: ele tem? Entendi...

Médica: a senhora tem vontade de ter?

Paciente: ah eu tinha!

Médica: agora diminuiu?

Paciente: ah... porque faz tempo já, né? (RITA, 62 anos)

Neste caso, a mulher renuncia ao desejo que sentia por conta do homem apresentar dificuldades no relacionamento sexual. Esta postura é socialmente aceita porque a mulher é vista como passiva ao sexo, sem a mesma “necessidade” que acreditam ter os homens. Então, o que para o homem a falta de relação sexual no casamento justifica uma traição, isso não se aplica quando se trata da mulher.

5.4.1 CONTROLE MÉDICO SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA

No Ambulatório de Menopausa era muito comum encontrar mulheres com menopausa secundária, ou seja, na qual a menopausa ocorreu por conta de uma doença específica ou procedimentos cirúrgicos. A histerectomia (retirada do útero e, muitas vezes dos ovários) se mostrou uma prática muito frequente entre as mulheres pacientes do Ambulatório de Menopausa – mais de 30% das mulheres participantes da pesquisa haviam entrado na menopausa por decorrência da cirurgia.

Deve-se considerar que mulheres negras, de classe social e grau de escolaridade mais baixo acabam sendo histerectomizadas com maior frequência por decorrência de mioma uterino (principal causa para retirada de útero/ovários), comparadas às mulheres brancas de classe social e escolaridade mais alta (Araújo & Aquino, 2003). Um estudo realizado em São Paulo (Souza, 1994) revelou que do total de mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos por conta de mioma uterino, 4.8% das mulheres brancas e 7.3% das mulheres negras realizaram miomectomia (retirada apenas do mioma com preservação do útero), enquanto aquelas submetidas a histerectomia foram 3.6% das mulheres brancas contra 15.9% das mulheres negras (Souza, 1994; 2003). Essa relação entre maior número de histerectomia decorrente de mioma uterino em mulheres de classe social mais baixa e negras mostra que seus corpos possam estar sendo mais “controlados” pelo saber médico, em uma relação de poder ainda mais assimétrica envolvendo diferenças de classe, cor/raça e gênero. Sobre esse controle médico sobre os corpos, Foucault (1979) argumenta:

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.” (Foucault, 1979, p. 47).

No caso da histerectomia, esse controle sobre os corpos ficava evidente no próprio discurso médico. Na visão de muitos médicos – como mostra o relato de Margarete - a funcionalidade do útero e ovários reside primordialmente na capacidade de reprodução e, portanto, a retirada desses órgãos não representaria um problema para a vida das mulheres, em especial daquelas que já haviam sido mães. No entanto, para muitas mulheres esses órgãos carregavam um significado muito diferente: a histerectomia trazia consigo alterações profundas em suas vidas, principalmente no exercício de sua sexualidade.

Médica: Tem relação?

Paciente: Ahh..agora, depois que eu operei, olha... falar a verdade, acabo!! Já era pouco, agora...[...]

Médica: Mas por quê? A senhora tem dor? A vagina tá seca?

Paciente: Então, mesmo assim... eu uso aquele gel, né? [...]

Médica: Porque não é pra ter [dor na relação] porque já faz tempo da cirurgia, já tá tudo cicatrizado e a senhora tá tomando hormônio. Então é pra vagina tá bem lubrificada, com gelzinho não é pra ter... agora, a senhora tem tido vontade de ter relação com ele?

Paciente: Não!

Médica: Às vezes é por isso!

Paciente: Deve ser por isso, porque já tinha pouco antes, depois da cirurgia acabou! Sabe coisa que eu ouvia tudo mundo dizê, todo mundo assim, algumas pessoas comentarem comigo isso, que depois que a gente opera, vou usar um outro termo, depois que a mulher “capa”, acaba a vontade, não tem mais desejo, e eu depois da cirurgia... eu já tinha pouco, agora depois da cirurgia acabou... eu pra mim se meu marido não me procurar, pra mim é um alívio... é muito difícil eu sentir, desejo, essas coisas.

Médica: Besteira essas coisas, não tem isso! É pra a senhora ir tomando hormônio, ajuda também nisso, nesta vontade... [...] (MIRTES, 44 anos)

“Era assim, eu tava tratando, tinha dado cisto de 8 milímetros [...] bem pequenininho. Aí ela me deu um hormônio que ele desenvolveu rápido demais...[...] Aí eu falei pra ela (médica) e ela falou assim: "vamos tirar esse mioma logo, vamos tirar esse mioma logo" E aí na hora de tirar o mioma, eu não queria, eu tinha muito medo de perder o útero, sabe? Aí eu tive que passar por psicóloga, e ela falou pra mim que o útero só serve pra engravidar, pra que que eu queria mais o útero se eu não engravidava mais, né? Porque eu fiz a laqueadura quando meu filho tinha nascido fazia poucos dias, foi em 82. Aí ela falou assim: “*você não vai ter mais filho, pra que você vai quer ter o útero... ovário, trompa, pra que você vai querer essas coisas?*” Eu achava que se eu tirasse, a minha vida não era mais a minha vida, né? Aí eu falei "não! eu não quero tirar nada do que é meu!"” (MARGARETE, 50 anos)

Em diversos relatos das mulheres, a histerectomia é descrita como mutilação, um ato violento que retirava de seus corpos os órgãos representantes da sexualidade, ou ainda, onde residia sua feminilidade. Em uma entrevista, a “paciente” Maria Amélia revela haver tentado suicídio após a retirada do útero, acreditando que sua vida não teria mais “sentido”. Por conta disso, após a operação ela entrou em “depressão profunda” e acabou se fechando para o sexo, como acontece com várias mulheres. No relato de Mirtes, ela sentia que seu desejo havia acabado depois da operação, sentia-se “capada” e mostrava que essa não era uma visão individual – outras pessoas que conversei compartilhavam da mesma visão. Mesmo diante de todas as dificuldades expostas pela mulher sobre a alteração de sua libido após a operação, a médica conclui que tal percepção da mulher era uma “besteira” e propõe um medicamento para corrigir essa falta de “vontade”.

O caso seguinte também apresenta fortemente esse controle médico sobre o corpo das mulheres. Margarete não quer retirar o útero e ovários por sentir que esses órgãos tivessem um significado especial em sua vida. Neste caso, a mulher acaba se submetendo à

histerectomia mesmo depois de ter demonstrado uma resistência inicial – ela é convencida de que sua visão do corpo é equivocada por ser contrária à visão médico-científica racional e conseqüentemente, correta. O médico desconsidera os significados que a mulher atribui ao seu útero, a encaminha para uma psicóloga na tentativa de convencê-la de que o útero só serviria para “ter mais filhos” e, portanto, a mulher não teria motivos mais para “querer essas coisas”.

Durante o acompanhamento das consultas, pude observar diversas vezes essa reconstrução (ou imposição) dos significados atribuídos ao corpo durante a consulta, visto que o saber médico é tido como verdadeiro e objetivo. A ideia desse saber científico como “superior” - reproduzida pelos próprios médicos - acaba por inferiorizar o conhecimento da mulher, suas angústias, medos e significados. Neste caso, percebe-se uma forma hierárquica do saber: o saber científico é tido como verdadeiro e o conhecimento popular é considerado crendice ou mito, sendo socialmente desvalorizado. Boaventura de Souza Santos (2005) argumenta que o saber científico sente-se capaz de julgar todas as outras formas de conhecimento, já que se coloca em uma posição hierarquicamente superior. No entanto, a ciência não costuma ser reflexiva sobre seu caráter cultural, não reconhecendo que compartilha dos mesmos mitos e metáforas presentes na sociedade em que foi constituída. No caso de Mirtes, a médica continua a desconsiderar as preocupações da paciente durante a consulta, dessa vez com relação à segurança da TRH e sua associação ao aumento de incidência de câncer – risco que é apresentado como nulo pela médica e redireciona a decisão da mulher:

Paciente: Não posso tomar outra coisa sem ser hormônio, porque eu ouço falar tanto mal por causa desse negócio de câncer, porque dizem que é perigoso dar câncer de mama e outros tem câncer não sei na onde por causa de hormônio.

Médica: Não é assim! A paciente que tem já uma predisposição maior para ter câncer de mama[...] aí a gente não usa porque pode ser prejudicial... mas a gente sempre faz uma avaliação da paciente, se a paciente não tem risco para usar, o hormônio não causa nada disso, tá? ele vai repor o hormônio que você não tá produzindo mais, e *a falta desse hormônio é prejudicial para a senhora*, é muito melhor tá repondo do que não estar. A senhora pode ter um monte de problema por falta do hormônio, a senhora pode ter uma osteoporose, mudança de humor, de pele que atrapalharia muito mais, a gente não daria hormônio se causasse esses negócios que falam para a senhora [...]

Paciente: Ah... Porque eu tomo sabe, mas assim, quando você toma obrigado, eu tomo obrigado, porque com tudo isso na minha cabeça pensando com medo... porque eu trabalho com uma pessoa que ela é medica de medicina biomolecular, então ela fala assim: “*Não tome nada que seja químico, pede pra eles passarem um hormônio, uma coisa que natural que você possa tomar natural*”.

Médica: É que ela faz uma medicina diferente da nossa, então é difícil... Também a gente não palpita de lá e eles não palpitam aqui também... então, se a senhora disser “eu não vou de jeito nenhum, porque eu to encanada”, a gente tem outras opções: tem o hormônio gel, hormônio creme, hormônio adesivo, mas isso vai acarretar custos [...] mas a senhora tem que entender que porque a senhora tá

com isso na cabeça, mas não que... seja a realidade isso. [...] Quando falarem isso pra senhora, a senhora diz: *“não, eu conversei com a médica lá ela esclareceu minhas dúvidas... Eu não tenho este risco! Algumas pacientes tem este risco e não devem usar o hormônio, mas não é o meu caso”*, tá bom?

(MIRTES, 44 anos)

No âmbito da consulta médica, era possível perceber momentos de submissão por parte das mulheres a seus médicos, já que nesta relação a autoridade sobre o corpo feminino é exercida pelo médico por meio de seu saber. Entretanto, é possível que tal relação se apresente dessa forma apenas no consultório, já que este local é o reduto do saber médico e induz esse tipo de comportamento por parte das mulheres pacientes, conforme apresentado no Capítulo 4. Deve-se considerar o fato de que as mulheres pudessem se comportar de outra forma em suas casas, escolhendo quais soluções passadas pelos médicos seriam seguidas, adaptadas ou abandonadas. De fato, muitas mulheres relataram adaptar o modo com que tomavam o remédio, comparavam suas receitas médicas com a das amigas e recorriam a tratamentos como chás, alimentos específicos, etc. Em um relato, a mulher fala que após ler a bula do remédio receitado pelo médico para terapia de reposição hormonal, ficou com medo dos “efeitos colaterais”, dos “compostos químicos” e decidiu interromper o tratamento. Embora de primeiro momento a relação aparente ser de submissão por parte das mulheres pacientes, já que elas procuram não confrontar as decisões do médico no momento da consulta, por outro lado, muitas mulheres acabam modificando o que receberam do médico – seja rejeitando o medicamento, alterando o modo de administrar a dose, adaptando o que foi prescrito à sua realidade, ou se medicando como aprenderam com suas amigas ou antepassados. Se por um lado elas parecem submissas, deixando de lado sua interpretação da realidade e aceitam a imposição científica do que é verdade sobre o seu corpo, por outro lado, o fato delas manterem suas ideias fora do consultório, buscando alternativas, e evitando confrontar com o saber médico torna-se uma forma de proteger seu conhecimento sobre a questão, além de um meio de desafiar essa “verdade absoluta” da ciência.

Foucault (1979) refere-se aos movimentos religiosos no século XIX, em diversos países que tiveram por objetivo lutar contra a medicalização autoritária e pelos seus direitos em não passarem pela medicina oficial, retomando o direito sobre seus próprios corpos, de serem curados ou morrerem como quiserem. O autor relata que, embora essas

manifestações religiosas sejam interpretadas por muitos como resíduos de “crenças arcaicas”, essas posturas acabam se tornando uma luta política contra a medicalização autoritária e o controle médico sobre os corpos, especialmente da população pobre.

