

TRENCH, Belkis Vinhas Y Rafael Tadashi Miyashiro (2006) *Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres sem voz*. Colección Monografías, N° 39. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. 46 págs. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>

COLECCIÓN MONOGRAFÍAS

N° 39

*Menopausa e imaginário: o discurso
das mulheres sem voz*

Belkis Vinhas Trench y Rafael Tadashi Miyashiro

PROGRAMA CULTURA, COMUNICACIÓN Y
TRANSFORMACIONES SOCIALES

www.globalcult.org.ve

CENTRO DE INVESTIGACIONES POSTDOCTORALES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

www.globalcult.org.ve/monografias.htm

© Belkis Vinhas Trench y Rafael Tadashi Miyashiro, 2006.
Responsable de la edición: Daniel Mato (dmato@reacciun.ve)
Diseño de la carátula: Alejandro Maldonado (amaldonadof@gmail.com)
Corrección: Enrique Rey Torres y Alejandro Maldonado
Impresión: Programa Globalización, Cultura y Transformaciones Sociales
Reproducción: Copy Trébol, C.A.

ISBN de la colección: 980-12-1101-6
ISBN de esta monografía: 980-12-2108-9
Hecho el depósito legal: lf25220063003002

Primera edición (Caracas, junio de 2006)
Impreso en Venezuela – Printed in Venezuela

Se autoriza la reproducción total y parcial de esta monografía siempre y cuando se haga con fines no comerciales y se cite la fuente según las convenciones establecidas al respecto, previa notificación a la institución editora. Del mismo modo y en las mismas condiciones se autoriza también la descarga del respectivo archivo en nuestra página en Internet: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm> . Con el propósito de facilitar la cita, en la primera página se han incluido los datos completos de la monografía. En caso de incluirse este texto en libros impresos (se entiende que con fines no comerciales) agradecemos se nos hagan llegar al menos dos (02) ejemplares de la publicación respectiva a: Daniel Mato (coordinador), Apartado Postal 88.551, Caracas – 1080, Venezuela. En caso de incluirse algunos archivos de nuestra página en Internet en otros espacios semejantes, agradecemos se nos informe al respecto a través de nuestra dirección electrónica: globcult@reacciun.ve.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en este trabajo incumbe exclusivamente al autor o autora firmante y su publicación no necesariamente refleja el punto de vista de la institución editora.

Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres com outra voz

Belkis Trench y Rafael Miyashiro

Resumo:

A atual construção da menopausa na nossa cultura se fundamenta nos seguintes movimentos: vincula-se à menopausa, envelhecimento e patologia; a seguir, apontam-se os meios para que tal associação seja desfeita: prevenção-medicalização, hormônios, rejuvenescimento. Para que as mulheres compartilhem da construção deste imaginário, pelo menos dois requisitos se fazem necessários: disponibilidade de recursos financeiros para comprar o medicamento, acesso a acompanhamento médico sistemático e a exames de controles sofisticados. Nesta perspectiva pode-se dizer que, pelo menos no Brasil, a atual construção da menopausa e de sua medicalização, não só exclui grande parte das mulheres que vivenciam o fim da vida reprodutiva, como parte do pressuposto que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam igualmente a todas as mulheres, independentemente de sua inserção social, econômica e cultural. Caberia então perguntar: como vivem ou viveram a menopausa e o envelhecimento as mulheres que não compartilham deste imaginário? Quais sintomas apresentaram ou apresentam? Como tais questões afetaram ou afetam as suas vidas? Como os médicos que atuam nos centros de saúde do Estado intervêm neste ciclo? A partir destas indagações é que realizamos um estudo etnográfico em três comunidades distintas do Estado de São Paulo (Brasil). Para a realização da pesquisa foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados e de registro (câmera digital, fotografia), e entrevistados 24 mulheres, de 42 a 75 anos, e 9 especialistas da área da saúde. O ensaio é resultante das diferentes reflexões suscitadas pelos discursos sobre menopausa e envelhecimento presentes nestes três campos de pesquisa.

Trench, Belkis Vinhas Y Rafael Tadashi Miyashiro (2006) *Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres sem voz*. Colección Monografías, N° 39. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. 46 págs. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>

Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres com outra voz

O Brasil é um país em que as estações se confundem umas com as outras, onde a vegetação inextricável torna-se disforme, onde os sangues misturam-se a tal ponto que a alma perdeu os seus limites.

Albert Camus

Introdução (1)

Na vida das mulheres, diferentemente do que acontece com os homens, existem marcos concretos e objetivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas, tais como a menarca, a ruptura do hímen, a última menstruação. São marcos visíveis no corpo e, obviamente, cada cultura os investe de sua rubrica. Entretanto podemos facilmente identificar um traço que parece comum a diferentes sociedades e épocas históricas: a valorização da mulher na fase reprodutiva e a sua desvalorização na fase não reprodutiva. Heretier (1996) aponta uma exceção, mostrando que na cultura dos Iroqueses, de tradição matrilinear, as mulheres maduras e menopausadas dispunham de certos poderes consideráveis, em especial sobre as mulheres mais jovens; e ressalta, porém, o fato de tal poder não prevalecer em relação aos homens, não sendo sequer igualitário.

Algumas destas referências que constituem o repertório simbólico associado à mulher climatérica ou menopáusicas, de tão esmaecidas, poderiam hoje ser alçadas à condição de mito, tais como a definição que se encontra em um tratado médico do século XVIII: “O climatério é um ano considerado supersticiosamente como azarado. Tempo enfermo para o temperamento e perigoso por suas circunstâncias. Se está climatérica quando se está de mau humor” (Palácios, 1996).

A palavra climatério – do grego Klimacter – significa período crítico. Já o conceito de menopausa surge a partir de um artigo de Gardanne, publicado em 1816, denominado “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”, em que o autor descreve a

síndrome denominada “la menopausie”. Menopausa é a justaposição de duas palavras gregas e que significam basicamente “mês” e “fim”. Até a década de 1980 utilizava-se o termo climatério para designar o período que antecedia o fim da vida reprodutiva, e menopausa para nomear o cessar definitivo do mênstruo. Porém em 1980 um grupo científico de investigação da menopausa da OMS propôs uma padronização da terminologia e sugere que o termo climatério seja abandonado e substituído por perimenopausa. Na prática o que vemos é o uso indiscriminado dos dois termos, tanto antes quanto depois da proposta de padronização da OMS.

As questões relacionadas ao uso indiscriminado da terminologia são apenas acessórias, ou mesmo mero reflexo da fragmentação e da imprecisão do conhecimento que até hoje é agregado ao tema. Fato este que necessariamente obriga o pesquisador a se movimentar em um terreno multidisciplinar, movediço, ou como querem alguns autores, como Greer (1994), ainda muito desconhecido. As tentativas de definir a menopausa são as mais diversas; existem aquelas que tendem a tratar o evento unicamente como um acontecimento fisiológico, tal como faz OMS:

A menopausa é a fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteróides e peptídeo hormonal diminui e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas, algumas resultantes da cessão da função ovariana e de fenômenos menopáusicos a ela relacionados e outros devidos ao processo de envelhecimento. Quando se aproximam da menopausa, muitas mulheres experimentam certos sintomas, em geral passageiros e inócuos, porém não menos desagradáveis e às vezes incapacitantes. (OMS, 1996:1).

Como as que tendem a tratar este evento de uma forma mais ampla e inserindo-o no ciclo de vida, como Ramos (1998:25): “A menopausa é uma fase natural da vida que passaremos todas, exceto às que morrerem antes”.

A sintomatologia associada à menopausa também pode ser relativizada, pois se desenvolve dentro de parâmetros sociais, econômicos, culturais e étnicos muito

distintos; e até mesmo as famosas ondas de calor, um dos sintomas mais característicos da menopausa, variam de uma cultura para outra: 85% das mulheres europeias e norte-americanas experimentam ondas de calor; o mesmo só acontece com 17% das japonesas, e em cerca de 5% das maias da América Central (OUTLOOK, 1994). Os sintomas também estão intimamente relacionados à maneira como as diferentes culturas encaram o processo de envelhecimento: na sociedade americana, por exemplo, há uma tendência a focalizar os aspectos negativos do processo: doença, perda do status social, etc. Já em alguns países em desenvolvimento, enfatizam-se os aspectos positivos da mulher nesta fase: libertação da responsabilidade de ter filhos e das restrições sociais culturais que às vezes são impostas sobre as mais jovens que ainda menstruam (OMS, 1996). Outros estudos que investigam a menopausa e envelhecimento em outras culturas (Loock, 1993; Du Toit, 1990) também contribuem para que a associação menopausa –sintomalogia seja redimensionada.

Da socialização à medicalização da menopausa

A menopausa, enquanto fenômeno socializado e como tal compartilhado, é um acontecimento que passa a ter visibilidade somente a partir do século XX. Mankowitz (1987) aponta que historicamente em todas as sociedades a menopausa era considerada um “não evento”, ou seja, é um acontecimento socialmente inexistente, pois em nenhuma cultura ou sociedade existem ritos de passagens para esta fase, tais como existem para a menarca e o rompimento do hímen. A partir da metade do século, não só a menopausa passa a ter visibilidade como ganha um poderoso aliado à terapia de reposição hormonal (TRH). O término da ovulação passa a ser considerado uma morte prematura da mulher e uma tragédia do ponto de vista da medicina moderna. Em seu famoso livro “Feminine forever”, Wilson (1996:17) estabelece claramente a relação entre menopausa e doença, quando diz que “o estrógeno representa para a menopausa o mesmo que a insulina para a diabetes”.

A partir década de 1970, os tratamentos à base de esteróides não só se sofisticam como se disseminam, e drogas como o etinil estradiol são apresentadas na forma de comprimidos, adesivos e pomadas vaginais sob diferentes nomes fantasia. O movimento feminista, que desde o seu início nutre profundas suspeitas em relação aos esteróides,

também se organiza, lançando manifestos, entre eles o de Barbara Seaman (*Woman and crises in sex hormones*), e a rede feminista (*National Women's Health Network*) consegue obrigar as indústrias farmacêuticas a incluir uma relação de todos os efeitos colaterais e contra-indicações em todas as embalagens de hormônios de reposição colocados à venda. Outras publicações de cunho feminista buscam valorizar este período e evidenciam o quanto esta fase pode ser rica e produtiva.

Tomar ou não hormônios é uma das questões fundamentais colocadas às mulheres que hoje se aproximam da menopausa. A polêmica também se estende ao meio médico: há profissionais francamente favoráveis à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e outros radicalmente contra ela; se fizermos uma revisão bibliográfica sobre o tema, veremos tanto pesquisas que associam ao uso da TRH inúmeros benefícios, principalmente para prevenção de distúrbios vasculares (Psaty et al, 1993), como as que negam tal relação (Hemminky et al, 1997). A Organização Mundial de Saúde assim se manifesta a respeito:

Tanto os médicos como as potenciais usuárias dos hormônios deveriam compreender claramente a distinção entre fins terapêuticos em curto prazo e fins preventivos em longo prazo, e que os riscos e benefícios destes tipos de tratamento são muito distintos. Em alguns tratamentos preventivos de longa duração podem estar associados os aumentos de risco do câncer de endométrio e possivelmente câncer de mama. (OMS, 1996: 91).

Na realidade, o que parece estar em pauta na atual construção de significados da menopausa não é mais a relação menopausa-patologia, e sim o estabelecimento de um novo vínculo associativo: menopausa, hormônios, prevenção. Desta forma, a prescrição de hormônios extrapolaria o tratamento exclusivo da sintomatologia e teria o poder de (ou deveria ser prescrito para) prevenir as possíveis patologias associadas à menopausa, tais como: osteoporose, distúrbios cardíacos, mal de Alzheimer. Ou seja, os hormônios passariam a ser indicados com objetivos profiláticos e como uma espécie de antídoto contra o envelhecimento. Neste caso nota-se que a atual construção da menopausa pressupõe dois movimentos: associa-se menopausa a envelhecimento e,

simultaneamente, possibilita-se que tal associação seja desfeita, através da intervenção hormonal.