No caso de Mirtes, a maneira com que o médico se comporta durante a consulta, desqualificando o conhecimento da mulher, traz à tona outros fatores além da autoridade médica que deveriam ser considerados, como por exemplo, as diferenças de classe e cor/raça entre médicos e pacientes. Quase todos os médicos do local eram brancos e de classe social alta, o oposto do perfil das mulheres atendidas naquele ambulatório. Pode-se observar aqui diferentes preocupações com relação ao corpo dependendo da classe social e cor/raça do informante que, no caso observado, passava pelo médico e paciente. Em geral, entre classes sociais mais baixas, como é o caso das mulheres pacientes, é possível observar uma supervalorização da fertilidade, o que não acontece da mesma forma entre classes sociais mais elevadas. Um estudo comparativo realizado por Muraro (1983) sugere que mulheres de classes sociais mais baixas detém um corpo ligado à “produção”¹⁸ (gestação) o que não aparece da mesma forma entre mulheres de classe sociais mais altas, onde o “corpo para consumo” (com foco na beleza, jovialidade...) tem um papel central (Muraro, 1983 *apud* Sbroggio, 2008). Lyon & Barbalet (2001) consideram ainda que haja duas fontes principais da representação ideológica do corpo nas sociedades ocidentais modernas, sendo eles, o corpo “consumista” e o corpo como um terreno da teoria e da prática médica. Nesse caso específico, ambas se relacionam.

Neste relato de Mirtes, a própria concepção de risco para não usar a TRH considerada pela paciente, como o câncer, contrapõe-se ao discurso da médica que diz que o risco de não usar a TRH “atrapalharia muito mais”, como os problemas de “mudança de humor” ou de “pele”, concluindo que “a falta desse hormônio é prejudicial”. Deve-se considerar o fato de que há uma maior incidência do uso de TRH entre o grupo de mulheres brancas, de maior escolaridade e classe social mais alta (PINTO NETO et al., 2002). Uma das justificativas para isso poderia estar relacionada justamente com o fato da TRH trazer significantes efeitos no campo estético (maciez da pele, cabelo, evitar ganho de peso, humor...) para um “corpo de consumo”, e que não são as preocupações centrais entre

¹⁸ Emily Martin (2006) revela que dentro da lógica capitalista os corpos femininos são extremamente valorizados pela sua capacidade de “gestar”, metaforicamente, como uma forma de produção.

mulheres de classe social mais baixa, onde o foco seria a “produção”, fato que não seria alterado com o uso de TRH. Essas diferentes preocupações com relação ao corpo aparecem também em outros momentos como a preocupação com a histerectomia (retirada do útero e consequente infertilidade) como sendo um episódio muito sofrido entre essas mulheres pobres e, muitas vezes, uma preocupação ignorada pelo médico, como apresentado em diversos relatos.

Pode-se observar ainda nessa passagem que a médica se sente capaz de revelar a “realidade” sobre o corpo da mulher, desconsiderando as controvérsias e riscos envolvendo o uso de TRH e apresentando à paciente como um fato fechado, uma verdade incontestável. Os argumentos de Mirtes, tanto quando fala sobre seus medos em usar terapia hormonal ou quando recorre aos argumentos de uma médica “não-tradicional” acabam sendo desconsiderados por não terem um embasamento médico-científico e não representarem a “realidade”. Quando a médica diz “ela faz uma medicina diferente da nossa” referindo-se à médica biomolecular, há uma conotação desqualificadora dessa outra forma de conhecimento, o que é reforçado no final do trecho quando a médica orienta a mulher a se defender dos comentários que a deixam com dúvida apoiando-se exclusivamente no discurso médico-científico.

O próprio Manual da Menopausa proposto pelo Governo Federal para orientação dos médicos levanta a questão de que no âmbito da sexualidade haja pelo menos três mitos principais que permeiam o discurso de mulheres e também seus médicos, reforçando uma ideia de que a mulher após a menopausa fica assexuada: o primeiro é a identificação da função reprodutora com a função sexual; o segundo, a ideia de que a atração erótica é decorrente da beleza física e jovialidade; e por fim, um mito que considera a sexualidade feminina relacionada aos hormônios ovarianos, onde a diminuição da função do ovário significa a diminuição do desejo sexual (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a visão de que a sexualidade da mulher cessa por conta da menopausa – como um processo unicamente fisiológico - é reproduzida no consultório médico:

Médica: Tá casada, Elisa?

Paciente: Só tô namorando, doutora. Eu sou divorciada.

Médica: E tem dificuldade pra manter relação?

Paciente: Então, dói, arde, dói, arde, dói!!

Médica: Mas vontade de ter você tem?

Paciente: Num tenho não!

Médica: Diminuiu um pouco?

Paciente: Diminuiu bastante

Paciente: E quando penso que machuca, que fere, arde, aí eu não tenho vontade!

Médica: Quando usava o tibolona [nome de medicamento], não tava se sentindo melhor?

Paciente: Tava, tava melhorzinho...

Médica: porque ela tem uma ação diferente das que pega no posto, viu Elisa?

Paciente: É?

Médica: *Entrar na menopausa significa também diminuir o desejo sexual!* Por isso a gente faz terapia de reposição... (ELISA, 49 anos)

M: A gente acha que assim, porque um dos hormônios que a mulher produz que é o estrogênio, né? Que produz lá no ovário, aí vai diminuindo com o avançar da idade, as células reprodutivas da mulher que são os óvulos, eles vão acabando, e eles que produzem o estrogênio.

P: Sei.

M: Então vai acabando essas células, que a mulher vai passando pelo período fértil, aí vai acabando essas células e vai produzindo menos estrogênio. O fato de produzir menos estrogênio é o que a gente acha que dá esses sintomas de calor, a secura vaginal, às vezes pode dar um pouquinho de depressão na mulher, dá problema no osso, o osso começa a incorporar menos cálcio. Por isso que a gente entra em alguns casos com sintomas mais avançados.

P: Entendi. Então esse aí é um hormônio, né doutor?

M: É.

P: E vai tomar por tempo indeterminado?

M: É. Na verdade é....o ideal é que assim, num é pra vida inteira, é por essa fase que a senhora tá passando. Certo?

P: Certo. (ANDRÉIA, 55 anos)

Apesar de muitos médicos aprendizes relatarem durante entrevistas que a menopausa é um fenômeno natural da vida e discordarem de um tratamento exclusivamente medicamentoso, eles não tinham autonomia para contestar a orientação de seus professores, além de assumirem não saber lidar com a questão de outra forma, o que os levavam a uma reprodução fiel da visão dos *experts*. Assim, havia a abordagem “integral” de atendimento à mulher era substituída por uma “biologização” do corpo feminino.

No caso de Elisa, a médica residente em nenhum momento considera que a falta de vontade em manter relações com o parceiro possa estar relacionada com outros fatores da vida da paciente, apenas compara o efeito dos medicamentos que receitou e diz que o problema da mulher pode estar no fato dela ter trocado um medicamento de melhor qualidade por outro que a mulher “pega no posto” gratuitamente¹⁹. Nesse caso, houve uma clara mudança ou imposição de significados durante a consulta envolvendo a sexualidade da mulher após a menopausa. Inicialmente Elisa atribui sua falta de “vontade” ao fato de ter dores durante a relação, já que “quando pensa que machuca”, acaba não tendo “vontade”.

¹⁹ Grande parte dos medicamentos receitados durante a consulta para terapia hormonal era de indicação do Manual da Menopausa e de fornecimento do SUS (vide lista de medicamentos no Anexo IX), embora os “fitoterápicos” também indicados no Manual, não foram observados prescrições desses medicamentos em consultório.

Entretanto, ao ouvir o relato da mulher, a médica conclui que a falta de libido está relacionada com a chegada da menopausa, visto que “entrar na menopausa significa também diminuir o desejo sexual”, sendo um efeito exclusivamente biológico e que justificaria o uso da “terapia de reposição”. Em um caso similar, uma mulher reclama que seu marido tem “vontade” e ela não tem e, prontamente a médica responde: “*É diferente... é o que o homem vai ter a sexualidade dele a vida inteira, a mulher é diferente...*”. Sendo assim, a menopausa não é tida somente como o final do período reprodutivo da mulher, mas como o fim da saúde, bem-estar, sexualidade e do próprio ser mulher. O caso de Andréia, o médico descreve a sucessão de acontecimentos no corpo da mulher com a chegada da menopausa, onde a baixa produção de estrogênio aparece como explicação para todos os males, desde os mais variados sintomas físicos como “secura vaginal”, “osteoporose” e “ondas de calor” até sintomas psíquicos como a “depressão”, todos tratados com “hormônios”.

Durante a consulta, os médicos aprendizes reproduziam a visão da menopausa como doença a ser tratada, onde as transformações na vida e, conseqüentemente, na sexualidade das mulheres eram justificadas exclusivamente pela carência na produção de hormônios, como um processo distante de qualquer influência externa. A ideia de que a mulher na menopausa apresenta dificuldades na vida sexual é tão disseminada pelos médicos a ponto de se surpreenderem quando encontram casos que fogem desse “padrão”:

Médica: E a senhora é casada?

Paciente: Sou!

Médica: Tem relação sexual?

Paciente: Tenho!

Médica: Tá tudo bem na relação? [surpresa]

Paciente: Tá, graças a Deus.

Médica: Não tem doído nada, né?

Paciente: Não!

Médica: Não ta com a pele seca, nada disso? [medico insiste, com surpresa]

Paciente: Não, não [risos]. Agora dia 23 vai fazer 50 anos que eu casei! (REGINA, 70 anos)

A senhora de 70 anos que não usa terapia hormonal, apresenta lubrificação vaginal, desejo e mantém atividade sexual, recebe questionamentos de diversas formas pela médica, que busca atentamente por algum “desvio”. Durante a consulta, a mulher identificada como Regina estava acompanhada do marido – fato muito raro no Ambulatório – e o casal demonstrava cumplicidade: várias vezes ele a ajudava a se lembrar dos exames realizados recentemente, complementava os relatos da esposa sobre o que sentia, dos remédios que

tomava. Isso também fica evidenciado no próprio trecho, onde a mulher faz questão de falar sobre o aniversário de casamento. Mesmo estando na menopausa, esse bom relacionamento demonstrado entre o casal parece indicar que a baixa dos hormônios e consequentes “sintomas” da menopausa não são fatores determinantes para esse “declínio” da vida sexual da mulher. Através desse caso, pode-se perceber um posicionamento ambíguo por parte dos médicos: se por um lado, os sintomas típicos da menopausa são vistos como “desvio” na vida sexual dessas mulheres, devendo ser corrigidos via TRH já que o “normal” seria elas continuarem vivendo sua sexualidade plenamente, por outro, quando as mulheres não apresentam esse “desvio” do padrão em sua sexualidade após a menopausa, tal fato é motivo de espanto por parte dos médicos. Para os médicos, o “normal” da menopausa acaba sendo na prática não ter uma vida sexual plena e um modelo “naturalmente inatingível” é criado e vendido em forma de TRH. Em um caso parecido, Fabíola Rohden (2009) apresenta o caso da “disfunção erétil” que trazia o Viagra como solucionador desse “problema masculino”. Primeiro, houve uma expansão da categoria “impotência”, passando a englobar cada vez mais homens. Depois, a apresentação de um modelo ideal de desempenho sexual só alcançável via medicamento fazia com que “impotentes” ou mesmo pessoas que não sofriam qualquer “disfunção” pudessem se tornar usuários potenciais da droga.

Mesmo diante da disseminação da ideia de menopausa como uma doença, para algumas mulheres a menopausa também podia ser vista como uma fase positiva. Muitas aprendem a tirar proveito de outros aspectos da menopausa, como o término do fluxo menstrual, das cólicas, além do fim da preocupação com a gravidez, que na maior parte das vezes é tida como responsabilidade exclusivamente feminina:

A vantagem da menopausa é que acaba a menstruação e você não precisa mais ficar preocupada [...] vai sair, não precisa mais sair preparada... isso aí já acabou, você não preocupa mais com nada! Se atrasar, fala assim " ah eu já to grávida". Depois disso não, depois disso aí você fica tranquila!
(JOELMA, 59 anos)

Minha mãe se dava muito bem com meu pai, ela amava demais ele. Quando ela entrou na menopausa ela achou que tudo tinha acabado, entende, que ela tinha acabado como mulher. Ela ouvia dizer que na menopausa era o fim do sexo, naquela época não tinha tanta informação. Ela passou uma época que ela só chorava. Mas depois ela parou, acho que ela e meu pai descobriram que não tinha acabado nada e ela voltou a ficar feliz de novo... (CLEIDE, 52 anos)

A fase da menopausa - como uma experiência particular - deve ser analisada individualmente, considerando outros aspectos da vida da mulher. A fronteira levantada

entre o domínio biológico e social que permeia o discurso médico deve ser reavaliada, visto que os limites entre esses domínios são difusos, não devendo ser entendidos como antagônicos. O ser humano é complexo demais para ser entendido e representado dentro de uma lógica binária reducionista. Muitas mulheres dizem experimentar uma fase de transformações, mas essas transformações são encaradas de maneira diferenciada por cada uma delas, o que não significa serem sempre vividas de forma negativa. Joelma, por exemplo, vê na menopausa uma fase de libertação sexual, onde não precisa mais “ficar preocupada” em ficar grávida após manter relações sexuais.

Expectativas sociais negativas com relação à menopausa e, especialmente, envolvendo a sexualidade alteram a maneira com que essas mulheres encaram essa fase da vida. No segundo relato, Cleide lembra que sua mãe entrou em crise após a menopausa, porque entendia que isso indicava o fim de sua vida sexual – sua mãe pensava em ter “acabado como mulher” - só depois de um tempo ela e o companheiro “descobriram” que isso não havia afetado o relacionamento sexual do casal, como ela esperava acontecer, e a mãe de Cleide “voltou a ficar feliz” novamente. Na opinião dessa mulher, a percepção inicial negativa da mãe esta relacionada ao fato de que “naquela época não tinha tanta informação” e que de certa forma ela teria sido levada por credices populares, do que “ela ouvia dizer”, fato que afetou mesmo que temporariamente a vida de sua mãe – “passou uma época que ela só chorava”.

Durante a pesquisa foi possível perceber que mesmo entre as mulheres que relatavam terem sofrido alguma transformação física ou incômodo na parte sexual, isto parecia ser facilmente transposto por elas quando mantinham uma relação afetiva satisfatória. Para mulheres com traumas e dificuldades sexuais anteriores a esta fase, a menopausa servia muitas vezes como uma desculpa para abandonarem de vez a prática sexual, como uma desobrigação.

Neste contexto, a expectativa e atitude do companheiro com relação à menopausa da mulher também aparecem como fortes fatores de influência na visão e expectativa da mulher sobre sua sexualidade nesta fase:

Meu marido fala assim, depois que eu entrei na menopausa: Você não presta mais pra nada, é uma bananeira que não dá mais cacho [referindo-se ao fato da mulher não ser mais fértil] (AMÉLIA, 62 anos)

Quando eu fiz a histerectomia (com 29 anos) e entrei na menopausa precoce, o médico chamou eu e o meu marido pra conversar e explicou que não podíamos nos deixar levar por “conversa de comadre”, que não era nada disso. Que a gente podia ter uma vida sexual normal depois disso e assim foi mesmo. Nunca tive problema, não mudou absolutamente nada pra mim nem pro meu marido, continuei tendo vontade e prazer normalmente, até hoje. (MÁRCIA, 63 anos)

Amélia revela que seu marido a despreza por ela não estar mais no período fértil. Mais uma vez, é possível perceber essa supervalorização do corpo feminino através de sua capacidade de “produção” (capacidade de ter filhos). Assim, o marido diz que ela “não presta mais pra nada”, já que a fertilidade é tida como algo primordial na vida da mulher. Desta forma, o posicionamento do parceiro com relação ao assunto acaba por influenciar a relação sexual do casal que, para ele, estava ancorada na procriação. Já no relato de Márcia, o médico tem um papel importante no sentido de esclarecer questões sobre o exercício da sexualidade após a menopausa, que estariam além da questão hormonal. Essa atitude exerce uma influência na forma como a mulher e o companheiro vivencia essa fase, sendo encarada pelo casal de forma positiva. No entanto, o médico em questão pede para que a paciente não se deixe “levar por conversa de comadre”, como se essas crenças e mitos não fizessem parte também do discurso de muitos médicos. Como vimos através dos relatos, muitas expectativas negativas das mulheres com relação ao sexo podem ser construídas a partir de conceitos negociados dentro do consultório médico.

Muitos médicos clínicos impõe sua construção pessoal da realidade sobre um determinado grupo, que muitas vezes se contrapõe com a visão dos próprios membros desse grupo. Isso fica ainda mais evidente quando o paciente é membro de um grupo étnico específico, de determinada classe social, gênero, etc. (Stricker & Trierweiler, 1995). Como vimos no decorrer do trabalho, a visão médica sobre o corpo da mulher é sustentada por um referencial masculino de corpo e isso altera o modo que os “problemas femininos” são tratados no âmbito do consultório médico. No caso da menopausa, muitas mulheres apresentavam uma visão alternativa sobre sua sexualidade ou sobre outros sintomas atribuídos a essa fase, mas a visão médico-científica tenta sobrepor qualquer outra forma de conhecimento.

Deste modo, a maneira com que os médicos apresentam a menopausa e seus sintomas durante uma consulta contribuem para a construção da visão da mulher sobre essa fase, já que o discurso médico vem imbuído de legitimidade. No entanto, muitas metáforas

culturais se manifestam também no discurso e prática médica, e neste caso, acabavam sendo naturalizadas e chegam às mulheres com *status* de verdades incontestáveis.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As maneiras diferentes de sentir ou compreender essa fase da vida em diferentes culturas sinalizam que a menopausa não é um fato universal. Ao contrário, a menopausa é um conceito localizado e traz consigo as marcas de seu lugar de produção. Nesse sentido, o CAISM - um lugar legítimo de produção de conhecimento científico sobre o corpo da mulher – foi analisado com o objetivo de compreender as negociações de significados atribuídos a essa fase, bem como, a dinâmica de (re)produção de conhecimento sobre a menopausa dentro desse hospital-escola.

Para tanto, o processo de apropriação médica do conceito da menopausa (medicalização) foi acompanhado, seguindo os três níveis sugeridos por Conrad (1992). Primeiro, a definição da menopausa como um problema médico e, conseqüentemente, o tratamento sugerido para essa nova “doença”, abordado no Capítulo 1. Segundo, a medicalização em seu nível institucional, no qual o governo brasileiro formulou uma política pública que passou a abranger essa fase, transformando a menopausa em um problema de saúde pública no Brasil, apresentado no Capítulo 2. Nesse nível foi acompanhado como o poder público brasileiro passou a seguir o caminho já legitimado pela ciência praticada nos países desenvolvidos, utilizando-o como base para o estabelecimento de políticas públicas na área de saúde da mulher. Dessa forma, a postura dos órgãos médicos brasileiros, do Ministério da Saúde, bem como dos médicos-pesquisadores do CAISM demonstrou muito mais uma assimilação e reprodução do discurso médico-científico dos países desenvolvidos do que efetivamente uma construção de uma visão pautada na realidade sociocultural brasileira. Por último, a definição médica da menopausa apropriada pelo poder público e médicos brasileiros passou a servir de base para a produção de conhecimento do CAISM, na qual as verdades produzidas passaram a ser colocadas em prática no Ambulatório de Menopausa. Por meio do atendimento às mulheres e negociações dentro do consultório, o processo de medicalização da menopausa alcançou o nível interacional, abordado no Capítulo 4 e 5.

Durante a pesquisa, o CAISM revelou-se, ao mesmo tempo, como um campo de pesquisa e como um laboratório científico, onde havia a construção, negociação e divulgação de fatos científicos sobre o corpo da mulher na menopausa. A produção de

conhecimento nesse hospital-escola abrangia características metodológicas de ambos *truth spots*. Por um lado - como em um campo de pesquisa - o espaço destinado às consultas clínicas no Ambulatório de Menopausa possibilitava aos pesquisadores e médicos aprendizes o acesso a uma vasta amostra de casos para serem analisados, sendo obrigados a lidar com um grande número de variáveis e imprevistos decorrentes de fatores internos e externos. Os casos eram analisados de perto, observando suas particularidades. Entretanto, como em um laboratório científico, havia uma seleção prévia das pacientes a serem atendidas, de modo a favorecer o andamento das pesquisas realizadas no local. Os casos atendidos no consultório podem ser vistos como matéria-prima (ou “amostras”) para a estruturação de conceitos genéricos, que poderão se tornar verdades universais em diferentes contextos (como nos postos de saúde do SUS). Dessa forma, campo e laboratório estavam interligados e sobrepostos dentro do Ambulatório de Menopausa: o que era observado no campo seguia as “leis gerais” formuladas no laboratório, do mesmo modo que as “amostras” coletadas em campo serviam de base para orientar ou reformular as pesquisas no laboratório. Havia uma complementaridade do campo e laboratório na construção dos fatos científicos do Ambulatório de Menopausa.

Além dos fatos científicos havia também a construção da visão dos futuros médicos. Por um lado, o médico aprendiz e a paciente negociam significados sobre a menopausa durante a consulta e, do outro, os futuros médicos tentam, com ajuda do professor, interpretar a natureza e “aprender a ver” como um médico. Outra função importante do aprendiz era realizar a tradução de conceitos produzidos localmente para o alistamento de mulheres, possibilitando que as verdades fossem disseminadas e efetivadas através dos corpos dessas mulheres.

Durante o alistamento das mulheres para a participação nas pesquisas desenvolvidas no Ambulatório, percebeu-se uma tentativa de expandir ainda mais a categoria de sintomas associados à menopausa. Assim, a menopausa seria entendida pela medicina como uma doença que, por sua vez, levaria a inúmeras outras doenças associadas. Além disso, a medicalização dos “sintomas” tidos como de grande prevalência na fase da menopausa, como a osteoporose ou depressão, também é terreno de diversas controvérsias.

No alistamento das mulheres para a participação em pesquisas, havia todo um processo de “barganha”, onde a mulher disponibilizava seu corpo em troca de obter certas vantagens, como a rapidez na realização de exames laboratoriais ou a garantia de continuarem sendo atendidas nesse Ambulatório. Assim, no “jogo” das relações entre médico e paciente, essa última não é apenas um agente passivo a servir de “cobaia” nas pesquisas. Antes, a mulher participava ativamente do processo de construção do conhecimento naquele ambulatório, entendendo o papel que lhe cabia, colocando-se como voluntária das pesquisas ali realizadas em “troca” de continuar sendo atendida no CAISM. O alistamento é parte central do processo de produção e reprodução do conhecimento. O conhecimento produzido necessita “viajar” para ser reconhecido e isso dependia da ação e do alistamento de diversos atores, como pesquisadores, médicos clínicos, aprendizes, o Estado, mídia, indústria farmacêutica, órgãos de financiamento, sendo o corpo da mulher mais um nó nessa complexa rede de expansão e justificação do conhecimento.

O processo de tradução e negociação de significados sobre a menopausa durante a consulta médica é extremamente relevante, uma vez que o conhecimento médico é visto socialmente como verdadeiro e neutro. Dessa forma, a consulta médica acaba sendo o local onde as mulheres buscam respostas para questões envolvendo o próprio corpo, agregando significados ao que sentem ou esperam da menopausa. A visão médica corrente tende a reduzir esses corpos ao domínio biológico, muitas vezes não atentando as questões sociais, culturais e interpessoais que circundam a vida da mulher. Esse processo reducionista dos problemas trazidos pelas mulheres tem por base a padronização dos corpos que, como um lugar de produção de conhecimento, tem que “desaparecer” para garantir a credibilidade e a universalização da verdade produzida. O corpo biológico, padronizado e universal é um lugar padrão que não pode ser localizado. O “desaparecimento” do corpo depende diretamente do afastamento das questões socioculturais específicas de cada mulher.

Pelo fato de muitos sintomas serem vistos como “exclusivamente” fisiológicos, o caminho para “correção” dos sintomas é a Terapia de Reposição Hormonal, já que o declínio da produção de hormônios é usado a todo o momento como explicação dos mais variados sintomas. No entanto, os riscos envolvendo o uso desses medicamentos usados

para TRH não eram informados às mulheres pacientes, ao contrário, o tratamento hormonal era apresentado pelos médicos como estabilizado, tendo apenas seus benefícios enfatizados.