Não podemos desconsiderar o fato de que a construção da menopausa e de sua medicalização, tal como hoje é disseminada pelo discurso médico, pelos laboratórios farmacêuticos, pela mídia segmentada, e até mesmo por alguns segmentos do discurso feminista, tem como público-alvo uma mulher sócio-economicamente diferenciada, intelectualmente refinada e com tempo e dinheiro disponível para cumprir os demais rituais de saúde que a elas são atribuídos como medidas complementares: longas caminhadas, exercícios físicos, cremes e vitaminas, alimentação balanceada, etc. Nessa perspectiva a construção da menopausa e de sua medicalização exclui grande parte das mulheres que hoje vivenciam o fim de sua vida reprodutiva, assim como parte de um pressuposto de que as questões relacionadas à menopausa e envelhecimento se apresentam igualmente a todas as mulheres, independentemente de sua inserção em dado segmento social. Caberia, neste caso, perguntar: como será que vivem ou viveram a menopausa e o envelhecimento as mulheres excluídas deste imaginário? Quais sintomas apresentaram ou apresentam? Em que medida tais questões afetaram ou afetam a qualidade de suas vidas? Como os médicos que atendem estas mulheres intervêm neste ciclo? Quais os recursos disponíveis? Que discurso sobre a menopausa e de medicalização os norteiam?.

Procurando responder estas perguntas e ampliar as reflexões sobre o tema, realizamos um estudo etnográfico em três campos distintos de pesquisa: Barra do Una, bairro de São Sebastião, e Aldeia Indígena do Rio Silveira - ambas no litoral do Estado de São Paulo; e Capela do Socorro, bairro na periferia da cidade de São Paulo. A pesquisa, de caráter estritamente qualitativo, se utilizou de diferentes técnicas de pesquisa e de coletas de dados, tais como observação participante, história de vida, entrevistas, bem como de registro: diário de campo, filmagem em câmera digital, fotografias. Priorizamos acessar em cada campo de pesquisa tanto o que poderia ser considerado como particular, singular e específico deles, quanto buscamos encontrar os elos que haviam em comum entre os três. O mesmo podemos dizer em relação aos procedimentos. Em cada campo estabelecemos uma rede de relações com informantes e, como pretendíamos extrapolar este conhecimento para além dos limites das UBSs

(Unidades Básicas de Saúde), mantivemos contato com diferentes pessoas de cada localidade como comerciantes e feirantes, e seus depoimentos, ainda que colhidos informalmente, permitiram ampliar a compreensão do contexto de cada um destes campos. Formalmente foram entrevistadas 24 mulheres, na faixa etária de 42 a 75 anos e participaram como coadjuvantes dois homens e quatro mulheres mais jovens. Da área da Saúde foram entrevistados nove profissionais.

O campo de Barra do Una

Em Barra do Una, bairro da cidade de São Sebastião, no litoral de São Paulo, vivem 2074 habitantes que constituem 598 famílias. Parte desta população vive no centro do bairro; outra, no chamado Sertão do Una (2); e uma pequena minoria, em uma ilha próxima à costa (3). O centro do Una é a referência para quem mora tanto no sertão, quanto na ilha. Lá se encontra a igreja, dois supermercados, uma farmácia, o posto de saúde, o campo de futebol, a escola, o cemitério, duas lojas de roupas e uma feira que se instala lá todas as quartas-feiras.

Barra do Una possui espaços sociais bem definidos quanto à presença de turistas ou caiçaras. Raramente um caiçara frequenta um local mais direcionado ao turista; a recíproca parece verdadeira. A pensão da D. Maria, o Restaurante da Olga e da Sueli (as três nativas) parecem ser os únicos espaços mais compartilhados, pelo menos no período que antecede a temporada. Nós frequentávamos indiferenciadamente todos os espaços da localidade, tais como bares, supermercados, igreja, praia e, sempre que possível, introduzíamos a questão do envelhecimento e menopausa. Tínhamos como objetivo compreender o contexto de vida da localidade e, simultaneamente, buscar através destes informantes pistas que permitissem identificar onde e como viviam as pessoas mais velhas da cidade. A palavra “entocada” surgiu algumas vezes nestas conversas associada aos velhos da localidade. Entocada, segundo o dicionário Aurélio, é “aquele que é metido em toca, ou esconde-se num buraco ou cova”. Para eles significa, sobretudo, pessoas de idade que ficam recolhidas e não saem de suas casas.

O serviço de saúde de Barra do Una está localizado no centro do bairro. É bem cuidado, foi recentemente reformado, mas parece não ser uma boa referência de qualidade de

serviço para a comunidade. São muitos os motivos apontados pelas pessoas para utilizarem outros serviços da região. Em primeiro lugar, o descrédito generalizado da população em relação ao atendimento público de saúde. Quando surge um problema mais complicado, a referência que eles têm de um “bom serviço” é o atendimento médico particular em hospitais ou consultórios de Santos ou Bertioga, cidades relativamente próximas. Mesmo sendo pessoas de baixa-renda, fazem toda espécie de sacrifícios para pagar consulta particular quando percebem que o problema de saúde é grave.

A associação *atendimento médico particular-qualidade/serviço público-ineficiência* aparece, quer direta ou indiretamente, em quase todos os depoimentos. Sueli, por exemplo, é explícita a este respeito: “O tratamento de lá é melhor, né? Acho que o médico puxa mais o tratamento.[...] É meio puxado daqui-lá porque... além de pagar médico, tem ônibus e tudo... Mas é bem melhor do que aqui”.

A unidade de saúde de Barra do Una atende as seguintes especialidades: neurologia, clínica-geral, odontologia, psicologia, fonoaudiologia. A ausência de um ginecologista na unidade é outro fator determinante para que as mulheres busquem atendimento em outras localidades. O coordenador da unidade, não acha tão grave a falta de ginecologista, pois o pré-natal, o parto e o exame de papa-nicolau podem ser realizados em Barra do Una. Caso haja necessidade, continua ele, o paciente é encaminhado para Boissucanga. Na prática, as mulheres não se sentem à vontade para fazer o exame de papa-nicolau com um homem, especialmente por se tratar de enfermeiro, e não um médico. Das entrevistadas da pesquisa, apenas duas utilizam regularmente os serviços médicos da localidade, sobretudo porque recebem em suas casas regularmente os visitantes do PSF (4). As demais freqüentam a unidade de saúde para problemas de rotina: medir pressão, obter medicamento, leite em pó ou receita. O que é evidente, como já foi apontado acima, é o descrédito da população em relação ao atendimento público, as queixas em relação à demora de exames, e a necessidade de grandes deslocamentos pela região quando se faz necessária uma consulta com especialista.

O ginecologista mais próximo, por exemplo, está em Boissucanga. Ultra-sonografia e mamografia, só em São Sebastião. Da parte dos profissionais, existe também uma alta

rotatividade - mudam de local e de serviço, possuem dois ou três vínculos empregatícios, o que dificulta o estabelecimento de um vínculo mais estreito paciente-médico.

Nas unidades de saúde e no PSF do município, os cuidados em relação ao envelhecimento se restringem, unicamente, ao controle da hipertensão arterial e diabetes.

Ressignificações

Conhecíamos o litoral norte de São Paulo apenas como turistas e/ou veranistas em férias. Percorrê-lo na condição de pesquisadores participantes nos fez rever o nosso imaginário e as fantasias que tínhamos a respeito da população que vive nas praias paradisíacas do litoral norte de São Paulo. A idéia de que a vida dos caiçaras é sossegada, tranqüila, livre da maioria dos percalços que povoam os moradores das grandes cidades, foi sendo passo a passo desconstruída à medida que as entrevistas se sucediam. Não podemos deixar de evidenciar o fato de que a história de vida das entrevistadas é permeada de sofrimento e de dores psíquicas, seja pela vivência de grandes perdas, tais como morte de filho jovem, abandono do marido, como pela presença de dores crônicas e doenças, problemas com patrões no trabalho, falta de recursos financeiros. Independentemente da idade, o que mais elas demonstram é um certo desamparo, um não ter com quem compartilhar, ou socializar, o que vivem e sentem. A desesperança, ou a falta de perspectivas de mudanças em suas condições de vida, talvez seja a grande responsável pelas dores que se cronificam em suas vidas. Isaltina, 70 anos, chora até hoje a morte de seu filho. Sueli, 46 anos, sofre a traição e o abandono do marido; Lourdes, 45 anos, ressentida dos patrões e dificuldades no emprego; Paca, diarista, 51 anos, sobrecarrega-se de trabalho e de cuidados com a família; Conceição, 65 anos, maldiz a vida e a ilha; e Lindaura (idade “entre 50 e 60”) culpabiliza-se pelo males de sua cabeça.

O tempo, nesta perspectiva, adquire para estas mulheres diferentes sentidos. Para as mais velhas, falar sobre o tempo é falar de um tempo que já passou e não existe mais. É lembrar os fatos e revivê-los no presente, tal como Dona Maria, 71 anos, que fala da

infância e adolescência, segundo ela a fase mais difícil de sua vida. Falar de si é falar da história de Una. Para Conceição, o tempo é tanto o fim de tudo, velhice e morte, como também é algo da ordem do indeterminado.

A relação entre tempo e idade para algumas destas mulheres parece ser regida por uma ordem que vai além da cronologia. Para Isaltina, por exemplo, ter 70 anos não significa necessariamente se sentir com tal idade: “Eu me sinto uma mulher idosa, eu sou bem de idade, eu já tenho um bisneto. Por dentro, não [...] Eu me sinto uma menina que nasceu ontem [risos].”

Os velhos que vivem nesta comunidade, em sua maioria, vivem assistidos pela família. Não existe nas redondezas nenhum asilo. Dificilmente um velho é abandonado ou excluído, tal como acontece em cidades grandes e urbanas.

Em nenhum depoimento associa-se velhice à sabedoria ou acúmulo de experiência; também não é apontado em nenhum momento qualquer questão mais específica em relação a gênero e envelhecimento. A menopausa, por exemplo, não aparece em nenhum depoimento associada diretamente a envelhecimento. Quando você acha que começa o envelhecimento das mulheres, perguntamos a Sueli, uma das mais novas das entrevistadas. Assim ela se manifesta à respeito: “Eu não tenho idéia [...] às vezes vejo mulher com 50 anos ou mais que estão novas, que nem parece que estão envelhecendo ainda”.

A menopausa não trouxe nenhuma mudança significativa na vida de D. Maria ou de Isaltina; já para Conceição, a entrada na menopausa significou o término de sua vida sexual. A associação sexualidade-obrigação-reprodução aparece claramente em seu depoimento.

Era [casada quando entrei na menopausa]... [...] [Na parte sexual] mudou, mudou tudo, já... acabou tudo [risos]. [...] nesta idade a gente quer um descanso, não é verdade? ... 9 filhos, não é brincadeira, não é? [...] Ah, de primeiro [eu tinha vontade]... mas agora a gente tem que ter descanso, não?.

Já Paca, casada com um homem 15 anos mais jovem, não sabe se atribui à menopausa, aos anos de casamento ou ao excesso de trabalho e problemas, a queda em sua libido e outras coisas ruins que sente:

Agora eu não sei, viu... [...] na [vida] sexual, às vezes, a gente sente um pouquinho, não é? [...] Que mexe um pouquinho com a gente, mexe [...] Eu tava muito nervosa, sabe... [...] Muito! O nervo que me ataca, assim, sair cedo, muito serviço, muita coisa. Não, eu acho... que é da menopausa mesmo. O pessoal fala que é assim mesmo.