A maioria dos medicamentos receitados durante as consultas médicas para TRH era indicada pelo Manual da Menopausa e fornecida pelo SUS (ver Anexo IX), ainda que os “fitoterápicos” também fossem indicados pelo manual e não fossem prescritos em consultório. A postura favorável à TRH dos professores que orientavam o atendimento no Ambulatório de Menopausa em detrimento dos fitoterápicos havia ficado clara tanto na palestra ministrada no departamento, quanto na palestra aberta ao público leigo, conforme visto no Capítulo 2. Mesmo que o hospital-escola seja público e a maioria de seus pacientes seja de baixa renda, alguns residentes questionavam sobre a possibilidade da paciente em arcar com os custos do tratamento e, caso a mulher tivesse condições financeiras para a compra do medicamento, procuravam prescrever remédios que não eram disponibilizados pelos SUS, enfatizando a qualidade desses medicamentos sobre os outros gratuitos. O fato dos residentes incentivarem o uso de medicamentos que não eram disponibilizados pelo SUS, evento que não ocorria quando o médico aprendiz prestava o atendimento, pode estar relacionado ao fato de que os residentes pudessem receber visitas frequentes dos representantes de indústrias farmacêuticas.

Através do discurso e prática dos médicos muitas representações negativas sobre o corpo da mulher se manifestavam, trazendo consequências profundas para a maneira com que essas mulheres experimentavam fenômenos do próprio corpo, especialmente àqueles ligados à menopausa. Durante a pesquisa, pode-se perceber ainda que os médicos apresentavam narrativas dos fenômenos do corpo diferentes daquelas apresentadas pelas mulheres pacientes, entretanto, havia uma constante tentativa de impor essa visão médica no âmbito do consultório. Assim, a visão da mulher - vista como um conhecimento rodeado de crenças e mitos - acabava sendo sobreposta pela visão do médico. Por outro lado, a narrativa médica referida como aparte da sociedade, é modelada pelos mesmos valores e preconceitos socioculturais. Tal fato pode ser percebido principalmente quando os médicos recorrem às metáforas para explicarem fenômenos do corpo feminino. Desse modo, há uma linha tênue entre os dois discursos – de médicos e pacientes – já que ambos mostram estar em sintonia com as demandas culturais.

Ainda no Ambulatório de Menopausa, a disposição da mesa, os cartazes, panfletos informativos, os aspectos geográficos e físicos desse lugar, os instrumentos médicos, o jaleco branco e os outros elementos visuais/materiais que faziam parte do ambiente serviam como suporte ao discurso produzido no lugar. Tais elementos materiais contribuía para a credibilidade e suposta neutralidade desse conhecimento (re)produzido sobre o corpo da mulher na menopausa e favoreciam a disseminação das verdades ali produzidas.

Embora a ideia que prevalecesse nas consultas médicas acompanhadas era de que a menopausa era uma doença a ser tratada com hormônios, durante as entrevistas muitos dos médicos-aprendizes diziam discordar dessa postura, apesar de não saberem como lidar com a questão de outra forma e acabarem apenas reproduzindo a visão de seus professores. Tampouco conheciam os processos de encaminhamento a outros profissionais não-médicos atuantes no Ambulatório, os quais poderiam prestar assistência psicossocial às mulheres pacientes nesta fase da vida. Por parte das mulheres, muitas delas relatavam ter medo dos possíveis riscos associados ao uso de hormônios e grande parte dizia não terem sido devidamente informada pelo médico sobre o assunto. Nesta relação de grande assimetria de poder, as mulheres acabavam na maior parte das vezes aceitando a prescrição médica de terapia hormonal dentro daquele ambiente. De outro lado, os médicos-aprendizes reproduziam mecanicamente a visão do paradigma médico e do protocolo vigente, também sem maiores questionamentos.

Dessa forma, uma clara assimetria de poder era evidenciada durante a negociação dos significados atribuídos sobre a menopausa naquele ambiente: o conhecimento da mulher “paciente” sobre seu próprio corpo é, em grande parte, sobreposto pelo conhecimento do futuro médico e, por outro lado, a visão do futuro médico - que teve contato direto com a paciente - é muitas vezes sobreposta pela visão do professor. Havia uma hierarquia de poder e saber, dentro e fora do consultório médico, onde o fechamento da consulta com conseqüente prescrição médica se dava no nível mais distante da paciente. Além disso, outras tentativas de distanciamento da paciente e objetivação do corpo no momento do diagnóstico, como modelos de normalidade tidos como universais; metáforas na maneira de representar os corpos femininos que reduzem os corpos e comportamentos das mulheres ao nível biológico, sendo “corrigidos” via medicamento. Essa visão binária

marca o discurso e prática médica, como se existisse uma fronteira definida entre os domínios biológico e social, impossível de ser transposta, e qualquer sintoma da mulher devesse ser enquadrado em um desses domínios tidos como antagônicos. No entanto, através da ação dos médicos e negociações de significados dentro do consultório, é possível perceber o quanto essas “fronteiras” são difusas e complementares.

Em contrapartida, fora do consultório médico, muitas mulheres acabavam buscando outras fontes de informações, tentavam conhecer seu corpo independentemente da visão passada pelo médico. Muitas adaptavam e transformavam conceitos passados pelos seus médicos, mesmo que isso não fosse revelado no consultório. Essa era uma forma de protegerem seu conhecimento sobre o assunto, tornando-se capazes de lutar contra decisões que pudessem oprimi-las e como um meio de desafiar essa “verdade absoluta” da ciência biomédica.

Por último, vale uma reflexão sobre a visão “integral” de saúde da mulher, que rege o atual discurso político, os termos de consensos médicos brasileiros e o Manual da Menopausa. Essa “integralidade” acaba não se manifestando na prática nem no CAISM, local idealizador desta filosofia. Há um descompasso entre a humanização do atendimento à mulher, proposta na ideologia fundadora do CAISM, e o processo de biomedicalização dos corpos e comportamentos das mulheres, apresentada no discurso e práticas médicas cotidianas do lugar. A tradição desse hospital-escola no campo do ensino, pesquisa e atendimento à comunidade, poderia ser aproveitada no sentido de estreitar a relação entre o desenvolvimento científico e a sociedade, além de ser colocado em prática o atendimento à saúde da mulher de maneira integral, inspirando assim, políticas públicas mais inclusivas e participativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOBA, S. A. C. *Estranhos no ninho: a inclusão de alunos com deficiência na Unicamp*. [tese de doutorado]. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. 235 p. 2008.

ARAÚJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S407-S417, 2003.

AUGÉ, M. *Não-Lugares: Introdução a uma Antropologia da Supermodernidade*. Ed. Papirus, São Paulo, 2010.

BAENINGER, R. *Região Metropolitana de Campinas: expansão e consolidação do urbano paulista*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2000. 321-348p. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/migracao_urbanas/02pronex_11_Regiao_Metropolitana_de_Campinas.pdf>. Acesso em: 11/11/2011.

BELL, S. *Embodied Knowledge and the Transformation of Women's Health Politics*, Temple University Press, 2009.

_____. Gendered Medical Science: Producing a Drug for Women. *Feminist Studies*, Vol.21, No.3.(Autumn, 1995),pp.469-500.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 6ª. Ed. 2009.

_____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Editora MS. 2008.

_____. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A participação das Universidades e dos municípios*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais e Saúde (CONASEMS). 1a. Ed. Brasília: 2007.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Plano de Ação 2004-2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2004.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Editora MS. Brasília. 2011.

_____. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. 3ª. Edição. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>.

_____. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS: Material de apoio*. 3ª edição, Brasília 2006. 84 p.

_____. *PROJETO DE LEI Nº 857, DE 2009*. Denomina Professor Doutor José Aristodemo Pinotti, o Centro de Atenção Integral da Mulher - CAISM. Brasília. 2009.

BRISOLLA, S.; CORDER; S.; GOMES, E.; MELLO, D. As relações universidade-empresa-governo: Um estudo sobre a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). *Educação & Sociedade*, ano XVIII, nº 61, dez. 1997.

BUTTNER, A. 1985b. Hogar, Campo de Movimiento y sentido del Lugar. In: *TEORIA Y MÉTODO EN LA GEOGRAFIA ANGLOSAJONA*. Maria Dolores García Ramón (org.), Barcelona, Ariel, p. 227-241.

CALLON, M. A Agonia de um Laboratório. Texto acessado a partir do site do Neco, UFRJ. In: *The Role of the Lay People in the production and dissemination of Scientific Knowledge. Science, Technology and Society*, Michel Callon, Vol 4 (1): 81 – 94, 1999.

CAMPANA, L. O. C. *Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do município de Campinas*. [Tese – Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

CAVALCANTI, A. L. *Efeitos do citrato de sildenafil na circulação do clitóris em mulheres pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por doppler* [Tese – Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM, 2010a). *Uma homenagem póstuma a Aristodemo Pinotti, que deu um sobrenome ao CAISM*. Reportagem de Luiz Sugimoto. 09/09/2010. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/divulgacao/2010/09/10/uma-homenagem-postuma-a-aristodemo-pinotti-que-deu-um-sobrenome-ao-caism>>. Acesso em: 10/10/2011.

_____. (CAISM, 2010b). *Hospital da Mulher-CAISM /Unicamp recebe prêmio*. Reportagem de Ângela Maria Bacha. Disponível em: <<http://www.caism.unicamp.br/noticias/noticiasm.php?nt=178>> Acesso em: 10/10/2011.

_____. *CAISM: A História de sua implementação*. Org. Clarice Almeida Rosa. Ed. UNICAMP. Campinas, 2001.

CHAZAN, L. K. “O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente”. Para além do ensino de tecnologia no pré-natal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21[2]: 601-627, 2011.

CLAPAUCH, R.; ATHAYDE, A.; MEIRELLES, R. M. R.; WEISS, R. V.; PARDINI, D. P.; LEÃO, L. M. C. S. M.; MARINHEIRO, L. P. F. *Terapia Hormonal da Menopausa*:

Posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em 2004. *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol 49 n ° 3 Junho 2005.

CLAPAUCH, R.; MEIRELLES, R. M. R.; JULIÃO, M. A. S. G.; LOUREIRO, C. K. C.; GIARODOLI, P. B.; PINHEIRO, S. A.; HARRIGAN, A. R.; SPRITZER, P. M.; PARDINI, D. P.; WEISS, R. V.; ATHAYDE, A.; RUSSO, L. A.; PÓVOA, L. C. Fitoestrogênios: Posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol. 46 n° 6 Dez. 2002.

CLARKE, A. E. Epilogue: Thoughts on Biomedicalization in its Transnational Travels. In: *Adele E. Clarke, Janet Shim, Laura Mamo, Jennifer Fosket, and Jennifer Fishman (Eds.) Biomedicalization: Technoscience and Transformations of Health and Illness in the U.S.* Durham, NC: Duke University Press, 2010.

CLARKE, A. E.; MAMO, L.; FISHMAN, J. R.; SHIM, J. K.; FOSKET, J. R. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 2003, Vol. 68 (April:161–194).

COLLINS, H.; PINCH, T. *Dr. Golem: How to think about Medicine*. The University Chicago Press, 2005.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, Vol. 18 (1992), pp. 209-232.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Médicos e a Indústria Farmacêutica - CREMESP*. Disponível em: <www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf> Acessado em: 05/12/2011.

_____. *Perfil do Médico*. 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/perfil_medico.pdf> Acessado em: 05/12/2011.

CORRÊA, S. PAISM: Uma História Sem Fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol 10:3-11, 1993.

CORTEZ, A. F. L. *O discurso da revista “Crescer” na normatização da sexualidade feminina na gravidez*. 129p. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1073-1083, 2009.

_____. *O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992.

_____. *O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Anotações para um debate*. 1133-1143 pp. 1986. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>> Acesso em: 26/01/2011.

COSTA, G. M. C. *Deixar de Ser Mulher: conhecimento e significado cultural da menopausa*. 237p. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Rev Esc Enferm USP*,42(supl.1):81-9, 2008.

FAUSTO-STERLING, A. Duelismos em duelo. *Cadernos Pagu* (17/18). 2001/02. pp. 9-79.

FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. Antropologia, ética e regulamentação. In: *Soraya Fleischer e Patrice Schuch (orgs.). Ética e Regulamentação na Pesquisa Antropológica*. 1a. Ed. Brasília: Editora UnB. 2010.

FERNANDES CE, PINHO-NETO JSL, GEBARA OCE, SANTOS FILHO RD, PINTO NETO AM, PEREIRA FILHO AS, ATHAYDE AVL, SPOSITO AC, FERRARI AEM, ALBERGARIA BH, SILVA CR, ARRUDA CG, STEPHAN C, NAHAS EP, PELLINI EAJ, ALEXANDRE ERG, COUTINHO EM, PORTO E, LIMA GR, ANDRADE IALB, FERREIRA JAS, LIMA JC, ALDRIGHI JM, MACHADO LV, AZEVEDO LH, POMPEI LM, BERTOLAMI M, STEINER ML, ALBERNAZ MA, SÁ MFS, WENDER COM, MELO NR, SPRITZER PM, STRUFALDI R, MACHADO RB, BOSSEMEYER RP, COSTA RR, PEIXOTO S, CARVALHO VB. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1 supl.1):1-23.

FERNANDES, C. E.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. *Climatério: Manual de orientação*. São Paulo: Ponto, 2004. 372 p.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. Editora Perspectiva, 1972.

_____. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Edições Graal. 13 a. Ed. 1999.

_____. *Microfísica do Poder*. 1979. Rio de Janeiro, Edições Graal.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. *O corpo, lugar de utopias*. Tradução: Marcelo Coelho. Conferência proferida em 1966. Disponível em: <<http://www.oestrangerio.net/michel-foucault/140-michel-foucault-o-corpo-lugar-de-utopias>>. Acesso em: 20/01/2012.

FRANKLIN, S. "Science as culture, cultures of science". *Annual Review of Anthropology*. 24:163-84, 1995.

FREIRE, L. L. *Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica*. *Comum*. Rio de Janeiro 11(26): 46-65, 2006

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DE SÃO PAULO (FAPESP). *José Aristodemo Pinotti morre aos 74 anos*. Agência Fapesp, 02/07/2009. Disponível em: <<http://www.agencia.fapesp.br/10719>>. Acesso em: 09/01/2012>.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIERYN, T. F. A Space for Place in Sociology. *Annu. Rev. Sociol.* 2000. 26: 463-496.

_____. City as Truth-Spot : Laboratories and Field-Sites in Urban Studies. *Social Studies of Science* 36/1(February 2006) 5–38.

_____. Three Truth-Spots. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 38: 113–32, 2002.

HARAWAY, Donna. "Gender" for a Marxist Dictionary: the Sexual Politics of a Word. *In: Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. Londres, Free Association Books Ltd., 1991, capítulo 7, pp.127-148.

HENKE, C. R. Making a Place for Science: The Field Trial. *Social Studies of Science* 30: 483–511, 2000.

HOUCK, J.A. *Hot and Bothered: Women, Medicine, and Menopause in Modern America*. Cambridge: Harvard University Press, 2006.

_____. The Medicalization of Menopause in America, 1897–2000: Mapping the Terrain. *In: Kleinman, D. L.; Kinchy, A. J.; Handelsman, J. Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London : The University Wisconsin Press, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2000- Resultados do universo*, 2000.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *Professor José Aristodemo Pinotti (1934 - 2009)*. 2 Julho 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/news/professor-jos%C3%A9-aristodemo-pinotti-1934-2009>> Acesso em: 15/12/2011.

JENKIS, J. H.; VALIENTE, M. Bodily transactions of the passions: el calor among Salvadoran women refugees. In: *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Vol. 2. Thomas J. Csordas (Editor). Cambridge Press, 1994.

KELLER, E F. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons El Magnànim, Valencia, 1991.

KNORR-CETINA, K. *The manufacture of knowledge; on essay an the constructivist and contextual nature of science*. Oxford: Perzaman Press; 1981.

KOHLER, R. E. Place and Practice in Field Biology. *History of Science* 40: 189–210, 2002.

KUHN, T. S. A Função do Dogma na Investigação Científica. In: *Deus, J. D (org), A Crítica da Ciência*. Rio de Janeiro: Jahar Editores. 1979, pp. 53-80.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, pp. 13-40.

LATOUR, B. *A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

_____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Unesp; 2000.

_____. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: *Objectos impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Org. João Arriscado Nunes e Ricardo Roque. Edições Afrontamento. 2008.

_____. Give me a laboratory and I will raise the world. In: *KNORR-CETINA, Karin D.; MULKAY, Michael J. (orgs). Science Observed*. Beverly Hills: Sage, 1983.

LATOUR, B., WOOLGAR, S. *Vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Relume Dumara: Rio de Janeiro, 1997.

LAWLOR, D. A.; EBRAHIM, S.; SMITH, G. D. Role of endogenous oestrogen in aetiology of coronary heart disease: analysis of age related trends in coronary heart disease and breast cancer in England and Wales and Japan. *BMJ*. Vol. 325:311–2, 2002.

LEITE, A. F. O Lugar: Duas Acepções geográficas. *Anuário do Instituto de Geociências (UFRJ)*. Vol. 21, 1998.

LOCK, M. M. *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Los Angeles: University of California Press, 1993.

_____. Symptom Reporting at the End of Menstruation: Biological Variation and Cultural Difference. In: Kleinman, D.L.; Hendelsman, J. *Controversies in Science & Technology: from Maize to Menopause*. The University of Wisconsin Press. 2005. p. 236-253.

LYON, M. L.; BARBALET, J. M. Society's body: emotion and the "somatization" of social theory. In: *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Vol. 2. Thomas J. Csordas (Editor). Cambridge Press, 1994.

MAIA, A. G. *Valoração de Recursos Ambientais*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. Campinas, 2002.

MALARD, M L. *Avaliação Pós-Ocupação, Participação de Usuários e Melhoria da Qualidade dos Projetos Habitacionais: uma abordagem fenomenológica com apoio do Estúdio Virtual de Arquitetura- EVA*. Pesquisa sob coordenação de Maria Lúcia Malard. UFMG. Departamento de Projetos da Escola de Arquitetura. Fev. 2002.

MARIANO, S. *Aproximações ao corpo como lugar – Considerações sobre natureza e arte nos estudos teatrais do corpo*. VI Congresso de pesquisas e pós-graduação em artes cênicas, 2010.

MARINHO, R. & ROQUETE, A.L.B., 2000. O ginecologista atendendo a mulher no climatério. In: *Climatério (R. Marinho)*, p.155-174, Rio de Janeiro: Medsi.

MARTIN, E. The End of the Body?. *American Ethnologist*, Vol.19, No.1. (Feb.,1992), pp.121-140.

_____. "Anthropology and the cultural study of science". *Science, Technology & Human Values*, 23(1):24-44, 1998.

_____. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, V. P. *A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar*. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004.

MATTEDI, M. A. A sociologia da pesquisa científica: o laboratório científico como unidade de análise sociológica. *Teoria & Pesquisa*. 16(02), 2007

McCREA, F. B. The Politics of Menopause: The "Discovery" of a Deficiency Disease. *Social Problems*, Vol. 31 no. 1 (Oct., 1983), pp. 111-123.

MESQUITA, C. C. *Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980)*. XIII Encontro de História Anpuh-Rio. 2008. 10 p.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de Campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: *Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F.; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Editora Vozes, 2008. p.61-77.

MOREIRA, E. V.; HESPANHOL, R. A. M. O Lugar como uma construção social. *Revista Formação*, no. 14 vol. 2, p. 48-60, 2008.

MURARO, R. M. *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.

NISSIM, R.; ARAÚJO, M. J. O. Dossiê Menopausa. *RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemenopausa.html>>. Acesso em: 01-06-2010.

OLIVEIRA, C. Política educacional paulista: análise da gestão do PMDB. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 24, n. 85, p. 1402-1406, dezembro 2003.

OLIVEIRA, L. R. C. A antropologia e seus compromissos ou responsabilidades éticas. In: *Soraya Fleischer e Patrice Schuch (orgs.). Ética e Regulamentação na Pesquisa Antropológica*. 1a. Ed. Brasília: Editora UnB. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. p.1-15, Genebra. Serie de informes técnicos,866, 1996.

OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa História de uma Intervenção*. [Dissertação de Mestrado] Campinas: Departamento de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas. 1994.

_____. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

OUDSHOORN, N. *The Male Pill. A Biography of a Technology in the Making*. Durham and London: Duke University Press, 2003.

_____. From Population Control Politics to Chemicals: The WHO as an Intermediary Organization in Contraceptive Development. *Social Studies of Science*, Vol. 27, No. 1. (Feb., 1997), PP. 41-72.

_____. *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*. London: Routledge, 1994.

_____. United We Stand: The Pharmaceutical Industry, Laboratory, and Clinic in the Development of Sex Hormones into Scientific Drugs,1920-1940. *Science, Technology & Human Values*, Vol.18, No.1, Theme Issue: Technological Choices. Winter,1993, pp.5-24.

PACHECO, S. *Do corpo como instrumento ao corpo como lugar*. ABRACE, Brasília, 2009.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. *In: Matos, M. I; Soihet, R. O Corpo Feminino em Debate*. Editora Unesp. 2006. São Paulo. P. 13-28.

PINCH, T; BIJKER, W. The social construction of facts and artifacts: Or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. *In: BIJKER, W.; HUGHES, T; PINCH, T. The social construction of technological systems: New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, MA: MIT Press, 1987, pp. 17-50.

PINOTTI, J. A. *Currículo: José Aristodemo Pinotti*. 2011. Disponível em <<http://www.drpinotti.com.br/curriculo.htm>> Acesso em: dez/2011.

PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C. & FAÚNDES, A., 1987. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. *In: Tratado de Ginecologia (H. Halbe, org.)*, pp.47-51. São Paulo: Rocca.

PINTO NETO, A; PEDRO, A; HARDY, E; OSIS, M; COSTA-PAIVA, L & E, MARTINEZ. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.18, No.1 (Jan./Feb. 2002).

PULIDO, C M. *Gestando vidas, alumbrando ideas: Mujeres y científicas em el debate sobre la Biología de la reproducción*. Madrid: Minerva Ediciones, 2004.

RABINOW, P. Cortando os laços: fragmentação e dignidade na modernidade tardia. *In: Antropologia da Razão (P. Rabinow, org.)*, Relume Dumará, Rio de Janeiro, 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (RNFS). *Estatuto Social*. 2006. Disponível em: [<http://www.redesaude.org.br/portal/home/institucional.php>]. Acesso em: 18/12/2008.

RIBEIRO, J. S. B. Brincadeiras de meninas e de meninos: Socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. *Cadernos Pagu* (26), janeiro-junho de 2006: pp.145-168.

RICE, T. “Beautiful Murmurs”: Stethoscopic Listening and Acoustic Objectification. *Senses & Society*. Vol. 3, Issue 3, pp. 293-306, 2008.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009

_____. As marcas de gênero na ciência dos hormônios. *VII RAM – Reunião de Antropologia do Mercosul*. UFRGS, Porto Alegre, 2007.

ROZENFELD, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol.12. no. 2. Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2007

SANTOS, B S. *Semear Outras Soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Ed. Civilização brasileira, Rio de Janeiro, 2005.

SBROGGIO, A. M. R. *Autopercepção Corpórea e Sexual de Mulheres Submetidas à Histerectomia*. 108 p. [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2008.

SCHIENBINGER, L. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc – Ed. da Universidade do Sagrado Coração, 2001

SEAMAN, B. The History of Hormone Replacement Therapy: A Timeline. In: Kleinman, D. L.; Kinchy, A. J.; Handelsman, J. *Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London : The University Wisconsin Press, 2005.

SHAPIN, S. Here and Everywhere: Sociology of Scientific Knowledge. *Annual Review of Sociology*, Vol. 21 (1995), pp. 289-321.

_____. Cordelia's Love: Credibility and the Social Studies of Science. *Perspectives on Science* 3: 255–75, 1995b.

SHMITT-PANTEL, P. “A criação da mulher”: um artilho para a história das mulheres? In: Matos, M. I; Soihet, R. *O Corpo Feminino em Debate*. Editora Unesp. 2006. São Paulo. P. 129-156

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO (SOBRAC). *Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Mulher Climatérica*. São Paulo: Editora Segmento; 2003.

SOUZA, V. C. Mulher Negra e Miomias. Anais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *NEPO/UNICAMP*. 211-233 p. 1994. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1994/T94V2A11.pdf>> Acesso: 20/01/2011.

SOUZA, V. C. Nós mulheres negras: a importância das ações educativas na redução da histerectomia por miomatose. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 31, p. 27-28, 2003.

SPRITZER, P M. Diagnóstico etiológico do hirsutismo e implicações para o tratamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, 31(1), 2009.

STENGERS, I. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Ed. 34, 2002.

STRICKER, G.; TRIERWEILER, S. J. The Local Clinical Scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, Vol. 50 No. 12. 995-1002 pp. Dec. 1995.

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. Menopausa ou Menopausas?. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, p. 91-100, 2005.