A relação menopausa-patologia aparece nos discursos das entrevistadas das mais diferentes formas. Para as mulheres mais jovens, a imagem negativa da menopausa é transmitida, sobretudo, através de conhecidas. “Eu entendo muito pouco de menopausa”, diz Sueli, “Ai... pior é que eu converso com as mulheres que estão fazendo menopausa... é triste, né? [...]. A gente sente muita coisa, muito calor, nervoso, mal-estar... e acontece muita coisa ruim”.

As mulheres mais velhas, ainda que façam a associação entre menopausa e alguns de seus problemas de saúde, também mostram que tais problemas em nada se assemelham à sintomatologia clássica associada à menopausa, largamente disseminados nos tratados médicos, livros de auto-ajuda ou mesmo pela mídia. Conceição, por exemplo, não só teve uma menopausa precoce como parece associá-la às diferentes enfermidades de seu corpo: “Eu tenho tirado exame de fezes, urina, sangue... chapa da cabeça. A minha cabeça deu problema, no meu rim deu pedra no rim, no sangue me deu uma anemia... tudo isso. [...] Podia ser por causa disso também, tocado nisso aí. [...] Na menopausa, não é?”.

Maria, diferentemente de Conceição, direciona os sintomas da menopausa e os localiza em uma parte muito específica de seu corpo: “[...] No meu caso eu sinto muito - agora até que parou - mas eu sinto muito os pés muito quente. Então eu punha meus pés para fora da cama à noite, sabe? [...] Acho que deve ser da menopausa”.

Em Barra do Una vivem 190 mulheres que se situam na faixa acima dos 40 anos de idade. Na única farmácia da localidade são vendidos setes caixas de estrogênios por mês, segundo o balconista. Apenas 3 mulheres da localidade são compradoras, as demais moram em outro bairro do município de São Sebastião. A palavra “hormônio” foi citada apenas por duas entrevistadas, e apenas uma das mulheres da pesquisa, Paca, faz a terapia de reposição hormonal, há aproximadamente 4 anos. Não só desconhece o medicamento que toma, como relata que recentemente descobriu que o ingeria erroneamente. Paca foi obrigada a procurar outro médico após o “sumiço” de seu antigo ginecologista. O novo lhe passou um novo hormônio, e, por desconhecimento, a entrevistada tomava simultaneamente o hormônio receitado pelo antigo ginecologista, e o outro, receitado pelo novo especialista. Só percebeu que algo estava errado quando os seus seios começaram a ficar inchados.

Os especialistas entrevistados na pesquisa se mostram reticentes quanto à utilização da Terapia de Reposição Hormonal na rede pública de saúde, pelos seguintes motivos: baixa adesão das mulheres para a realização de exames preventivos, dificuldades do serviço para encaminhar e realizar os exames de acompanhamento, baixo poder aquisitivo da população, o que a impede de comprar medicamentos.

Identifica-se um grande descompasso entre o que as mulheres entrevistadas sentem e percebem sobre o fim da vida reprodutiva e o que diz um dos médicos entrevistados. Da parte das mulheres, ainda que a menopausa seja associada à prevenção e à patologia, suas queixas e sintomas emocionais são associados claramente a outras vivências, tais como separação, problemas no emprego, mortes próximas. Quanto aos sintomas físicos, com exceção das ondas de calor, nenhum dos problemas citados parece estar relacionado à sintomatologia clássica associada à menopausa. Da parte do médico, acontece justamente o inverso, pois tende a atribuir qualquer problema vivido pelas mulheres nesta faixa etária, tal como nervosismo, irritação, diminuição de libido, como unicamente associados à baixa hormonal. Considera a menopausa uma patologia que deve ser medicada, porque "o climatério é acompanhado de uma série de fatores que tornam patológico o dia a dia da mulher":

Se a mulher não consegue dormir, tem ondas de calor, se sente nervosa, irritada e quer brigar com a família, inteira, é patológico. Sou a favor de se medicar no climatério... porque eu tenho visto aí que tem mulheres que sofrem bastante e acabam prejudicando o relacionamento conjugal, existe uma diminuição de libido. Existe um aumento de sintomas assim emocionais: é a mulher que fica angustiada com crise de choros. O convívio familiar fica realmente afetado.

Chama atenção o fato que em nenhum momento ele associe a estes sintomas, outros que poderiam contribuir ou até mesmo justificar o nervosismo, a irritação ou mesmo a diminuição de libido destas mulheres.

Já o outro especialista entrevistado, talvez pelo fato de estar ligado ao Programa de Saúde da Família, ter formação em Saúde Pública e também ser mulher, fala sobre a menopausa de uma forma totalmente diversa, tanto no que diz respeito às queixas, quanto às formas de intervenção:

Climatério e a menopausa... é uma coisa assim... é muito distante, longe delas [...] O que eu acho que deveria ser feito, não é dizer para as pacientes que elas tem que tomar hormônio. Não, não. É que elas tem que fazer preventivo todo o ano... que elas tem que fazer mamografia a cada um ano... Elas tem que caminhar, mudar a alimentação delas. Então, da mesma maneira não se toca no assunto, não se faz um alarde. Mas você também não faz prevenção. Então é uma faca de dois gumes[...].

O campo da Capela do Socorro

A região que conhecemos hoje como Capela do Socorro era conhecida, até 1938, apenas como Socorro. A mudança de nome justifica-se pelo fato de haver uma capela na localidade e também para evitar que o bairro fosse confundido com uma cidade também chamada Socorro. A área foi desmembrada por ato do governador do estado, e novo nome foi adotado. A região era uma grande várzea, constantemente inundada e, até o começo do século XX, o bairro era constituído de serralherias e olarias.

Obviamente a história da Capela do Socorro se entrecruza com a trajetória da expansão da cidade e é impossível retomá-la se não considerarmos seus diferentes determinantes, mas aprofundar tais questões extrapola os objetivos desta pesquisa.

Hoje, pela extensão de sua área e de sua população, poderia ser considerada uma cidade, tal como qualquer outra pertencente ao Estado de São Paulo. É constituída de vários subdistritos (5), cada um apresentando uma dinâmica específica, bem como diferenças significativas no perfil socioeconômico. O mesmo acontece em relação aos serviços de saúde da localidade. Em algumas unidades de saúde são atendidas pessoas de classe média e até mesmo média alta, enquanto em outras, a frequência é heterogênea ou predominam os usuários de baixa renda. A Unidade de Saúde Chadad, localizada no bairro de São José, Cidade Dutra, foi escolhida por ser um dos locais apontados como de público homogêneo (concentra unicamente a população denominada de baixa renda), e pareceu melhor contemplar os interesses dessa pesquisa.

No que diz respeito especificamente ao bairro de São José em muitos aspectos ele nos faz imaginar que não estamos em São Paulo e sim em uma pequena cidade nordestina, o som que ouvíamos saindo das lojas, seja das falas ou das músicas, é típico daquela região, são vários os estabelecimentos especializados em comidas e produtos nordestinos, como carne de sol, manteiga de garrafa, buchada e sarapatel. Das entrevistadas neste campo de pesquisa, apenas uma, Tereza, não nasceu em alguma cidade do Nordeste. Porém, se explorarmos melhor o bairro, descobriremos que a predominância de moradores originários do Nordeste é efetiva apenas em determinadas áreas. Em outras, mais nobres e valorizadas, percebemos que eles estão ausentes. O local de moradia de nossas entrevistadas se caracteriza por moradias aglomeradas, ou favelas, e, portanto, pelo convívio de diferentes famílias. Outro aspecto que chama a atenção é a dupla função desempenhada por algumas habitações da localidade. Uma casa pode ser um lar, mas seu terraço ou garagem da noite para o dia pode se transformar em bar ou mercearia. Uma parede dá sustento a uma edificação e é também um outdoor que divulga o serviço que seu morador oferece à comunidade por exemplo, fazer bolos de festa. Uma camionete Brasília transporta a família, e divulga o ofício de serralheiro. O que talvez defina os bens deste bairro é que parecem quase sempre desempenhar mais de uma função utilitária.

Parece que nada neste bairro é estático, sejam edificações ou pessoas. Vejamos por exemplo o movimento de nossas entrevistadas. Janete mora com a filha, mas janta e passa boa parte do dia na casa da mãe. Tereza está sempre na casa de sua amiga Josefa e de sua cunhada Neusa. Noêmia transita entre sua casa, o bar e a casa da filha. Todos parecem saber muito da vida de todos e participar ativamente dos acontecimentos importantes de cada uma destas vidas, tais como morte, casamento, nascimento, e comemorar juntos as datas significativas. Aliás, o que mais chama atenção nestas mulheres é a capacidade de elaboração e superação de perdas, seja de companheiros, filhos e materiais. Neste aspecto, elas são muito diferentes das mulheres caiçaras, pois mesmo vivenciando tantas dificuldades (6) e sofrimentos, conseguem colocar-se como agentes de suas vidas e não no lugar de vítimas.

O fato de muitos emigrantes viverem nesta localidade talvez favoreça o desenvolvimento de laços de solidariedade e a criação espontânea de redes de apoio. A questão da violência deve ser considerada e, neste caso, o estreitamento da relação entre vizinhos possibilita sentimentos de maior proteção e segurança. Diferentemente do que acontece com as mulheres de Barra do Una, aqui, as mulheres parecem ter aprendido desde muito cedo alguns comportamentos que favorecem sua autonomia, seja porque abandonaram ou perderam suas famílias ainda muito jovens, seja porque, em função do trabalho, conviveram com uma maior diversidade de pessoas e espaços.

A relação que as mulheres estabelecem com os serviços de saúde da localidade caracterizam-se pelo conhecimento que elas detêm sobre como superar as deficiências do atendimento médico que lhes é oferecido. Em casos de emergência, buscam o atendimento fora da localidade; para algumas especialidades, vão nesta ou naquela unidade básica de saúde; para realização de exames, procuram o local com menor tempo de espera. Quando percebem que o caso é grave e sabem que a espera pode comprometer a saúde, pagam uma consulta na clínica particular Cemed, que fica na mesma rua da UBS e oferece consultas e exames a baixo custo.

A principal queixa que fazem como usuárias do serviço público é o constante rodízio dos profissionais de saúde desfavorecendo a criação de vínculo entre pacientes e médicos, provocando a descontinuidade do tratamento prescrito: “A gente começa a fazer um tratamento, os médicos saem daí e a gente nunca termina” (Noêmia). Outra queixa freqüente é o preço dos medicamentos. A maioria das mulheres não desconhecem as medidas preventivas preconizadas pelos serviços de saúde em relação à saúde da mulher, mas percebem que sua adoção muitas vezes as obriga a peregrinar por diferentes serviços para tentar driblar a espera, muitas vezes de mais de três meses, para realizar uma simples mamografia. Ainda que exista um conselho de saúde em funcionamento na unidade, nenhuma delas parece ter conhecimento de que poderiam direcionar a este órgão suas reivindicações.

Em relação à menopausa, não existe nas Unidades de Saúde um programa de saúde específico destinado a mulheres nesta faixa etária; o foco da atenção é a saúde reprodutiva e a prevenção de doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial. O único ginecologista que conseguimos entrevistar foi muito reticente a esse respeito. Disse que as queixas mais freqüentes estão relacionadas a nervosismo e ondas de calor. Raramente indica a TRH, pelos seguintes motivos: a dificuldade de acompanhar sistematicamente as pacientes, a dificuldade de realização de exames complementares e o custo dos medicamentos.