TUAN, Y. *Espaço e Lugar: A perspectiva da experiência*. São Paulo: Unesp, 1977.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). *XXXII Reunião Ordinária do Conselho Técnico-Administrativo do CAISM*. Relatório Anual de Atividades, 2006, 84p.

_____. *Comissão Para Projeto do Prédio Novo do IC*. Resumo da visita à CProj/FEC, 04/05/2001. Disponível em: <<http://www.ic.unicamp.br/~stolfi/ic-admin/ic-4/2001-05-04-visita.html>>. Acesso em: 09/01/2012.

_____. *Relatório da Gestão, 1982-1986*. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/divulgacao/gr/relatoriogestao/aristodemo_p_inotti_relatorio_gestao_1982-1986_.pdf>. Acesso em: 13/10/2011.

VAIDYA, D.; BECKER, D. M.; BITTNE, V.; MATHIAS, R. A.; OUYANG, P. Ageing, menopause, and ischaemic heart disease mortality in England, Wales, and the United States: modelling study of national mortality data. *BMJ*. 2011; 10 p.

VIGETA, S M G V; BRÊTAS, A C P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. Redações e trabalhos científicos monográficos premiados no 2º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero. *Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres*. 2006, p. 95-105.

WASSTHEIL-SMOLLER, S. Postmenopausal Hormones: An Overview. In: *Kleinman, D. L.; Kinchy, A. J.; Handelsman, J. Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London : The University Wisconsin Press, 2005.

WHITMARSH, I. Biomedical Ambivalence: Asthma diagnosis, the pharmaceutical, and other contradictions in Barbados. *American Ethnologist*, Vol. 35, No. 1, pp. 49-63, 2008.

WILSON, R. *Eternamente Feminina*. São Paulo: Edameris, 1966.

WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (WHI). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 88: -. 2002.

_____. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 9 : 70 - .2000.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - I
PACIENTES – VOLUNTÁRIAS DE ENTREVISTAS

MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA

Eu, _____, RG nº _____, idade _____ anos, fui convidada a participar da pesquisa intitulada “MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA”, e declaro que fui plenamente informada que:

- ✓ O objetivo da pesquisa é saber o que as mulheres pensam sobre a menopausa e seus possíveis sintomas e tratamentos, partindo da ideia de que a menopausa tem um significado diferente para cada sociedade;
- ✓ Minha participação na pesquisa consistirá em uma entrevista, com questões sobre menstruação, menopausa e seus sintomas/tratamentos;
- ✓ A entrevista será gravada. As gravações, contendo meus depoimentos, serão usadas somente para fins de pesquisa;
- ✓ Meu nome não aparecerá no trabalho. Posso até usar outro nome, se isso me fizer sentir mais segura.
- ✓ Não terei nenhum gasto por ter participado da pesquisa. Também não receberei nenhum tipo de reembolso/ressarcimento por conta da minha participação;
- ✓ Tenho total liberdade em me recusar a participar da pesquisa ou desistir em qualquer momento;

Tenho total liberdade para fazer perguntas sobre a pesquisa ou pedir esclarecimentos em qualquer momento, até mesmo após minha participação na pesquisa;

- ✓ Caso tenha alguma dúvida, posso entrar em contato com a pesquisadora Rebeca Buzzo Feltrin pelo e-mail rebeca@ige.unicamp.br, ou via agendamento pelo telefone: (19) 3521-4555.
- ✓ Posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM, pelo telefone (19) 3521-8936, caso tenha alguma reclamação, sugestão ou dúvida sobre a pesquisa que participei.

Sendo assim, aceito participar da pesquisa sobre menopausa, como voluntária, nos termos acima descritos.

Campinas, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Rebeca Buzzo Feltrin – pesquisadora responsável

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - II
PACIENTES – VOLUNTÁRIAS DA OBSERVAÇÃO

MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA

Eu, _____, RG nº _____, idade _____ anos, fui convidada a participar da pesquisa intitulada “MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA”, e declaro que fui plenamente informada que:

- ✓ O objetivo da pesquisa é saber o que as mulheres pensam sobre a menopausa e seus possíveis sintomas e tratamentos, partindo da ideia de que a menopausa tem um significado diferente para cada sociedade;
- ✓ Minha participação na pesquisa consistirá em ser observada pela pesquisadora durante minha consulta no Ambulatório de Menopausa do CAISM (SOMENTE durante a conversa com o médico e NÃO durante os exames clínicos);
- ✓ Minha conversa com o médico durante a consulta será gravada. As gravações, contendo meus depoimentos, serão usadas somente para fins de pesquisa;
- ✓ Meu nome não aparecerá no trabalho. Posso até usar outro nome, se isso me fizer sentir mais segura.
- ✓ Não terei nenhum gasto por ter participado da pesquisa. Também não receberei nenhum tipo de reembolso/ressarcimento por conta da minha participação;
- ✓ Tenho total liberdade em me recusar a participar da pesquisa ou desistir em qualquer momento;
- ✓ Tenho total liberdade para fazer perguntas sobre a pesquisa ou pedir esclarecimentos em qualquer momento, até mesmo após minha participação na pesquisa;
- ✓ Caso tenha alguma dúvida, posso entrar em contato com a pesquisadora Rebeca Buzzo Feltrin pelo e-mail rebeca@ige.unicamp.br, ou via agendamento pelo telefone: (19) 3521-4555.
- ✓ Posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM, pelo telefone (19) 3521-8936, caso tenha alguma reclamação, sugestão ou dúvida sobre a pesquisa que participei.

Sendo assim, aceito participar da pesquisa sobre menopausa, como voluntária, nos termos acima descritos.

Campinas, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Rebeca Buzzo Feltrin – pesquisadora responsável

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – III MÉDICOS DO AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA

MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA

Pesquisador Responsável: REBECA BUZZO FELTRIN

E-mail: rebeca@ige.unicamp.br

Endereço comercial: Rua João Pandiá Calógeras, 51 CEP: 13083-870 / Instituto de Geociências - UNICAMP

Telefone comercial: (19) 3521-4555

Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP

Fone: (19) 3521-8936 / Fax: (19) 3521-7187

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA”, cujo objetivo principal é compreender a percepção de médicos clínicos e mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa do CAISM sobre a menopausa. Parte-se da ideia de que a menopausa é percebida de forma diferenciada em cada sociedade, podendo ser profundamente influenciada pelo acesso ao conhecimento médico-científico ocidental.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com médicos clínicos e mulheres na fase da menopausa, além de serem utilizadas técnicas de observação durante consultas no Ambulatório de Menopausa do CAISM.

As entrevistas com os médicos clínicos serão realizadas individualmente e abordarão temas relacionados à menopausa feminina, especialmente sobre tratamentos associados à esta fase, como a Terapia de Reposição Hormonal. Durante a observação de consultas médicas, SOMENTE as conversas entre médicos e pacientes no Ambulatório de Menopausa serão acompanhadas e gravadas (a parte de exame clínico NÃO será acompanhada e tampouco gravada). A observação de cada consulta só será realizada mediante consentimento prévio do médico e paciente envolvido.

As entrevistas também serão gravadas para posterior análise, no entanto, será garantido o total sigilo da identidade do médico voluntário, evitando assim possíveis constrangimentos ou prejuízos em decorrência de suas declarações.

A participação na pesquisa não gerará qualquer despesa financeira, não havendo com isso, nenhum tipo de reembolso/ressarcimento por conta de sua participação na pesquisa.

Sua participação na pesquisa deve ocorrer de forma VOLUNTÁRIA, estando garantida a liberdade de recusa na participação, ou ainda, a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete penalidade ou prejuízos de qualquer natureza.

Acredita-se que os resultados gerados na pesquisa serão de grande valia para informar uma política pública de atendimento às mulheres na menopausa. A análise dos relatos de experiência das voluntárias na menopausa, bem como das declarações dos médicos clínicos, poderá refletir em uma melhora na relação médico-paciente, possibilitando um aumento na qualidade de atendimento às pacientes nesta fase da vida.

A pesquisadora responsável estará disponível para esclarecer eventuais dúvidas envolvendo sua participação, em qualquer momento da pesquisa. Esclarecimentos após sua participação na pesquisa poderão ser solicitados à pesquisadora responsável por e-mail ou via agendamento por telefone.

Eu, _____, especialidade _____, idade _____ anos, declaro ter sido devidamente informado e concordo em participar da pesquisa através de entrevista e observação durante consultas no Ambulatório de Menopausa do CAISM.

Campinas, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do médico voluntário da pesquisa

Rebeca Buzzo Feltrin – Pesquisadora Responsável

ANEXO IV – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PACIENTES ROTEIRO PARA ENTREVISTAS – QUESTÕES NORTEADORAS

PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE MENOPAUSA

MENSTRUACÃO

- 1) Para a senhora, qual a função da menstruação?
- 2) Como/com quem a senhora aprendeu sobre menstruação?
- 3) Na opinião da senhora, porque a menstruação pára de acontecer em um determinado momento da vida da mulher?
- 4) A senhora sente falta de menstruar?

MENOPAUSA

- 5) O que a senhora entende sobre menopausa? Por que ela acontece?
- 6) Para a senhora, o que acontece na vida da mulher após a menopausa? Existem grandes mudanças na vida/relacionamento das mulheres após a menopausa?
- 7) Conte como ocorreu a menopausa para a senhora. Quais sintomas (físicos ou psicológicos) a senhora sente (ou sentiu)?
- 8) No primeiro momento, o que a senhora achou que fosse esses sintomas que sentia?
- 9) Quem foi o responsável em explicar/informar que a senhora estava entrando na menopausa?
- 10) O que sentiu quando foi informada (ou suspeitou) que estava na menopausa?
- 11) A senhora procurou ajuda ou informações com outras mulheres na menopausa? As experiências dessas mulheres foram iguais à da senhora?
- 12) Como seu marido/companheiro(a) reagiu quando soube que a senhora estava na menopausa?
- 13) Acredita que a menopausa é uma doença feminina ou somente mais uma fase da vida da mulher?
- 14) Diga quais os aspectos positivos e negativos de estar na menopausa.
- 15) Como a senhora consegue identificar se um sintoma está relacionado com a idade ou com a menopausa?

TRATAMENTOS PARA ALÍVIO DOS SINTOMAS

- 16) Usa/usou algum “tratamento” para aliviar os sintomas da menopausa? Qual/quais?
- 17) Quais fontes de informações a senhora consultou para conhecer mais sobre a menopausa e seus tratamentos? (pesquisou na internet, revistas, livros, amigas, médicos...)
Dentre as fontes de informações que a senhora procurou, quais ofereceram maior ajuda para esclarecer sobre a menopausa e/ou tratamentos disponíveis: informações com base científica (bulas de remédios, revistas médicas, médicos e enfermeiras...) ou informações baseadas em experiências de vida (outras mulheres, sites de relacionamento, revistas, jornais e programas de TV voltados ao público feminino).
- 18) Faz/fez parte de algum grupo de orientação a mulheres na menopausa? Onde? Conte sua experiência.

- 19) Porque procurou um tratamento para menopausa? (alívio de sintomas, sexualidade, juventude...) Sente-se melhor com o uso desse(s) tratamento(s)?
- 20) Já recorreu a outros médicos por conta dos sintomas da menopausa? Obteve orientações diferentes para o tratamento dos sintomas?
- 21) A senhora já tentou outros tratamentos antes desse? Quais? Por que resolveu trocar? O que a senhora acha do tratamento que está fazendo aqui?

CONHECIMENTO SOBRE TRH

- 22) O que a senhora conhece sobre a TRH? Descreva a função desse tratamento.
- 23) A senhora acredita que a TRH possa gerar efeitos colaterais sérios, como por exemplo, desencadear algumas doenças?
- 24) Qual a opinião de seu médico sobre o uso de TRH?
- 25) Seu médico te informou dos riscos e benefícios do tratamento hormonal? A senhora considera que a explicação dele foi suficiente? As informações passadas pelo seu médico foram parecidas com aquelas recebidas por outras pessoas ou fontes de informação?
- 26) Porque a senhora decidiu usar (ou não usar) TRH?
- 27) Quando obteve indicação médica de um tratamento hormonal (se obteve), a senhora conferiu/comparou com outras pessoas ou fontes de informação? Quais? Isso mudou sua posição sobre o assunto?