O inominável

Quando perguntamos sobre menopausa para as entrevistadas, chama a atenção o quanto esta palavra se situa na fronteira do não dito ou do inominável, ou seja, mesmo sendo conhecida por todas, poucas vezes a palavra aparece em seus depoimentos. A palavra é freqüentemente substituída por expressões como: “esse negócio”, “ela” ou “isso”. Da mesma forma, tem-se a impressão de que a menopausa é um acontecimento inesperado e, tal como um inimigo ou bandido, ataca-as, pega-as desprevenidas: “A menopausa me pegou, e eu quase ignorante no assunto” (Natalícia), ou: “esse negócio de menopausa me atacou muito” (Noêmia).

A menopausa adquire este sentido especialmente para as mulheres mais velhas, que alegam pouca experiência, ignorância e falta de divulgação de informações, inclusive por parte dos médicos. Quem melhor sintetiza este sentimento é Josefa (71 anos): “eu tava inocente, era inocente”. As mulheres mais jovens, mesmo sem ter vivido esta experiência, mas por ouvirem relatos de mães, irmãs ou amigas, associam a menopausa a coisas ruins, sofrimento e principalmente à difícil experiência da oscilação brusca da temperatura corporal: “Minha irmã sofre com isso, viu...[...] De repente começa a pingar, pode estar o frio que estiver, depois começa o frio...dá um calorzão, depois dá um frio...deve ser uma coisa ruim, também isso, não é? [Janete]”.

Noêmia, com 44 anos, no momento não se preocupa com a menopausa ou em fazer qualquer tipo de prevenção, já que seu maior problema não é a falta e sim o excesso de menstruação, causado, segundo explica, porque está com os nervos abalados, fracos:

Ela não tem mais regulagem, não posso nem usar absorvente, porque desce demais pra mim. Eu usava modess, e pronto, ficava por isso. Agora estou usando é fralda.[...] Porque quando está para descer pra mim, os peitos doem muito, e passo de uma semana a duas sentindo cólica. Aí tenho que tomar remédio, só que o Dr. Danilo disse que não é pra eu estar fazendo isso agora, por causa do problema da pressão, dos nervos, que eu estou com os nervos abalados, meus nervos começaram a ficar fracos.

O nominável

O calor, o calorzão, a caloria, a cabeça pegando fogo, o suor pingando, ficar vermelha como um camarão, sufoco, suadeira, o corpo cheio de formiga são algumas das palavras que elas usam para nomear os temidos fogachos, ou ondas de calor. Até mesmo Maria, que tem 75 anos, ainda reclama do incômodo causado pelo calor. Ela tenta nos explicar o inominável, atribuindo a persistência dos sintomas ao fato de ter menstruado com 15 anos e sua menopausa ter ocorrido aos 56.

Neusa, de 52 anos, filha de Maria, também fala do desconforto que sente: “É muito calor que eu sinto, muita suadeira. Eu trabalho porque preciso. Tem horas que me dá

aquela suadeira, aquele desespero. Me dá aquela caloria. De noite estou dormindo assim, eu tenho que tirar a roupa. [...] Aí, daqui a pouco passa aquele calor...aí eu fico com frio”.

Seus calores começaram antes mesmo que ela completasse os 50 anos. O calor, além de desconforto, causava-lhe embaraço e vergonha, sobretudo quando estava no ônibus. Com o tempo os sintomas foram se transformando e hoje, talvez porque esteja em casa repousando, o calor também está se aquietando.

Tereza, 58 anos, é outra entrevistada que também se queixa da menopausa. Conta que sentia um calor infernal, tomava banho o dia inteiro e à noite tinha que dormir sem roupa. Da mesma forma que vinha o calor, também vinha um grande frio. Outro sintoma que atribui à menopausa são as dores nas pernas e juntas. E para concluir diz: “a minha foi assim, e acho que a da maioria”.

Já Natalícia, 65 anos, não reclama das ondas de calor, mas associa a menopausa às expressões sufoco, passar mal, sofrimento e hemorragia, e atribui à falta de diálogo com os médicos e aos medicamentos então prescritos o que chama de seqüelas desta época:

Eu passei muito mal por causa da menopausa.(...) Os médicos, também, antigamente, eles não falavam. A gente ia ao médico e eles não mantinham um diálogo com o paciente. Então era, como eu disse, ignorante no assunto, então eu sofri muito, tive muita hemorragia. Então tomei drogas que não devia tomar, sei lá. E eu fiquei com problemas de osso. Mas passou, só que ficaram seqüelas.

Das entrevistadas mais velhas, apenas Josefa e Maria dos Anjos é que não fazem nenhuma queixa em relação à menopausa. Josefa, como já foi dito, porque diz que era inocente, ou seja, nem sabia que a menopausa podia gerar tantas polêmicas, já Maria dos Anjos, 57 anos, não se queixa porque associa menopausa à vida sexual: “Eu nunca tive homem na minha vida e nem quero. E quem reclama disso é quem já teve homem [...] e tem relação [.../ Não sei o que é porque eu nunca senti na minha vida”.

Embora a maioria das entrevistadas dêem à menopausa um sentido negativo, ou até mesmo de uma espécie de doença, com exceção do calor, as demais queixas parecem estar relacionadas a outras questões de saúde, tais como: hipertensão, mioma, problemas de circulação. Sobre a sintomatologia que envolve aspectos emocionais ou mudança de comportamento, as principais questões levantadas dizem respeito à falta de libido e irritação. “A gente fica irritada...tudo para gente tá errado. A gente não tem paciência, de ficar naquele desespero. Tinha dias que as meninas diziam: “Ah, hoje mainha amanheceu”. Eu não tinha paciência também com meu marido... ele foi quem mais sofreu. [...] Tudo que ele fazia não tava bom”. [Natalícia].

Já as outras entrevistadas que são casadas ou que vivem com companheiros há longo tempo, tais como Tereza e Neusa, associam a menopausa a algumas mudanças na vida sexual. Neusa não explica claramente o que sente de diferente em relação à esfera sexual, mas concorda que tanto para ela quanto para seu marido o sexo não é mais uma necessidade tão premente quanto era antigamente: “Ah, eu acho que mudou um pouco...porque eu não sou mais aquela que era, agora se tem, tem; se não tem, não tem. Para mim é a mesma coisa”.

Para Tereza, que nunca gostou de manter relação com o marido, após a menopausa ficou ainda mais difícil, pois parece ter desenvolvido uma verdadeira aversão ao companheiro, e justifica sua falta de desejo pelo alcoolismo do marido e pelas dificuldades em seu relacionamento.

Já Josefa, de 71 anos, a entrevistada mais velha, casada há 20 anos com um homem que hoje tem 54 anos, é a única que não se queixa da menopausa, do marido, da falta de libido. A única coisa que talvez pareça lhe incomodar é a diferença de idade entre eles.

No depoimento de Josefa, chama a atenção o fato de ter tomado medicação, especialmente por ela ser uma das únicas que não se queixa dos sintomas da menopausa: “[A menopausa] foi acabando, depois acabou...aí a minha patroa me dava remédio, eu tomava.[...] Não lembro [o nome], não. [Ela] não era [médica] não, ela dava porque ela tomava também”.

Aliás, a questão de ingestão de medicamentos pelas entrevistadas para minimizar os sintomas da menopausa, mesmo quando indicados por médicos, é preocupante, porque a maioria delas parece desconhecer a necessidade de acompanhamento médico sistemático e principalmente porque tendem a atribuir a menopausa às mais diferentes patologias.

Neusa, por exemplo, diz que tomou uma injeção para melhorar o calor: “Eu tomei uma injeção que o médico do hospital Brigadeiro passou...mas esta injeção só dura no corpo da gente um mês. Depois de um mês começa de novo a caloria.”

Procurou um outro médico da UBS que lhe disse que deveria procurar um ginecologista para “dar remédio de hormônio”:

Aí eu fui lá e falei com o Dr. Najen, aí ele pegou e passou este remédio, aí eu tomei, tomei e não adiantou nada. Aí falei “não vou comprar mais”, porque ele falou: “Você compra uma caixa só, porque tem que tomar pra ver se o organismo aceita, se não aceitar, não está adiantando de nada...se passar a caloria, aí você compra mais quatro caixas”. Daí eu fiquei de marcar consulta para falar isso para ele, e eu não fui mais.

Noêmia é outra entrevistada que relata que fez tratamento para a menopausa. Sua filha, presente na entrevista, lembra que foi ela quem a levou ao médico e conta sobre os sintomas que sua mãe sentia, justificando o tratamento: “Eu via ela chorando com dor nas pernas, dor nos braços, eu era mocinha, eu esquentava água, passava água quente no pé dela...aí que foi que eu levei ela num médico...aí que o médico falou que aquilo que ela sentia era menopausa. Aí foi que ele passou bastante remédio para ela”.

O indeterminado: menopausa e envelhecimento

Quando perguntamos para as entrevistadas com que idade elas acham que as mulheres começam a envelhecer, apenas Tereza é que nomeia a menopausa como marco. De

outras, recebemos as respostas mais diversas. Janete, por exemplo, acha que é a partir dos 30: “Eu não sei, pra mim, passou dos 30 já está bem velho, tanto que até pra pessoa ganhar um filho com 30 anos já é feio. [...] Não é mais aquela coisa. As pessoas não tratam mais a gente mais...como se fosse uma jovem de 15, 20 anos”.

Para Maria dos Anjos o envelhecimento das mulheres parece ser algo muito relativo: “Eu não sei por que tem pessoas com 35 anos, você olha para a cara delas tá parecendo o Drácula, você olha na cara de uma com 60, tá mais nova que a de 35...eu acho que é porque se desleixa...e outra: não é tanto pelo desleixo. Certa hora, é doença, e mau trato”.

Josefa pensa que é aos 60 anos, já Neusa e Maria (mãe e filha), ficam na dúvida, pois muitos dizem que a vida começa aos 40: “Depois dos 40 a pessoa já começa a envelhecer...mas tem muita gente que fala que a vida começa depois dos 40. Então, a gente não sabe”.

Por que as pessoas envelhecem, ou quais as causas do envelhecimento? Para Neusa o principal motivo é a preocupação: “Acho que é muita preocupação...a pessoa fica muito preocupada com as coisas que a velhice vai chegando, assim de repente. Se a pessoa não for preocupada, a velhice não chega na gente muito de repente”.

Quando perguntamos a elas o que pensam de suas idades, todas parecem satisfeitas. Janete se sente privilegiada por ter chegado aos 44, porque muitas pessoas nem chegam lá. Josefa sente que agora não é mais jovem, é idosa, mas se dependesse de sua vontade nunca morreria. Tereza é bastante enfática ao se comparar com a geração jovem atual:

Não me troco pelas minhas filhas, que têm 20. Ah, não, acho eles muito moles. Eles não têm aquele pique da gente não. Imagina, eu saía de casa, voltava às vezes, quando chegava, tinha que fazer comida, fazer tudo, lavar roupa. Mas as meninas chegam do serviço morrendo de canseira. Então, eu não me troco por elas.

Já Natalícia pensa justamente o oposto de Tereza: “Eu me sinto bem, eu me sinto só diferente da juventude. Na juventude, a gente cansa menos...a gente tem mais vigor.”

Maria do Anjos gostaria de ser mais velha, acha que saberia mais coisas sobre a vida. Natalícia concorda que uma das vantagens do envelhecimento é a sabedoria e a experiência: “A idade deixa a gente mais madura, mais ciente das coisas...a gente pode enxergar longe devido à experiência que a gente tem.”

Já Maria diz que quando era jovem pensava que só queria durar 30 anos, não queria ficar velha para ninguém tirar deboche e temia que o pessoal a transformasse em um “trem à toa”. Agora que é velha, não se arrepende de nada do que fez ou viveu, mas se pudesse voltar ao tempo, “Ah! seria uma maravilha”. “Quando passa o passado a gente vê que ele era muito bom”, complementa Neusa, sua filha.

O campo da aldeia indígena do Rio Silveira

A reserva indígena guarani do Rio Silveira está localizada na mata atlântica entre os municípios de Bertiooga e São Sebastião. Chega-se lá entrando pelo bairro de Boracéia e percorrendo toda a extensão da avenida Guarani. Durante o trajeto, já é possível avistar alguns índios. Vemos que alguns se deslocam a pé, outros de bicicletas, há aqueles que andam acompanhados de crianças, outros sozinhos ou apenas carregados de suas compras.

Anda-se menos de um quilômetro em estrada de terra e logo se avista, à esquerda, o posto da Funai (órgão federal responsável pelas questões gerais dos índios) e da Funasa (órgão federal responsável pela saúde indígena); à sua frente, um campo de futebol, logo adiante, identificam-se as primeiras moradias. No posto, nesses dias, há um grande movimento, por conta da construção de novas instalações do posto médico. Em outra parede, vemos vestígios de grafite e um orelhão que toca frequentemente, quem estiver nas proximidades é quem atende.

É possível que o fato dos guaranis da aldeia do Rio Silveira viverem em uma reserva tão próxima de grandes centros (Bertiooga, São Sebastião, Santos, São Paulo), e tão distante

do contato com outras etnias, talvez contribua em grande parte para que sua aculturação seja feita cada vez mais através do rompimento, e não da preservação de suas tradições, como acontece com a população indígena que vive no Xingu. A principal consequência, a princípio, é que os guaranis possam ser duplamente excluídos, pelos brancos e pelos demais índios.

Os guaranis que vivem na aldeia do Silveira dão a impressão de que vivem o seu dia em uma espécie de dupla cidadania: de um lado está a tradição, de outro a aculturação. Entre as manifestações mais visíveis desta duplicidade está a utilização por todos de dois nomes, o de batismo, em guarani, e o de registro, em português (para a carteira de vacinação, por exemplo, é necessário este nome em português). Por exemplo, Doralice (em guarani “Cunhatatá”), e Erika (“Dj’asuka”). A maioria dos índios com que conversamos na aldeia falam, ou pelo menos, compreende relativamente bem o português, mas muitos se mostraram tímidos e inseguros, preferindo a presença de um intérprete. Entre eles, falam apenas em Guarani.

A idéia que nós brancos temos de uma “coletividade”, um bem comum compartilhado entre todos, parece se desfazer, pelo menos em parte, quando vemos por exemplo, as seguintes situações. Há uma sopa feita e distribuída na escola indígena, no fim da tarde, todos os dias, a quem quiser; mas cabe a cada família comprar, com seus próprios meios, qualquer outro tipo de alimento que queira comer, como macarrão, por exemplo; e isto vale para qualquer outro bem material que eles queiram adquirir. Existem três principais vias de sobrevivência na aldeia: através das vendas de pupunha, de plantas (extraídas dos viveiros de alguns núcleos da comunidade) e do artesanato que produzem.

Alguns hábitos higiênicos da nossa cultura são incorporados e se tornam indispensáveis, outros são ignorados, pois mesmo alertados pelos agentes de saúde do risco apresentado pelo convívio com animais domésticos em suas casas, eles os mantêm dentro de suas moradias. Aliás a relação que eles parecem manter com o posto de atendimento da Funasa é no mínimo indefinida. Para alguns problemas de saúde buscam atendimento e tomam medicamento, para outros recorrem ao pajé ou eles mesmos se diagnosticam e se auto medicam com ervas, sobretudo os mais velhos. A maior frequência de atendimento

no posto sem dúvida é o de crianças, seja para tomar vacina ou passar pelo médico ou dentista.

O posto é uma espécie de ambulatório para o atendimento dos problemas corriqueiros, os casos mais graves são encaminhados para Bertioga, São Sebastião e até mesmo São Paulo. A Funasa dispõe de uma camionete e um motorista para o atendimento dos doentes dentro da aldeia e para o transporte do doente a outra localidade. O único médico do posto é clínico geral, mas também desempenha a função de pediatra. Relata que o maior problema de saúde são os problemas respiratórios, causados pela constante umidade da região e por alguns de seus hábitos, como dormir no chão frio e andar de pés descalços. Quando qualquer problema de saúde se agrava, encaminha o paciente para um hospital ou clínica conveniada. O mesmo acontece quando percebe que é necessária a consulta com um especialista, por exemplo, um ginecologista. O médico e o dentista ficam no posto apenas parte do dia, no restante do tempo quem faz o atendimento e prescreve medicamento é o chefe do posto, que é enfermeiro, ou a Nadir, auxiliar de enfermagem. Nos fins de semana, quem se responsabiliza pelo atendimento de saúde da população é o Ageu, um índio Guarani que vive e trabalha na aldeia como agente sanitário.

Em relação à menopausa, nem o médico, nem os enfermeiros, ou o superintendente da Funai, nunca ouviram das mulheres índias qualquer queixa ou até mesmo outro tipo de referência sobre o tema. Tivemos oportunidade de pesquisar alguns prontuários e grande parte de suas queixas referiam-se a tosse ou dor de cabeça. O fim da vida reprodutiva não é objeto de nenhuma preocupação na aldeia, já o mesmo não acontece em relação ao parto e a contracepção, pois visivelmente este período é constantemente alvo de mudanças e intervenções (7).

Descansos

Na cultura guarani, o fim da vida reprodutiva, a princípio, poderia ser compreendido como um acontecimento invisível. Não existem ritos que demarquem essa passagem, não se identifica a presença de uma palavra em tupi-guarani que a nomeie e, principalmente, nenhuma das mulheres a associa a qualquer tipo de sintoma ou

patologia. “Não senti nada, não aconteceu nada” foram as palavras repetidamente ouvidas. Caso insistíssemos, o máximo que ouvíamos era um pouco de dor de cabeça, que aparecia muito mais associada a outro evento, como, “peguei chuva e tive dor de cabeça”, do que relacionada à menopausa.

Quando pesquisávamos sobre um dos sintomas mais descritos como característico dessa fase da vida, a depressão, Doralice nos deu uma resposta surpreendente: ”Tá louco? [risos]. Eu, não. Chorar à toa, por quê?”.

Da mesma forma, ela se surpreende quando perguntamos sobre os cuidados específicos sobre esta fase da vida: “A gente tem mais que tomar mais cuidado quando a gente tem nenê pequeno aí tem que se cuidar, mas quando não tem nada, vai se cuidar pra quê? ”.

Já sobre o uso de ervas, algumas entrevistadas falam do uso de Carovinha, mas a sua utilização necessitaria maior aprofundamento, pois fica difícil compreender se é utilizada para provocar ou para suspender a menstruação, visto que, como dizem, a erva serve para tudo. Da mesma forma, surge margem para dúvidas quando pergunto sobre o uso de remédio.

Como então nomear e identificar o invisível, o inexistente? Como compreender o que não é dito e lhe dar visibilidade e correspondência em nossa língua a algo que não parece ter sido ainda construído nesta cultura? Perguntamos à Doralice se havia alguma palavra que designasse “quando termina o sangue” para a mulher. Ela respondeu que não havia, e que, pra ela, já havia parado: “[...] aí pensei que ia ter um... pensado ... aí... no começo me admirei. Por que será que parou? Vai ter ou não?... depois foi... foi indo, em dois, três meses aí fiquei sabendo que não tenho nada e parou. E foi até agora”.

O fim do sangue para Doralice, ainda que não verbalizado, parece de início ter sido confundido com os sinais de gestação e lhe gerou tanto dúvidas quanto admiração. O tempo, no seu caso, parece ter sido o seu melhor conselheiro e aliado, pois foi ele que lhe possibilitou compreender que ela não tinha nada, era só uma parada, ainda que definitiva. Doralice talvez não saiba explicar o porque do sangue parar ou terminar, mas

não desconhece que, quando chega o tempo de parar, algumas coisas inevitavelmente mudaram em sua vida:

Aí, já... quando a gente tá... pára de ter filhos... aí... tudo aí, a gente... [...] [pára o sangue] porque chega o tempo... né? [...] Tempo de ficar assim, descansando disso. A gente já descansa... Descansa de tudo [...]

Mas é bastante enfática quando perguntada se gostaria de voltar à menstruar: “Não!... chega! [riso]... fica sujando a roupa da gente. [...] Eu, não [não tenho saudade disso]”.

As mulheres mais jovens, como Carol, 24, e Cleonice, 25, não só desconhecem a palavra que nomeia o fim do ciclo reprodutivo, como parecem surpresas com a descoberta.

Aparecida e Deustina, ambas na faixa etária dos 40, associam a parada do sangue ao envelhecimento, mas parecem não ter idéia quando chegará o seu dia. Curiosas, fazem perguntas a respeito: “Quantos anos mais ou menos que chega esse ponto pra parar?” (Deustina).

A princípio poder-se-ia considerar que a menopausa nessa cultura é um acontecimento da ordem do privado e do invisível, ninguém a comenta, parece não haver nenhuma tradição oral a este respeito, mesmo entre membros de uma mesma família.

O fato de a menopausa não ser nomeada ou mesmo ritualizada nesta cultura, não significa necessariamente que o evento passe totalmente despercebido, ou que seja destituído de sentido. “Tempo de parar, tempo de descanso”, são expressões que freqüentemente as mulheres utilizam e que também parecem nomear um dos sentidos que é atribuído, nessa cultura, ao fim do sangue. O outro, sem dúvida é envelhecimento: “está ficando velhinha, é velha”, aparece em praticamente todos os depoimentos.

E a associação fim da vida reprodutiva-envelhecimento parece também sinalizar outro evento: a interrupção da atividade sexual. Aos velhos, ao que parece, não só é negada a libido ou o desejo, como ainda parece que lhes é reservada uma vida casta e virginal.

Das 5 mulheres mais velhas entrevistadas, apenas 2 ainda são casadas, ambas com pajés. A atividade sexual, nestes casos, parece que é mantida, ainda que o desejo se ausente, apenas para satisfazer o desejo do marido:

Aí já... aí... fica que as mulheres querem descansar de tudo, também. [...] Mas tem vezes que a gente tem [que ter relação sexual com o marido] [risos]... quando a gente é sozinha, a gente fica mais tranqüilo. Quando a gente tem companheiro... a gente não tem jeito [risos]... Não sente, mas se o homem quiser, a gente não tem jeito, tem que fazer.

Erika é a única das entrevistadas que não atribui à idade ou à menopausa o fato das mulheres não poderem ter mais filhos ou vida sexual. O que faz a diferença, segundo o que diz, é a diferença de idade entre os parceiros: “[...] até... algumas tem até, 50, 60 anos. Quando tem marido mais novo, né... é...”.

Os índios e o envelhe(ser)

Nesta cultura, o envelhecimento parece ser por eles aceito, tal como é qualquer outro acontecimento, ou evento de suas vidas. É algo não só da ordem do determinado quanto do esperado, portanto não há porque fugir, negar ou adiar tal fato. “A gente fica velha porque a gente é pra isso. A gente não vai ficando um pouco velha, depois fica nova. Não, a gente vai ficando velha, velha, cada vez mais velha, ficar velhinha até engatinhar”, é o que pensa Doralice sobre a velhice e o envelhecimento.

Aliás, a verdade nua e crua, que está presente na fala desta entrevistada, nos fez pensar e observar que nesta aldeia, velho é velho mesmo, ou seja, não há utilização de meio tom ou meias palavras, tais como: maduro, terceira idade, melhor idade, idoso etc. A única diferença de grau, se é que existe, talvez esteja relacionada ao uso das palavras velho e

velhinho. E o critério para ser incluído em uma ou em outra categoria, pelo que vimos, não é necessariamente a idade. Aparecida, 42 anos, se considera velha porque já é avô, Tereza, 60 anos, se autodenomina de velhinha porque é bisavó. Didiocó, o pajé, se sente velho porque fica cansado, trabalhou muito... “dói tudo” e porque acabou a plantação de lavoura.

Se tomarmos como referência os padrões de envelhecimento da OMS (qualquer pessoa acima de 60 anos), teremos nessa aldeia uma população muita pequena de velhos, são apenas 5 mulheres e 5 homens. Todos moram com suas famílias e apenas dois é que podem ser considerados totalmente dependentes dos cuidados da família. Os demais velhos desempenham várias funções. As mulheres dividem os cuidados da casa com os demais membros da família, cuidam dos netos e bisnetos e fazem qualquer serviço quando preciso.

Envelhecer, por outro lado, parece que lhes dá a prerrogativa de escolher e decidir as tarefas que querem ou não fazer ou desempenhar. Doralice, 60 anos, por exemplo, auxilia o marido pajé em suas atividades, lava roupa, cuida da casa, mas cuidar dos netos, claramente é algo que ela não quer mais fazer: “Ah, já tô cheia... quero ficar tranqüila aqui... quero estar na minha... eu não quero mais cuidar de criança nenhuma. As mães que cuidem! Que daqui por diante, não dá!”.

Muitas vezes é difícil discriminar pelos seus discursos se o que falam sobre o cansaço e a falta de desejo, por exemplo, de trabalhar, diz respeito ao envelhecimento ou à falta de perspectiva em relação à solução dos problemas da aldeias, como a demarcação de suas terras.

[...] Agora não trabalho mais, não. [...] Não agüento mais. [...] É porque eu tô muito velha agora, cansada... de primeiro, eu trabalhava demais [...] Fazia a roça, plantava... ramo de mandioca... batata-doce... De primeiro tinha, agora nem vontade não tenho mais [...] [agora] tenho vontade de plantar ramo, mas não tem lugar pra mim plantar alguma coisinha. É [...] Eu fico aqui em casa. Faço... lavo a louça, a roupa, essas coisinhas eu faço.

Aqueles que são mais jovens e cujos pais são velhos não titubeiam sobre os cuidados que, no futuro, deverão dedicar a eles. Da mesma forma, não parece pairar dúvidas que, quando eles também forem velhos, serão seus filhos ou netos que cuidarão deles.

As diferenças mais perceptíveis identificáveis entre a geração de novos e velhos índios vão além da formalidade que propicia as classificações por faixa etária ou de uma sintomatologia, como fadiga, cansaço, presença e ausência de doenças. Nessa tribo, a principal separação que existe, nos parece, é entre índios que estão mais arraigados à tradição e aqueles que tentam ressignificá-la. Os mais arraigados à tradição, obviamente, não só se mostram menos disponíveis à incorporação de outros valores, como se mostram mais irônicos e distanciados de tudo que a eles parece influência do branco. Para os outros, é justamente o contrário, tudo que permite uma maior identificação com o branco é sinal de incorporação, igualdade e, por que também não dizer, em alguns casos, superioridade.

Podemos pensar a este respeito, tomando como referência tanto as questões relacionadas à saúde, como por exemplo, as que dizem respeito à incorporação de algumas práticas contraceptivas entre algumas índias, ou através da crença, ou da falta de, em relação aos ritos de cura adotados pelo pajé e até quanto ao uso de ervas ou medicamentos. A manifestação desse comportamento também é perceptível nos espaços da aldeia que são investidos de símbolos da outra cultura e que sinalizam poder e prestígio. Ter um escritório de trabalho, por exemplo, como fazem questão de nos mostrar, orgulhosos, o cacique e o vice-cacique, também é para evidenciar não só o seu poder na aldeia, mas também o quanto os nossos códigos foram por eles apropriados.

¿Menopausa ou menopausas?

Do visível ao invisível

Um dos primeiros aspectos que chama atenção de quem investiga menopausa e envelhecimento é o quanto o tema suscita nas pessoas sentimentos de constrangimento e vergonha. E paradoxalmente, é através do riso, ou dos risinhos, que esta manifestação se torna ainda mais plena. No livro *O riso, ensaio sobre o significado do cômico*, Henry

Bérgson (1993) reflete longamente sobre os fatores que desencadeiam o riso, e compara a sua manifestação a uma espécie de resposta pronta, que se exime de maior reflexão. Obviamente, qualquer pessoa que faça uma reflexão consciente não teria o menor motivo para rir de sua sintomatologia, especialmente se for levado a sério o que diz Robert Wilson sobre esta fase da vida das mulheres:

Apesar da conspiração de silêncio que cerca o assunto, a maioria das mulheres está bem a par da extensão em que a menopausa as invalida. [...], elas a sentem em seus ossos, em suas mentes, em seus corações. Uma exibição de coragem poderá ocultar a sua mágoa durante vários anos, até que os sintomas se tornem tão óbvios que, nem mesmo a mais heróica mulher poderá ocultar o fato de que ela é não mais uma mulher, porém uma assexuada. (Wilson, 1966:44)

Será que são estes sentimentos que relata Wilson o motivo da vergonha que algumas mulheres dizem sentir quando o fogacho as atinge em uma situação pública, como a que relata Neuza, da Capela do Socorro: “[...] Só dá o calor. É suadeira... quando eu venho no ônibus à noite, eu fico morrendo de vergonha. Fica aquele suor pingando, pingando... eu fico com uma vergonha danada”.

Não sabemos se a vergonha que Neuza sente está associada a estes sentimentos ou à possibilidade de causar riso no outro, mas sem dúvida o riso não só é desprovido de bondade como ainda permite que aquele que o emite se distancie, e o motivo deste distanciamento nos parece claro, por mais que se racionalize, quem vai querer se identificar com algo tão impregnado de sentidos negativos? Será que os demais sintomas físicos ou psíquicos, associados à menopausa parecem também adquirir - à semelhança de outros traços ou vestígios atribuídos à idade, tal como, flacidez, rugas, cabelos brancos - o sentido de um estigma, ou de uma marca que contribui para a deterioração da identidade?

O fogacho é o sintoma que mais torna público este acontecimento que as mulheres gostariam que fosse vivido apenas na esfera íntima, e a vergonha provocada pelo calor

pode ser compreendida como uma proteção em relação aos possíveis risos, mas também uma defesa contra qualquer tipo de humilhação ou de abalo a sua identidade.

Neste sentido, qualquer camuflagem é bem vinda desde que evite a associação com que se considera a causa do estigma. Há casos inclusive de mulheres que regularmente compram absorventes para evitar que seus companheiros percebam que não mais menstruam. Muitas das mulheres que fazem a TRH continuam acreditando que ainda tem regras, mesmo sabendo que este sangue é meramente fictício; aliás, esta é uma das principais ilusões vendida pelo marketing do medicamento.

Calorzão, caloria, “a cabeça pegando fogo”, “o corpo mandando bala”, “ficar vermelha parecendo um camarão”, “o corpo cheio de formiga”, “lavadinha de suor” são algumas das expressões utilizadas pelas entrevistadas para nomear os temidos fogachos ou ondas de calor, ou as suas conseqüências. Curiosamente, o calor ou o rubor também são associados em diferentes culturas à excitação sexual. Não é a toa que se diz “Esta mulher é quente!”. Quando eu perguntei ao pajé e a sua mulher o que eles faziam quando uma mulher se queixava de sentir “calor”, eles responderam que indicavam um banho de cachoeira, ou pedras de gelo, e, provavelmente, também atribuíram este sentido ao calor. O mesmo faz Maria dos Anjos quando diz que não teve menopausa, portanto não deve ter sentido “calor”, porque nunca se relacionou com um homem. Como vemos, são muitos os sentidos atribuídos ao calor das mulheres.

De todos os sintomas clássicos associados à menopausa, o único perceptível pelo outro são as ondas de calor. Os demais são invisíveis, por serem internos (por exemplo, o declínio do estrogênio e a osteoporose), ou por terem um caráter subjetivo, como é o caso da depressão e da queda de libido. O calor é a única das queixas manifestada pelas mulheres desta pesquisa, com exceção das índias da Aldeia do Rio Silveira, o que parece condizente com os sintomas clássicos da menopausa. Os demais sintomas que elas relatam não parecem estar relacionados a este evento (Conceição e Noêmia atribuem à menopausa praticamente todos os seus problemas de saúde) ou, pelo menos, merecem ser relativizados (o calor que algumas mulheres dizem sentir nos pés, como relata D. Maria, as queixas de falta de libido de Paca e Tereza e até mesmo o nervosismo e a irritação de Margarida).

Do invisível ao visível

Como explicar a ausência de outras sintomatologias nos campos de Barra do Una e da Capela do Socorro? Especialmente se em vários depoimentos aparece claramente a associação entre menopausa e patologia? Como explicar, no caso das índias, a ausência até mesmo das famosas ondas de calor?

Sabemos que a relação entre menopausa e patologia, seja psíquica ou física, impregna o imaginário de diferentes culturas e épocas. Em Barra do Una e na Capela do Socorro este imaginário pode ser notado em algumas afirmações das entrevistadas, como: “A menopausa não é coisa boa” (Lourdes); “Essa menopausa... traz umas coisas muito ruins” (Paca); “Acontece muita coisa ruim, minha irmã sofre muito com isso” (Sueli). A palavra *seqüela* aparece também em alguns depoimentos. Em relação aos problemas psíquicos causados pela menopausa, os moradores de Barra do Una atribuem à menopausa as esquisitices e os problemas de cabeça de Lindaura. Ela, entretanto, não pensa o mesmo, e atribui a causa de seus problemas emocionais a questões relacionadas ao trabalho.

A imagem negativa que associam ao evento e o desconhecimento da maioria dos sintomas reconhecidos pelos médicos talvez façam com que se atribua à menopausa qualquer problema de saúde que aconteça nesta fase da vida, como vimos em diferentes depoimentos. O fato de nossas entrevistadas em Barra do Una terem um acesso restrito aos discursos dos especialistas (que vinculam à menopausa uma sintomatologia mais específica) e de a menopausa ser vivida como um acontecimento de foro íntimo e portanto pouco compartilhado, até mesmo entre mãe e filhas, talvez justifique o fato da vida reprodutiva aparecer em seu discurso como sendo algo da ordem do inesperado e do não nomeado, e tal como um invasor, bandido ou inimigo as atacam e as colocam em uma situação desprevenida. Neste aspecto os seus depoimentos se assemelham ao que relatam outros estudos, tais como o de Sontag (1984), que analisam o imaginário ou as metáforas produzidas em uma cultura sobre as doenças.

A atitude dos médicos entrevistados em Barra do Una e na Capela do Socorro, que trabalham na rede pública com pacientes em processo de menopausa, muitas vezes

apenas alimenta o imaginário sobre o tema; além do mais, a postura destes profissionais caracteriza-se sobretudo pela ambivalência com que eles tratam estas mulheres e esta fase da vida. De um lado são coniventes com os discursos que associam a menopausa a doenças e, de outro, se eximem de tratá-la como tal. Acreditam nos benefícios da TRH mas prescrevem-na principalmente a suas clientes de consultório. A conduta que os profissionais assumem tanto pode ser compreendida como uma atitude de cautela e até mesmo de seriedade profissional, como pode ser vista como uma isenção de qualquer responsabilidade.

O fato de os médicos associarem ao fim da vida reprodutiva alguns dos problemas relacionados ao envelhecimento, tais como pressão alta e diabetes, reduz a assistência à mulher que está na menopausa ao controle e medicação destas doenças. Da mesma forma acontece com os médicos que atendem no PSF. Obviamente, o problema não pode ser atribuído apenas ao despreparo médico, assim como não se restringe apenas à menopausa, mas também as condições da saúde pública no país. O enfermeiro coordenador da UBS de Barra do Una, talvez seja quem melhor resume o problema, quando em tom de brincadeira diz: “Você sabe como está o atendimento médico no Brasil? Daqui para cima [do pescoço à cabeça] é dipirona, daqui para baixo [abdômen] é Buscopan, daí em diante [membros inferiores] é Benzetacil”.

Para que as demais sintomatologias clássicas associadas à menopausa pudessem ser manifestadas nestas comunidades seria necessário que os especialistas lhes dessem visibilidade, solicitando o aval de exames específicos como, por exemplo, densimetria óssea e contagem hormonal. A falta de ginecologistas na rede pública de saúde, sua postura em relação à menopausa, as dificuldades para a realização de exames e o perfil sócio-econômico das mulheres (renda de 3 a 6 salários mínimos por mês, no geral) desta localidade são fatores que colaboram para que elas não estejam incluídas do universo hegemônico dos discursos da menopausa. O principal benefício desta exclusão é que, não sendo o principal alvo deste universo, elas aparentemente se tornam mais imunes à medicalização; as palavras hormônio, estrogênio, TRH, raramente aparecem associadas à menopausa e são praticamente desconhecidas para a maioria das entrevistadas, mesmo para aquelas que mencionam as palavras prevenção e tratamento.

O fato, porém, de associarem a menopausa à patologia, prevenção e tratamento e desconhecerem as conseqüências do uso da TRH, especialmente quanto ao risco de provocar outras doenças e da necessidade de acompanhamento médico, as deixam extremamente suscetíveis a fazerem a reposição sem exigir um acompanhamento médico sistemático e chegam até mesmo a fazerem uso deste medicamento porque uma pessoa leiga indicou, por exemplo, como fez a patroa de Josefa. A falta de informação também as torna vulneráveis ao poder médico, inclusive para nomear e medicar o que (não) sentem. Como relata Paca:

... Olha, quando eu passei pela primeira vez no ginecologista, eu peguei até um muito bom aqui em Barra do Uma. É de Santos, sabe? Fui duas vezes pra ele me passar os remédios. Primeiro ele me fez fazer um monte de exames... pago e não-pago. Até mamás em Santos, eu fiz... ele me passou o remédio Climed... Fiquei tomando esse remédio muito tempo... aí esse ginecologista, o Dr. Valter, sumiu...

[...] Não, eu não tava sentindo (sintomas) assim... quando comecei a tomar [...], o médico mandou eu tomar porque eu estava na menopausa.

[...] não tinha (nenhum problema) [...] Porque ele achou que eu já tava na menopausa e tinha que começar a tomar o remédio pra não ficar com ... problema. [...] Ele diz que as mulheres nessa idade da menopausa sentem muitas coisas, entendeu?

Sabemos que um sintoma ou uma doença só tem correspondência em uma cultura que o nomeie e esta afirmação é especialmente verdadeira quando se trata das mulheres guaranis. No caso das índias, a ausência de qualquer referência, até mesmo de uma palavra em sua língua que a nomeie esta fase, talvez justifique a ausência da relação menopausa-sintomatologia-patologia, e até mesmo o desconhecimento deste evento por parte de muitas mulheres. A primeira tendência quando se considera este fato seria considerar o que diz Mankowitz (1986), e chamá-lo de não-evento ou de invisível, porque é desprovido de visibilidade social e também de qualquer espécie de rito. A ausência de visibilidade social deste fenômeno, não só nessa como nas mais diferentes culturas, pode ser justificada pelo fato de ser a vida reprodutiva o grande determinante para que qualquer cultura mantenha e preserve as suas características, inclusive como

espécie. Paradoxalmente, é também esta invisibilidade que permite que se percebam os diferentes sentidos atribuídos em uma cultura ao fim da vida reprodutiva. Na etnia guarani, por exemplo, é inegável que a visibilidade da menopausa se dá através da associação entre fim da menstruação, envelhecimento e término da atividade sexual, manifesta pelas expressões "está ficando velha", "velhinhas", "tempo de parar", "tempo de descanso". Ou seja, mesmo que não haja ritos visíveis, não significa que a menopausa seja totalmente destituída de sentido.

Nesta etnia, portanto, a construção da menopausa apresenta aspectos muito diferentes daqueles divulgados pelo discurso médico hegemônico de nossa cultura, pois não há a associação da menopausa a qualquer sintomatologia ou patologia, mas também considera-se a relação menopausa-envelhecimento, tão propagada na cultura urbana dominante. A grande diferença é que o fim do sangue e da atividade sexual, mesmo que considerados um marco de envelhecimento, são encarados de maneira extremamente positiva: a entrada neste novo ciclo adquire o sentido de descanso e de liberdade, inclusive a de não poder gerar mais filhos. O fato de as mulheres iniciarem a vida sexual e reprodutiva ainda quando púberes ou adolescentes, de terem um grande número de filhos e de serem as responsáveis por todas as obrigações relacionadas a eles contribui, em grande parte, para que tanto a menopausa quanto o envelhecimento adquiram nesta cultura o sentido de um repouso merecido: uma parada do trabalho e até mesmo de liberdade, dos maridos ou dos filhos. Podemos perceber que em muitos aspectos os depoimentos das índias mais velhas se assemelham aos das entrevistadas mais velhas de Barra do Una, especialmente o de Conceição, moradora da Ilha do Montão de Trigo e de Isaltina, que vive no sertão do Una, pois ambas estabelecem a relação menopausa-envelhecimento-término da vida sexual. Para Isaltina, a menopausa vem quando "vai passando o tempo da pessoa", e para Conceição é "um tempo de paz e descanso". O fato destas duas mulheres serem mais velhas, terem um grande número de filhos e viverem, tal como as índias, em comunidades fechadas, abre possibilidades para que se perceba que, quanto mais uma cultura se apropria da tecnologia contraceptiva, mais ela dissocia a sexualidade da vida reprodutiva, tanto que este discurso é mais presente em culturas que ainda mantêm o distanciamento desta prática.

O fato de as mulheres mais velhas, tais como D. Maria, Isaltina, Conceição, Maria, Noêmia e Josefa terem vivido os diferentes ciclos de seu corpo sem tanta interferência da prática e da normatização médica talvez justifique que, em seus discursos, a associação menopausa-patologia adquira um sentido muito diferente daquele que é atribuído pelas mulheres que hoje estão na peri-menopausa ou na menopausa propriamente dita, tais como Paca, Sueli, e Janete, por exemplo. Muitas que ligam a menopausa a alguns dos sintomas que viveram no passado parecem que só o fazem a posteriori, ou porque os especialistas e os discursos da mídia os resignificaram, ou porque hoje são maiores as possibilidades de trocas de informações com conhecidas. Outras entrevistadas reconhecem que desconheciam o que acontecia em seu corpo nesta época: Josefa tende a se culpar pelo que chama de inocência e ignorância, já Natalícia responsabiliza os médicos pelo silêncio em relação ao tema.

No discurso das mulheres que estão na menopausa ou na peri-menopausa, é visível uma preocupação com o tema, com a sintomatologia, tratamento e prevenção, mas apenas duas entrevistadas desta faixa etária relatam que fazem ou fizeram a terapia de reposição hormonal. Maior ainda é a preocupação das jovens que participaram como coadjuvantes das entrevistas de suas mães: Edna, 28 anos, filha de Natalícia, diz que, se dependesse apenas dela, já teria começado a tomar isoflavonas; só não fez isso porque o médico a desaconselhou. Esta diferença entre os discursos das mulheres de faixas etárias diferentes também permite que se perceba a influência dos discursos tanto da mídia quanto dos especialistas, que disseminam cada vez mais a idéia de que a menopausa requer intervenção médica. Os dois homens que participaram da pesquisa tratam a menopausa como um fato distante de suas vidas embora ambos, cada um a seu modo, reconheçam que a menopausa pode ser um fator que justifique a falta de libido de suas mulheres. O guarani Armindo, marido de Clementina, associa o fim do sangue das mulheres a envelhecimento, e Juvenal, marido de Noêmia, vincula calor e desconforto.

Podemos identificar entre os três campos de pesquisa, igualdades e diferenças. E observar o mesmo se compararmos os discursos dos habitantes destes campos com o que chamamos de discurso biomédico hegemônico sobre a menopausa. O aspecto que mais chama a atenção no discurso das nossas entrevistadas é a ausência justamente daquilo que tanto as mulheres de nível sócio-econômico alto, bem como os

especialistas, apontam como característica desta fase da vida: a idéia de que a menopausa significa crise e luto.

Vemos que nos três campos de pesquisa, independentemente do sentido dado a este evento, em nenhum momento as mulheres tendem a atribuir à chamada idade crítica ou ao envelhecimento os seus problemas existenciais, suas preocupações e até mesmo crises. O foco central de suas vidas diz respeito à luta diária pela sobrevivência, o enfrentamento de problemas com patrão, emprego, saúde, terra e moradia. Seus lutos também são mais concretos e estão relacionados à perda de filhos, netos e companheiros.

Investigar a menopausa em mulheres que possuem um perfil tão diferente daquele para quem normalmente são direcionados os discursos sobre o tema possibilita, em primeiro lugar, perceber o que os iguala e o que os diferencia e, a seguir, que se reflita sobre o papel desempenhado pelos diferentes discursos que circulam em nossa cultura para a manutenção da associação entre menopausa e patologia e, conseqüentemente, que também se minimize o poder dado pelo discurso médico hegemônico aos hormônios, pois visivelmente não pode ser atribuída a eles a maioria dos sintomas e o estigma associados à mulher que se encontra na menopausa. Cremos que a pesquisa realizada poderá fornecer inúmeros subsídios para a reflexão acerca de tais questões, pois a análise de seus dados possibilita que muito dos mitos que envolvem o tema sejam percebidos, no mínimo, como relativos.

Paradoxalmente, o que possibilita que grande parte dos conceitos atribuídos à menopausa sejam relativizados é justamente a invisibilidade dada pela cultura a este evento. Se a menopausa e sua sintomatologia tivessem visibilidade, provavelmente haveria consenso e unanimidade em relação ao fim da vida reprodutiva. Aí sim ela poderia ser considerada como uma doença, pois dificilmente seria possível questionar a sua construção e relativizar a sua sintomatologia. Neste aspecto, as políticas públicas que tratam da saúde da mulher deveriam promover e disseminar a relativização e não o consenso sobre o tema e, sobretudo, mostrar que atrás de um conceito existe uma história e uma singularidade inerentes a cada uma das pessoas que vive esta fase da vida.

Da invisibilidade à publicidade da menopausa

Nestes dois últimos anos, a construção da menopausa sofreu visíveis transformações. Identificamos como um dos fatores desencadeantes para este acontecimento a divulgação na imprensa de todo o mundo de um artigo publicado originalmente no JAMA - Journal of the American Medical Association (2002), em que alguns dos benefícios atribuídos à TRH são colocados em questionamento, especialmente em relação à possível prevenção de doenças vasculares e mentais. O estudo publicado no JAMA não só mostrou o contrário, como ainda indicou que as mulheres que utilizavam a reposição hormonal corriam um maior risco de desenvolver câncer de mama.

A grande repercussão da pesquisa na comunidade científica e na mídia abriu possibilidades para que os riscos associados à TRH se tornassem mais visíveis, e também possibilitou uma ampla discussão tanto por parte dos médicos como das usuárias sobre a relação custo/benefício deste tratamento.

No Brasil uma das principais conseqüências da polêmica é que a desorientação causada pelas informações obrigou a classe médica, pela primeira vez, a se posicionar sobre os benefícios e as contra-indicações da terapêutica hormonal para as mulheres que se encontram na menopausa e a elaborar um consenso sobre o tema.

Durante este período também ocorreram algumas mudanças na construção da menopausa quando se considera o material produzido, em livros ou sites, direcionados ao público leigo e à mulher na menopausa. Identifica-se uma tendência nestas publicações de desdramatizar e desmedicalizar este evento, tratando-o como uma fase normal da vida. O título de algumas publicações são bastante sugestivos, tal como o livro de autoria de Maria Helena Bastos: “Sorria, você está na menopausa”.

Da mesma forma que é perceptível todo um movimento de ressignificação dos discursos sobre a menopausa e a terapia hormonal, também é visível que entra em cena uma nova parafernália de acessórios para ajudar a mulher na menopausa: perfume de hormônio,

cremes de isoflavona, Yoga de reposição hormonal, novas vitaminas e novo arsenal de ervas. O marketing da menopausa aparentemente muda o foco, mas na essência sua proposta é a mesma, associa menopausa a envelhecimento e simultaneamente oferece os instrumentos para sua prevenção, seja na forma de hormônio ou na de creme para beleza, como podemos perceber pelo texto deste anúncio:

“ISOVALE

Chega ao Brasil o primeiro creme à base de isoflavona com exclusivo complexo de plantas medicinais para pele de mulheres maduras

[...] Isovale é ideal para mulheres maduras que não buscam somente disfarçar as marcas de expressão, mas também combater o relaxamento da pele e reestabelecer o contorno do rosto. A exclusiva formulação do Complexo Stéroflavone®, patenteada pelo laboratório Uriage, traz todos os benefícios das plantas medicinais para combater os efeitos do envelhecimento cutâneo induzido pela menopausa. Isovale restaura a firmeza, a luminosidade, a elasticidade e a plasticidade, proporcionando melhor conforto para a pele. Melhora a micro-circulação cutânea, hidrata e nutre. A partir de quatro semanas de uso, nota-se a remodelagem da forma ‘oval’ do rosto.

O mercado da menopausa não só é um mercado numericamente promissor - segundo o (IBGE) mais de 13,5 milhões de mulheres se encontram na menopausa (censo 2000) no Brasil - como também nunca um número tão significativo de mulheres deteve o poder de compra em suas mãos. Por fazerem parte de uma geração que se apropriou da sexualidade e que a dissociou da reprodução, estas mulheres dificilmente aceitarão a menopausa e o envelhecimento com tranqüilidade, tal como suas mães fizeram, ou verão suas rugas como medalhas de honra, como sugere Bárbara Walker (1997), mesmo que o preço a pagar seja a retomada de alguns dos mitos que elas próprias contribuíram para que fossem questionados, como o que associa mulher, beleza e juventude. Talvez até mesmo sabendo que atrás desta opção tenha um indústria multibilionária de beleza.

A indústria da menopausa e do envelhecimento se apropria desse imaginário explorando o medo bem fundamentado que as mulheres têm de parecerem velhas. Por se tratar de

uma geração tão específica de mulheres, para obter êxito, o marketing da menopausa, tenderá, cada vez mais, a dissociar a menopausa de qualquer patologia ou doença, e, num segundo momento, até mesmo do envelhecimento. Sua estratégia provavelmente será a de tratá-la como uma fase natural da vida, procurando associá-la a palavras como plenitude, liberdade, poder, e até mesmo beleza. O conflito "tomar ou não tomar hormônio" talvez seja substituído por outros questionamentos: "Devo intervir no meu envelhecimento?", "Quais os recursos que eu disponho para isso?", "Como manter os meus sonhos da juventude, que valorizavam o ser e não o ter, e continuar sendo eternamente jovem e bela?"

Curiosamente, a relação envelhecimento-perda da beleza é quase imperceptível nos depoimentos das mulheres caiçaras, índias ou das nordestinas e nem mesmo no da única paulista entrevistada que vive na Capela do Socorro. Surgiu apenas no depoimento de Neride, a única entrevistada de Barra do Una que não é nativa. O fato de Neride ser uma mulher que teve como o maior triunfo de sua vida a beleza, inclusive para a ascensão social, mais do que o fato de ter vivido em grandes centros urbanos ou ter pertencido a outra classe social, parece determinante para que atribua como principal consequência do envelhecimento a perda da beleza:

[...] É ruim saber que a vida acaba, e que a velhice chega... o pior da vida é que a velhice chega; pior da vida não é que ela acaba, é que a velhice chega. Eu não consigo ver o tal lado que dizem, "Ah, tem outro lado". Pra mim não tem outro lado. É velhice. Eu olho numa foto de 30 anos atrás e eu era uma boneca. Não sobrou nada, mudou tudo, o feitio da minha boca parece o Mike [Michael Jackson], como é que chama aquele lá? Aquela que fica caindo o nariz dele? [risos].

Neride não associa a menopausa ao envelhecimento e só atribui a este evento o calor que sente; mesmo assim fez tratamento e parou com o hormônio unicamente por uma questão de ordem estética: "Eu tentei [fazer o tratamento]... engordei em um ano 14 kg com o tal do hormônio. Daí fiquei injuriada, não tomei mais, era magrinha, né? De repente, em um ano, 14 Kg? Sei lá o que foi, mas devem ter sido os hormônios".

O fato de não ter aparecido em nenhum outro depoimento a associação do envelhecimento à perda de beleza não significa que a beleza e a juventude não sejam atributos desejáveis para as demais mulheres entrevistadas. Paradoxalmente, é neste terreno - desejo de se cuidar e de ser bela eternamente - que as suas falas mais se aproximam do discurso das mulheres de classe social média e alta. As entrevistadas se dizem vaidosas e, se tivessem condições, com certeza investiriam seu dinheiro em cuidados com a beleza e aparência. Até mesmo Isaltina, que mora isolada no Sertão do Una, se pudesse, eliminaria as suas rugas. Paca faria plástica e o mesmo dizem outras entrevistadas, inclusive as mulheres índias, como podemos perceber neste trecho da entrevista: “Eu acho que... eu faria [plástica] também, é, porque... sei lá, pra gente permanecer assim, né, porque é feio, né (risos) [...] Ah, rugas, essas coisas é feio (risos)... Ah, não sei, depende de cada um. Acho que se a pessoa quiser... faz, né, mas se a pessoa não quiser, né [...]”. [Cleonice].

O desejo de suprimir os vestígios do envelhecimento é o principal elo de ligação que podemos estabelecer entre os discursos das mulheres investigadas na pesquisa e os discursos de outras mulheres que apresentam um outro perfil sócio- econômico e cultural. A grande diferença é que estas mulheres concretizam este desejo, as mulheres de baixa renda apenas o vivem no imaginário. Se isto é uma vantagem ou desvantagem é bastante discutível, mas sem dúvida, a falta de dinheiro, neste caso, talvez as proteja de terem seus corpos transformados naquilo que Foulcaut chama de "corpos dóceis", aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao aperfeiçoamento" (Bordo *et al.*, 1997: 20). A busca ou a manutenção deste atributo - a beleza - parece ser um dos principais motivos que faz com que as mulheres submetam seus corpos a tantas regras e normas. Pensamos que a menopausa e o envelhecimento tanto podem ser vistos como uma das fases da vida que deixam as mulheres mais suscetíveis a estes aprisionamentos, como podem ser compreendidos como o melhor momento para romper tal sujeição, e talvez sejam essas as principais questões que mereçam ter visibilidade e publicidade, tanto na mídia quanto no discurso científico.

Notas

(1) A introdução do presente ensaio foi publicada de forma mais ampla na revista Saúde e Sociedade, v.14, n.1, 2005, com o título “Menopausa ou Menopausas”.

(2) Na rodovia Rio-Santos no Km 258 situa-se a entrada para Barra do Una. Do outro lado da rodovia localiza-se o sertão do Una, uma reserva até recentemente preservada de mata-atlântica. A partir da década de 90, uma das maiores extensões desta área, a Fazenda das Bananas, foi comprada pela construtora Andrade e Gutierrez e dividida para ser vendida em lotes e chácaras. A especulação imobiliária instalou-se na região, tal como ocorreu em outras localidades do litoral Norte de São Paulo, pressionando de diferentes formas os nativos da região para que vendessem suas terras. A paisagem do sertão atualmente é constituída de mansões, algumas com heliporto, e casas de taipa sem água encanada e iluminação.

(3) A ilha do Montão de Trigo fica a 40 minutos de barco da praia de Barra do Una. A população que vive ali, 26 pessoas, é constituída basicamente de jovens. A única exceção é D. Conceição, a matriarca da ilha que tem 65 anos. A pesca é que garante a sobrevivência dos moradores da ilha.

(4) Criado em 1994, o Programa Saúde da Família – PSF, tem como propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família.

(5) É constituída de 561.071 habitantes, distribuídos pelos bairros de seus três subdistritos: Socorro (39.017), Cidade Dutra (190.076), e Grajaú (331.978).

(6) Apenas duas entrevistadas trabalham formalmente. As demais vivem de pequenos bicos ou aposentadoria.

(7) A questão da utilização pelas mulheres de métodos contraceptivos, como a pílula, é um assunto um tanto controverso: informalmente, parece que as pílulas são distribuídas à população, e provavelmente também deve ser feito um trabalho de conscientização; formalmente, o profissional nem sempre se responsabiliza pela prescrição, ou como diz o médico: “Se elas pedirem, eu prescrevo”.

Referências Bibliográficas

Bergson, Henri ([s.f.]1993) *O riso, ensaio sobre o significado do cômico*. Lisboa: Guimarães Editores. Original: *Le rire, essai sur la signification du comique*. Tradução: Guilherme de Castilho.

Bordo, Susan S. Jaggard, Alison M. ([1989]1993) *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. Original: *Gender/body/knowledge : feminist reconstructions of being and knowing*. Tradução: Brita Lemo de Freitas.

Du Toit, Brian M. (1990) *Aging and menopause and among indian south african women*. Albany: State university of New York Press.

Greer, Germaine ([1991]1994) *Mulher, Maturidade e Mudança*. São Paulo: Augustus. Original: *The Change: Women, Aging and the Menopause*. Tradução: Analaura Fatima de Antezana.

Hemminky, Elina et al (1997) *Impact of Postmenopausal Hormone Therapy on Cardiovascular Events and Cancer: Pooled Data from Clinical Trials*. *British Medical Journal*, julho.

Héritier, Françoise ([s.f.]1996) *Masculino Feminino, o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget. Original: *Masculin / féminin : la pensée de la différence*. Tradução: Cristina Furtado Coelho.

Loock, Margareth M. (1983) *Encontros with aging mythologies of menopause in Japan and North American*. Los Angeles: University of California Press.

Mankowitz, Ann (1987). Menopausa, Tempo de Renascimento. São Paulo: Ed. Paulinas. Original: *Change of Life: A Psychological Study of Dreams and the Menopause*.

OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 866 (1996). *Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa*. Genebra.

OUTLOOK (1994). Program for appropriate technology in health (Path). Seattle.

Palacios, Santiago (1996) *Climatério y menopausa*. Madrid: Mirpal.

Psaty, Bruce M. et al (1993) A Review of the Association of Estrogens and Progestins with Cardiovascular Disease in Postmenopausal Women. *Archives of International Medicine*, pags.153:1421-1427

Ramos, Dagmar da silva. (1988). *Viva a menopausa naturalmente*. São Paulo: Augustus.

Sontag, Susan ([s.f.] 1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal. Original: *Illness as metaphor*. Tradução: Márcio Ramalho

Walker, Bárbara ([s.f.]2001) *Mulher de idade, sabedoria e poder*. Lavras: A Senhora Editora. Original: *The Crone: Woman of Age, Wisdom, and Power*. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo.

Wilson, Robert ([1966]1996). *Eternamente feminina*.São Paulo: Edameris. Original: *Feminine Forever*.