**ANEXO V – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM MÉDICOS
ROTEIRO PARA ENTREVISTAS – QUESTÕES NORTEADORAS**

**MÉDICOS QUE PRESTAVAM ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE
MENOPAUSA DO CAISM NO PERÍODO SELECIONADO**

- 1) Acredita que todas as mulheres na fase da menopausa precisam de um tratamento médico?
- 2) Em quais situações você costuma recomendar o uso de TRH? É sua primeira opção ou recorre a tratamentos alternativos antes? Por quê?
- 3) Quais tratamentos alternativos você costuma indicar?
- 4) Acredita que a TRH é o tratamento mais eficiente para aliviar os sintomas da menopausa?
- 5) Em que situação você acredita que a indicação da TRH não é adequada?
- 6) Acredita que outros médicos fazem indicações indiscriminadas da TRH?
- 7) Acredita que os representantes da indústria farmacêutica exercem alguma influência na indicação de certos tratamentos/medicamentos pelos médicos?
- 8) Quando opta pela TRH, qual o período de uso costuma indicar? Somente para alívio dos sintomas na fase de transição ou em longo prazo? Por quê?
- 9) Acredita que os benefícios da TRH compensam os riscos?
- 10) Mantêm-se atualizado quanto os novos resultados científicos sobre o assunto?
- 11) Quais manuais/diretrizes/normas você costuma seguir com relação à indicação ou não de TRH às pacientes?
- 12) Acredita que exista diferença na indicação dos medicamentos/orientações/tratamentos dependendo da rede de saúde em que se atende? Por quê?
- 13) O sistema público de saúde oferece todos os medicamentos/tratamentos que você costuma prescrever?
- 14) Em sua opinião, os médicos de clínicas particulares teriam maior “liberdade” no momento de prescrever tratamentos, ou seriam os principais alvos de estratégias promocionais da indústria farmacêutica?
- 15) Acredita que os profissionais da rede pública também são afetados com a pressão da indústria farmacêutica? De que maneira?

ANEXO VI - INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DAS VOLUNTÁRIAS

Nome: _____

Idade: _____ anos Data (ano) da Última Menstruação: _____

Menopausa natural ou induzida (procedimentos cirúrgicos ou terapêuticos): _____

Estado Civil:	Cor/raça:
<input type="checkbox"/> Solteira	<input type="checkbox"/> Branca
<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Negra
<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Parda
<input type="checkbox"/> união estável	<input type="checkbox"/> amarela
<input type="checkbox"/> viúva	<input type="checkbox"/> indígena
Escolaridade:	Renda Familiar:
<input type="checkbox"/> não-alfabetizada	<input type="checkbox"/> Sem rendimentos / Bolsa Família
<input type="checkbox"/> primeiro grau incompleto	<input type="checkbox"/> Até 1 Salário Mínimo
<input type="checkbox"/> primeiro grau completo	<input type="checkbox"/> de 1 a 2 SM
<input type="checkbox"/> segundo grau incompleto	<input type="checkbox"/> de 2 a 3 SM
<input type="checkbox"/> segundo grau completo	<input type="checkbox"/> de 3 a 4 SM
<input type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> de 4 a 5 SM
<input type="checkbox"/> pós-graduação	<input type="checkbox"/> mais de 5 SM

Número de filhos: _____

Orientação sexual: _____

Ocupação: _____

Natural de: _____ Residente na Cidade de: _____

ANEXO VII - VARIÁVEIS E CONCEITOS

Menopausa natural: considerou-se menopausa natural, a parada da menstruação sem que tenha ocorrido qualquer intervenção cirúrgica ou medicamentosa para cessar a menstruação.

Orientação sexual: preferência sexual da voluntária da pesquisa. Entende-se que a menopausa é uma experiência individual, onde diversos fatores, inclusive a orientação sexual da mulher, podem influenciar na maneira como ela vivencia a menopausa e seus sintomas.

Renda Familiar – rendimentos financeiros mensais da família – categorias definidas por salário mínimo - da voluntária da pesquisa. No item “sem rendimentos”, previu-se a possibilidade da família ser beneficiária dos programas de bolsa auxílio do Governo Federal.

- Sem rendimentos / Bolsa Família
- Até 1 Salário Mínimo (SM)
- de 1 a 2 SM
- de 2 a 3 SM
- de 3 a 4 SM
- de 4 a 5 SM
- mais de 5 SM

Escolaridade – nível de escolaridade da voluntária, até o momento da entrevista.

- não-alfabetizada
- primeiro grau incompleto
- primeiro grau completo
- segundo grau incompleto
- segundo grau completo
- graduação
- pós-graduação

Estado menopausal - Considera-se pré-menopausa o período em que as mulheres mantêm ciclos menstruais regulares ou similares ao que tiveram ao longo da vida reprodutiva; a perimenopausa pode ser compreendida pela presença de ciclos menstruais regulares nos últimos 12 meses, mas com mudanças do padrão menstrual; a pós-menopausa é caracterizada pelo último período menstrual, ocorrido há pelo menos 12 meses (Jaszmann, 1973 *apud* Pinto Neto et al., 2002).

Cor/raça - Utilizou-se as categorias preestabelecidas de Cor/Raça pelo IBGE (2000). Foi utilizado o critério de autodenominação para definição de cor/raça da entrevistada.

ANEXO VIII - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Data	Pseudônimo	Idade	Menopausa	Estado Civil	Cor/Raça	Escolaridade	Renda	Filhos	Ocupação
21/10/09	ABIGAIL	45	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Parda	2 Completo	1 a 2 SM	2	Doméstica
22/12/09	ADELAIDE	67	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	4	Pensionista
22/09/09	ALICE	54	Natural	Solteira	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	5	Churrasqueira
23/04/10	AMÉLIA	62	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	1 incompleto	até 1 SM	5	-
14/10/09	ANA	64	Natural	Viúva	Branca	1 Completo	1 a 2 SM	3	Aposentada
14/10/09	ANA	64	Natural	Viúva	Branca	1 Completo	1 a 2 SM	3	Aposentada
09/12/09	ANDRÉIA	55	Natural	Solteira	Branca	1 Completo	2 a 3 SM	1	do Lar
20/01/10	ANGELA	80	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	1	Aposentada
23/04/10	ANGELINA	57	Natural (câncer mama)	Casada	Branca	1 completo	até 1 SM	1	do Lar
27/01/10	ANTÔNIA	53	Natural	Divorciada	Branca	2 Completo	Até 1 SM	0	Esteticista
11/11/09	CASSANDRA	56	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	2 Completo	3 a 4 SM	2	do Lar
11/11/09	CASSILDA	56	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	2 Completo	3 a 4 SM	2	do Lar
04/11/09	CATARINA	68	Natural	Divorciada	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	8	do Lar
18/11/09	CLEIDE	52	Natural	Casada	Negra	1 Completo	2 a 3 SM	1	do Lar
22/12/09	CLEUZA	53	-	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	6	do Lar
20/01/10	CRISTINA	36	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	1 incompleto	2 a 3 SM	1	do Lar
23/04/10	DEISE	50	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	-	2	Faxineira
22/09/09	DULCE	59	Natural	Divorciada	Negra	Analfabeta	1 a 2 SM	5	do Lar
03/02/10	ELAINE	70	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	3	Aposentada
09/12/09	ELEONORA	62	Natural	Divorciada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	0	Afastada
04/11/09	ELISA	49	Cirúrgica (Endometriose)	Divorciada	Negra	2 Completo	3 a 4 SM	3	Recepcionista
03/02/10	ELIZA	59	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	2 a 3 SM	2	Costureira
24/02/10	ELIZABETE	49	Natural	Casada	Branca	2 Completo	SR/BF	1	Desempregada
14/10/09	ELVIRA	59	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	7	Doméstica
07/10/09	ELZA	55	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	3 (1 aborto)	Camareira (Segurada INSS)
22/09/09	EMÍLIA	67	Natural	Casada	Negra	-	-	-	Aposentada
20/01/10	ESTELA	61	Natural	Solteira	Branca	2 Completo	1 a 2 SM	2	Desempregada
22/12/09	GILDETE	68	Natural	Casada	Parda	1 incompleto	2 a 3 SM	3	Aposentada

Data	Pseudônimo	Idade	Menopausa	Estado Civil	Cor/Raça	Escolaridade	Renda	Filhos	Ocupação
04/11/09	GILSA	72	Remédio para parar	Casada	Branca	1 Completo	1 a 2 SM	2	do Lar
14/10/09	GISLAINE	72	Natural	Divorciada	Branca	1 incompleto	SR/BF	2	do Lar
22/12/09	HEBE	63	Natural	Casada	Branca	Analfabeta	Até 1 SM	1	do Lar
14/10/09	HEIDE	65	Cirúrgica (histerectomia)	Viúva	Branca	1 Completo	1 a 2 SM	2	Pensionista
03/02/10	HELIA	69	Cirúrgica (histerectomia)	Solteira	Branca	Graduação	2 a 3 SM	0	Aposentada
22/12/09	HELOÍSA	65	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	2	Pensionista
09/12/09	IEDA	77	Cirúrgica (histerectomia)	Viúva	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	6	Pensionista
07/10/09	ILDA	52	-	Casada	Parda	1 incompleto	3 a 4 SM	1	Doméstica
11/11/09	INÁCIA	55	Natural	Solteira	Branca	2 Completo	1 a 2 SM	0	Autônoma
20/01/10	INÊS	62	Natural (câncer mama)	Viúva	Branca	1 Completo	2 a 3 SM	3	Aposentada
24/02/10	IRACEMA	51	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	2	Comerciante
03/03/10	IRANI	57	Cirúrgica (histerectomia)	Solteira	Parda	2 incompleto	até 1 SM	3	Na Limpeza
11/11/09	ISABEL	70	Natural	Divorciada	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	1	do Lar
20/01/10	ISABEL H.	62	Cirúrgica (histerectomia)	Divorciada	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	2	Doméstica
11/11/09	IZAURA	60	Natural	Solteira	Branca	2 Completo	3 a 4 SM	1	Aposentada
04/11/09	JANETE	55	Remédio para parar	Divorciada	Branca	-	-	3	Lab. Citopatologia
22/09/09	JOELMA	59	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	2 a 3 SM	3	do Lar
03/02/10	LAURA	76	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	2 a 3 SM	2	Aposentada
23/12/09	LÚCIA	72	Cirúrgica (histerectomia)	Viúva	Negra	1 incompleto	Até 1 SM	11	Aposentada
04/11/09	LUIZA	40	Cirúrgica (histerectomia)	Divorciada	Branca	2 Completo	2 a 3 SM	3	Doméstica
07/10/09	MADALENA	53	Natural	Solteira	Branca	Graduação	1 a 2 SM	0	Manicure
20/01/10	MAGDA	67	-	-	-	-	-	-	-
23/12/09	MAÍSA	61	Natural	Casada	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	2	Faxineira
20/01/10	MAITÊ	67	Natural	Casada	Parda	Analfabeta	1 a 2 SM	6	do Lar
23/04/10	MÁRCIA	63	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	-	-	-	-
18/11/09	MARGARETE	50	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Parda	2 Completo	3 a 4 SM	3	Agente Escolar
09/12/09	MARGARIDA	57	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Parda	1 incompleto	2 a 3 SM	0	Afastada
07/10/09	MARIA	48	Natural	Divorciada	Branca	Analfabeta	Até 1 SM	4	Doméstica
22/12/09	MARIA B.	43	Natural	Casada	Branca	1 Completo	3 a 4 SM	3	Babá
04/11/09	MARIA ALICE	50	Cirúrgica (histerectomia)	Viúva	Parda	1 incompleto	SR/BF	1	do Lar

Data	Pseudônimo	Idade	Menopausa	Estado Civil	Cor/Raça	Escolaridade	Renda	Filhos	Ocupação
03/02/10	MARIA AMÉLIA	47	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	3	do Lar
24/02/10	MARIA AP.	54	-	Casada	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	4	do Lar
03/03/10	MARIA ANJOS	59	Natural	Casada	Branca	2 Completo	+ de 5 SM	3	Micro-Empresária
23/12/09	MARIA HELENA	59	Natural	Divorciada	Branca	2 Completo	2 a 3 SM	2	Escriturária
27/01/10	MARIANA	50	Cirúrgica (histerectomia)	Divorciada	Negra	1 Completo	1 a 2 SM	1	Aux. Adm. Escola
03/03/10	MARIÂNGELA	62	Natural	União Estável	Parda	1 incompleto	+ de 5 SM	3	do Lar
14/10/09	MARIETA	73	Natural	Casada	Branca	Analfabeta	4 a 5 SM	2	Aposentada
21/10/09	MARILDA	48	Natural	Casada	Branca	2 Completo	2 a 3 SM	3	Costureira
27/01/10	MARILÚCIA	59	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	3	do Lar
21/10/09	MARINÊS	53	Natural	Solteira	Parda	Analfabeta	SR/BF	0	Não Trabalha
23/12/09	MARISTELA	53	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Parda	1 incompleto	2 a 3 SM	3	do Lar
18/11/09	MARLI	82	Natural	Divorciada	Branca	1 Completo	2 a 3 SM	5 (3 vivos)	Aposentada
07/10/09	MARTA	67	-	Casada	Negra	Analfabeta	2 a 3 SM	12	do Lar
20/01/10	MARTA	70	Natural	Casada	Parda	1 incompleto	Até 1 SM	3	Auxílio Doença
14/10/09	MARTA REGINA	51	Cirúrgica (histerectomia)	Solteira	Branca	1 Completo	2 a 3 SM	0	Secretária
23/12/09	MARTINA	54	Cirúrgica (histerectomia)	Solteira	Parda	1 Completo	SR/BF	0	do Lar
20/01/10	MATILDE	58	Natural (câncer de mama)	Casada	Branca	1 Completo	2 a 3 SM	0	do Lar
03/03/10	MERCEDES	35	Cirúrgica	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	2	Aposentada
23/04/10	MÉRCIA	37	Cirúrgica (histerectomia)	-	-	-	-	-	-
20/01/10	MIRIAN	56	Cirúrgica (histerectomia)	Divorciada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	1	Doméstica
22/09/09	MIRTES	44	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	1 Completo	4 a 5 SM	3	Faxineira
18/11/09	MOEMA	63	Natural	Casada	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	3	Aposentada
18/06/10	MÔNICA	52	Cirúrgica (histerectomia)	União Estável	Parda	1 completo	2 a 3 SM	2	do Lar
03/03/10	MONIQUE	60	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	1 a 2 SM	2	Aposentada
11/11/09	NAIR	54	Cirúrgica (Laqueadura)	Casada	Branca	2 Completo	3 a 4 SM	3	Manicure
20/01/10	NEIDE	66	Natural	Divorciada	Branca	1 incompleto	Até 1 SM	2	Pensionista
20/01/10	NOELI	54	Natural	Divorciada	Negra	1 incompleto	1 a 2 SM	3	Aposentada
11/11/09	NOEMIA	61	Natural	Casada	Branca	1 Completo	Até 1 SM	4	Faxineira (afastada)
28/10/09	NORMA	47	-	Casada	Branca	1 Completo	1 a 2 SM	3	Doméstica
18/11/09	OTÍLIA	71	Natural	Viúva	Branca	2 Incompleto	1 a 2 SM	2	Aposentada

Data	Pseudônimo	Idade	Menopausa	Estado Civil	Cor/Raça	Escolaridade	Renda	Filhos	Ocupação
22/09/09	RAQUEL	40	Cirúrgica	Divorciada	Branca	2 Completo	2 A 3 SM	3	Diarista
22/09/09	REGINA	70	Natural	Casada	Negra	-	-	-	Aposentada
04/11/09	RITA	62	Natural	Casada	Parda	1 incompleto	2 a 3 SM	6	do Lar
14/10/09	ROSA	36	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	2 Completo	1 a 2 SM	0	Téc. Enfermagem
24/02/10	ROSANA	46	-	Casada	Branca	2 Completo	SR/BF	4	do Lar
18/11/09	SALETE	62	Natural	Viúva	Branca	1 incompleto	SR/BF	3	Afastada
24/02/10	SALOMÉ	55	Natural (Câncer Mama)	Solteira	Branca	Graduação	4 a 5 SM	1	Professora
03/03/10	TELMA	44	Cirúrgica	Solteira	Parda	1 incompleto	SR/BF	1	Faxineira
20/01/10	VALENTINA	65	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	2 Completo	4 a 5 SM	2	Aposentada
03/03/10	VÂNIA	45	Cirúrgica (histerectomia)	Casada	Branca	1 completo	3 a 4 SM	2	Diarista
03/03/10	VIRGÍNIA	65	Natural	Casada	Parda	1 incompleto	+ 5 SM	1	do Lar

Perfil dos Médicos (Internos e Residentes)

Data	Sexo	Especialidade	Idade
22/09/2009	Feminino	Residente	28
07/10/09	Masculino	Interno	29
14/10/09	Masculino	Interno	23
21/10/09	Feminino	Residente	24
04/11/09	Feminino	Residente	28
11/11/09	Feminino	Interno	24
18/11/09	Feminino	Interno	31
09/12/09	Masculino	Interno	25
23/12/09	Feminino	Residente	29
20/01/10	Feminino	Residente	27
27/01/10	Masculino	Interno	22
03/02/10	Feminino	Interno	25
24/02/10	Feminino	Residente	27
03/03/10	Masculino	Residente	29
03/03/10	Masculino	Interno	26

ANEXO IX - LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO – (BRASIL, 2008)

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
SERMs (Moduladores Seletivos de Receptores de Estrogênios)	Cloridrato de Raloxifeno	60mg via oral	Redução do risco de fraturas vertebrais
Fitoterápicos	<i>Glycine Max</i> (Isoflavonas)	50 a 180mg via oral	Sintomas do climatério, hipocolesterolemia
	<i>Trifolium pratense</i> (Trevo Vermelho)	40 a 60mg via oral	Sintomas do climatério
	<i>Cimicifuga racemosa</i>	40 a 80mg via oral	Sintomas do climatério
	<i>Hiperico perforatum</i> (Hiperico)	300mg via oral	Sintomas do climatério, ansiedade, depressão
	<i>Valeriana officinalis</i> (Valeriana)	300mg via oral	Ansiedade, insônia
	<i>Melissa officinalis</i> (Melissa)	180mg	Ansiedade, insônia
Métodos Contraceptivos	Preservativos masculinos	Unidade	Anticoncepção/Prevenção DST
	Camisinha feminina	Unidade	Anticoncepção/Prevenção DST
	DIU	DIU T Cu 380 A Intrauterino	Anticoncepção
	Anticoncepcionais orais	Variadas via oral	Anticoncepção
	Anticoncepcionais injetáveis	Variadas Intramuscular	Anticoncepção
	Diafragma	Unidade	Anticoncepção
	Pílula anticoncepcional de emergência	Variadas via oral	Falha do método contraceptivo, violência sexual
Medicamentos	Fármaco	de administração	Indicação
Suplementos alimentares	Carbonato de cálcio	1.000mg a 1.500 mg via oral	Osteoporose
	Vitamina D	400mg a 800mg via oral	Osteoporose
Antidepressivos	Nortriptilina/ Cloridrato de Amitriptilina	25mg via oral	
	Venlafaxina	37,5 mg a 75mg via oral	Ação central – inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina
	Carbonato de lítio	300mg via oral	Ação central
	Imipramina	25 a 50mg via oral	Ação central
	Bupropiona	25 a 50mg/dia	Ação central
	Cloridrato de fluoxetina	20 mg via oral	Ação central
Hipno-sedativos	Fenobarbital	50 mg via oral	Age no metabolismo do ácido gama-aminobutírico
Vasotativos	Cinazizina	75mg via oral	Ação anti-histaminica, age por competição H1
	Clonidina	0,1 a 0,2mg via oral	Ação hipotensora, agonista alfa-adrenérgico
	Derivadas do Esporão do Centeio	4,5 a 20mg/dia	Ação vasodilatadora
	Nicergolina	300mg/dia	Ativadora do metabolismo cerebral
Atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário	Bromoergocriptina	1,25 a 2,5 mg/dia	Deprime os pulsos de LH
	Ciclofenil	200 a 400mg/dia	Ação na redução do FSH e prolactina

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
Anti-hipertensivos / Vasotativos	Alfametildopa	250mg a 500mg/dia	Ação inibidora das catecolaminas
	Atenolol	50mg via oral	Hipertensão arterial
	Captopril	via oral	Hipertensão arterial
	Alfametildopa	250mg a 500mg via oral	Ação inibidora das catecolaminas
	Propranolol	80mg via oral	Ação beta-bloqueadora
Diuréticos	Hidroclorotiazida	25mg via oral	Anti-hipertensivo e diurético
Hipoglicemiantes	Insulina	100 UI/ml subcutâneo	Diabetes
	Hipoglicemiante oral		
Estatinas	Simvastatina	40mg via oral	
Terapia anti-tabagista	Terapia de Reposição de Nicotina	Goma de mascar ou adesivo	Antitabagismo
	Bupropiona		
Antimicrobianos	Azitromicina	1g - via oral dose única	DST
	Doxiciclina	100mg via oral	DST
	Fluconazol	150mg via oral	Candidíase
	Metronidazol	500mg a 2g via oral	Tricomoníase, vaginose bacteriana
	Metronidazol creme	5g via vaginal	Tricomoníase, vaginose bacteriana
	Isoconazol creme	5g via vaginal	Candidíase, vulvovaginites
Bifosfonatos	Alendronato dissódico	10mg via oral	Osteoporose
	Risedronato sódico	5mg via oral	Osteoporose

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
Hormônios	Estríol a 1% Creme vaginal	1g intravaginal	Hipotrofia da mucosa vaginal
	Estragênicos Conjugados Equinos	0,3mg ou 0,625mg via oral	Sintomas do climatério
	Acetato de Medroxiprogesterona	10mg via oral	Sangramentos irregulares, controle endometrial, teste da progesterona
	Estradiol	25mcg ou 50mcg adesivo ou gel transdérmico	Sintomas do climatério
	Acetato de Noretisterona	0,35mg via oral	Sintomas do climatério controle endometrial e do sangramento
	Tibolona	2,5mg via oral	Sintomas do climatério
	Progesterona Natural Micronizada	100 a 300 mg via oral ou vaginal	Sangramentos irregulares, controle endometrial.

ANEXO X – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DO DTG/CAISM



Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Campinas, 5 de agosto de 2009.

Protocolo nº: 029/2009

O protocolo de pesquisa "*Marcas de gênero, cultura e poder na construção social da menopausa*", da pesquisadora Rebeca Buzzo Fertin sob a orientação da Profa. Dra. Lea Maria Leme Strini Velho foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 16/07/2009.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Maria Salete Costa Gurgel
Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

Rua Alexander Flemming, n.º101 – Cidade Universitária Zeferino Vaz – Campinas-SP
Fone: (19) 3521-9402
comissaopesquisa@caism.unicamp.br

ANEXO XI – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 15/09/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 736/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0588.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “MARCAS DE GÊNERO, CULTURA E PODER NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MENOPAUSA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rebeca Buzzo Fertrin.

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 14/08/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/09/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar as percepções sobre a menopausa, sintomas e tratamentos, entre um grupo de mulheres frequentadoras do Ambulatório de Menopausa do CAISM, buscando entender a influência do acesso ao conhecimento médico-científico na construção do imaginário feminino sobre a medicalização da menopausa.

III - SUMÁRIO

Serão realizadas entrevistas com mulheres na fase menopausal – de 35 a 59 anos – frequentadoras do Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, além de observação não-participante durante as consultas ginecológicas. A percepção de médicos sobre a clínica da menopausa também será considerada, devendo ser compreendida através do discurso desses médicos durante as consultas no ambulatório e entrevistas complementares. Tanto as entrevistas com médicos e pacientes, quanto a etapa de observação de consultas serão gravadas para posterior análise. O método utilizado para a finalização da coleta de dados será o de saturação de respostas, ou seja, quando a variação de respostas diminui ao ponto de não oferecer considerável avanço para a análise do caso. Estima-se uma média de 60 mulheres entrevistadas e cerca de 12 observações e médicos abordados, com base em outros estudos qualitativos com temas e situações próximas ao proposto neste trabalho. A partir dos depoimentos e narrativas coletadas durante entrevistas e observação não-participante, pretende-se agrupar tais narrativas em categorias culturais, tornando-se possível entender a construção do imaginário sobre a menopausa entre esse grupo de mulheres, bem como entre os médicos voluntários da pesquisa. Essas categorias analíticas não serão previamente estabelecidas, mas deverão ser criadas a partir das leituras das narrativas transcritas e revisadas. A definição e análise das categorias estabelecidas serão realizadas com base no referencial teórico dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia, estudos de gênero e ciência e da antropologia médica.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de agosto de 2009.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP