

## A “era da menopausa consciente”

**Dra. Catarina Frade Moreira**

"Menopause can be an interval, a closure, a threshold, a gateway.

. . . all of these things and more"

(Janine O'Leary Cobb in <http://www.afriendindeed.ca>)

A ideia de consagrar a monografia de final de curso ao estudo da menopausa surge na esteira de trabalhos anteriores, efectuados no âmbito do mesmo, igualmente dedicados ao corpo da mulher e às suas intrínsecas experiências. Nas inúmeras leituras foi possível constatar a continuada negligência, por parte da sociologia, em tomar o corpo, e em particular o corpo feminino, como objecto de estudo. Escassa tem igualmente sido a pesquisa empírica sobre a meia-idade.

A meia-idade tende a ser um período de mudança biológica, social e pessoal, assim como de continuidade; a combinação de saúde e doença, continuidade e mudança torna este período particularmente interessante para o estudo empírico do corpo, do *self* e da saúde (Burley, 1998: 142). Decerto estas tendências estão a ser paulatinamente superadas, mas um longo caminho ainda necessita de ser trilhado para que o corpo feminino comece a ser estudado e problematizado de acordo com novos paradigmas, libertos de esquemas dominados por uma ciência que ainda vê no corpo do homem a norma. O *Verão Indiano* assume-se como uma reverência ao corpo feminino, em particular ao corpo feminino que começa a ter inscrito em si as marcas da passagem do tempo.

Todas as mulheres, independentemente da sua raça, classe ou orientação sexual, caso vivam o tempo necessário para tal, experienciarão a menopausa. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade, em virtude dos constantes avanços da medicina, têm contribuído para o envelhecimento global da população. Há cem anos atrás, o pico máximo da esperança média de vida da mulher coincidia com a menopausa, e esta associação (menopausa/morte) talvez torne mais inteligível o negativismo que tem ladeado a menopausa ao longo do tempo.

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

Actualmente, em média, as mulheres tendem a viver cerca de 30 anos da sua vida em pós-menopausa. Em Portugal, a população feminina em menopausa atinge os dois milhões.

O termo menopausa<sup>1</sup> deve a sua origem etimológica à língua grega, à junção das palavras *meno* (mês, mênstruo) e *pausis* (pausa, fim) (Sociedade Portuguesa de Menopausa, 1). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM) as mulheres na menopausa: “além de novos problemas com que irão deparar-se, sob os pontos de vista psicológico, social e financeiro, irão sentir os efeitos da privação das hormonas sexuais femininas sobre vários órgãos. Isto resultará em riscos aumentados de doença a nível cardiovascular, ósseo e psíquico. Os tratamentos de correcta compensação hormonal permitem dar mais anos as suas vidas e mais vida aos seus anos, como tem sido dito e provado repetidas vezes” (<http://www.spmenopausa.pt/>). A postura oficial da SPM serve de mote para salientar o negativismo cultural que, durante séculos, cingiu, e ainda o faz, este processo; negativismo este resultante, por um lado, de mecanismos sociais (e políticos) de envilecimento do corpo humano feminino e das suas naturais funções, no quadro de sociedades patriarcais e, por outro lado, de considerações no âmbito da ciência médica que mais não fizeram que sedimentar as considerações patriarcais criando uma dependência generalizada e pungente por parte da mulher a esse mesmo sistema médico; falando-se de uma medicalização da menopausa no quadro mais vasto da medicalização do corpo feminino.

Nos últimos anos a menopausa começou a receber a atenção dos meios de comunicação social portugueses, mas a visão que veiculam corresponde não raras vezes à do modelo biomédico, ou seja, a de que a menopausa se assume como uma fase da vida da mulher em que esta está física e psicologicamente vulnerável devido à alteração hormonal (diminuição na produção de estrogénio e progesterona). Essa vulnerabilidade determina que à mulher seja prescrita a Terapia Hormonal de Substituição (THS) enquanto medida profiláctica essencial à sua “qualidade de vida”. Todavia, de acordo com a perspectiva feminista, a menopausa arroga-se como um processo natural, embora conducente, como se verá mais adiante, a mudanças na vida da mulher, mudanças estas que não têm de ser indubitavelmente negativas ou derivadas da transição hormonal.

---

<sup>1</sup> Pesquisando a definição de menopausa num vulgar dicionário de Língua Portuguesa, deparamo-nos com a seguinte explicação: “cessação definitiva das regras menstruais; idade crítica da mulher” [Dicionário da Língua Portuguesa (1977), Lisboa: Porto Editora].

Segundo Natalie Angier “ao tornar-se um tópico passível de discussão pública, a menopausa expôs-se aos sermões, ao reducionismo e à exploração médica”. As mulheres são actualmente forçadas a reflectir sobre a mudança e as respectivas consequências da menopausa como nunca o fizeram as suas antepassadas. Vive-se então actualmente a era da menopausa consciente (Angier, 1999: 221).

Se atendermos à postura oficial da SPM, a menopausa torna-se um assunto de saúde pública: “é preciso que continue a aprofundar-se o estudo da Menopausa a nível nacional e europeu como forma de progresso. É indispensável a realização de inquéritos nacionais e europeus para que se determine se os problemas médico-sociais da mulher Europeia diferem consoante os seus países. É também indispensável demonstrar perante os Governos de cada país que a terapêutica hormonal substitutiva na Menopausa é altamente preventiva das doenças cardiovasculares e ósseas. Estas acções, que devem ser comparticipadas ou subvencionadas por cada Estado, contribuem para grandes economias nos orçamentos da Saúde e para uma melhoria da saúde pública e individual” (<http://www.spmenopausa.pt/>).

O *Verão Indiano* avoca-se como uma primeira abordagem exploratória ao estudo da menopausa sob o ponto de vista sociológico. Subjacentes ao iniciar deste trabalho estiveram os seguintes objectivos: **perceber como a mulher representa a menopausa, e se de algum modo reproduz as ideias base do discurso biomédico** (nível representacional) e **perceber como a mulher vive (ou espera viver) a menopausa** (nível prático). Procurou-se ainda **perceber o contexto actual (conjugal, familiar, económico e social) de cada mulher**.

Neste trabalho foi utilizada uma abordagem qualitativa, baseada na realização de entrevistas semi-estruturadas, enfatizando-se assim o modo como as próprias mulheres pensam e vivenciam essa experiência. Segundo Zola, “... people need to be allowed, or even empowered to speak about their bodies because of the ‘socially structured barriers to hearing and speaking with the voice of personal bodily experience’” (Zola in Nettleton, 1998: 20).

Em anexo inclui-se o guião que serviu de base a cada entrevista, a transcrição de cada uma das entrevistas; assim como o “diário das entrevistas”, um pequeno relato elaborado após cada entrevista. Em anexo consta igualmente a entrevista feita a uma médica pertencente à SPM; esta entrevista foi efectuada quando ainda se estava a desenhar o projecto de investigação.

## A medicalização da menopausa

Neste capítulo ir-se-á, em primeiro lugar, definir, em sentido mais lato, o que é a medicalização. Este conhecimento prévio possibilitará um mais fácil entendimento do contexto político, económico e social subjacente à medicalização da menopausa, salientando desde já que este processo faz parte de uma mais ampla tendência de medicalização do corpo (reprodutor) feminino. Posteriormente, ir-se-á explorar as formas que essa mesma medicalização reveste; incidir-se-á sobre a Terapia de Substituição Hormonal (THS), o trunfo ou expoente máximo da medicalização da menopausa. Importa enquadrar esta terapia no seio de tendências societais de valorização da juventude, do “corpo belo”, não esquecendo os valores mercantis subjacentes a essa mesma terapia. Neste sub-capítulo ir-se-á dar conta dos (alegados) benefícios da THS e seus malefícios. A medicalização da menopausa passa também pela definição, por parte da comunidade médica, de um campo lexical que mais não faz que atribuir a cada mulher um status menstrual. Por conseguinte, explorar-se-á em que consiste afinal a menopausa, que tipos de menopausa existem e quais os “sintomas” que o modelo biomédico lhe associa. Portanto, a medicalização da menopausa torna-se eficiente ao nível do discurso, isto é, no modo como, no uso corrente e quotidiano, esses mesmos conceitos são utilizados pelos indivíduos para designar estados ou situações.

As páginas finais deste capítulo são consagradas ao processo de medicalização da menopausa e, posteriormente, às críticas feministas a essa mesma medicalização.

## O processo de medicalização

A medicalização traduz um processo com vista à consagração no mapa social e político da prática da medicina e dos seus profissionais; refere-se ao modo como a competência da moderna medicina se expandiu integrando no seu domínio muitos problemas que primeiramente não eram definidos enquanto entidades médicas (Gabe, 1989: 223; Lupton, 1994: 8). Ou seja, um processo ou condição primeiramente considerado normal torna-se medicalizado mediante o postulado de que necessita de intervenção médica (Meyer, 2001: 769). Segundo Calman e Gabe o conceito de medicalização foi primeiramente empregue no domínio da psiquiatria embora se tenha

posteriormente expandido para outras especialidades médicas (Gabe, 1989: 223). Poder-se-á então situar o processo de medicalização no século XVIII.

O poder da medicina foi, ao longo do tempo, fortalecido pela sua estreita aliança ao estado; relações de poder, controlo e autoridade social subjazem então à consagração da medicina. Nesta linha de pensamento, a medicalização envolve controlo social, servindo uma parafernália de interesses na sociedade; interesses mais particulares como o da classe capitalista dominante, de instituições (prisões, escola, família), da indústria farmacêutica ou de segmentos da profissão médica. “... medicine as an ideology of power, a world view, the field of medicine as a profit making sector (...) When talking of medicine, above all, we are dealing with a profession that has today almost universally attained a position of utmost social control” (Gürsoy, 1996: 580). Segundo Vance, no século XX, o elevado *status* dos profissionais médicos e o seu recrutamento de privilegiados grupos em termos de classe, género e raça tem historicamente resultado nas suas cerradas alianças com as ideologias dominantes, incluindo a sexual (Vance, 1991: 880).

De salientar que a medicalização envolve não somente o controlo do comportamento social desviante, a medicalização atinge também populações saudáveis, em nome da prevenção da doença (Miles, 1991: 183), e não só os processos do ciclo vital feminino. A velhice, a infelicidade, a solidão, o divórcio, o luto, a pobreza e o desemprego têm paulatinamente sido aglutinados pela instituição médica (Helman, 1994: 147; Gabe, 1989: 223). Assim, o poder da medicina e dos seus profissionais é algo que não se limita ao campo da doença ou da desordem, estendendo-se progressivamente a outras áreas da vida; todos os aspectos da vida quotidiana são susceptíveis de tornarem-se assuntos de discurso público, produzido pelos profissionais médicos. As populações encontram-se, então, constantemente vigiadas por mecanismos de controlo social (Burry, 1998: 6-9).

Apesar do consenso existente face à essência da medicalização não existe, por seu turno, um acordo generalizado relativamente às suas causas.

Freidson argumenta que a expansão da jurisdição médica decorre fundamentalmente de uma atitude deliberada por parte da profissão médica em aumentar a sua esfera de dominação sobre a sociedade, mediante a definição do que constitui a saúde e a doença. Outros autores consideram que a medicalização resulta de processos sociais gerais aos quais a profissão médica responde (Gabe, 1989: 223).

Nesta linha de pensamento, Cecil Helman entende que existem mudanças operadas na sociedade responsáveis ou catalisadoras de uma cada vez mais intensa medicalização; segundo este autor, o “... declínio da visão-de-mundo religiosa e a substituição gradual da saúde como modelo de moralidade do universo determinaram a difusão das explicações médicas para certos aspectos da vida – e infortúnios – com os quais a medicina não havia se preparado para lidar. Hoje, a ideia de que um estilo de vida pouco saudável, por exemplo, pode causar problemas de saúde substitui os antigos conceitos religiosos de que um comportamento pecaminoso levava ao castigo divino” (Helman, 1994: 147). A ênfase na responsabilidade individual pela prevenção de doenças mais não fez do que aumentar a dependência dos indivíduos, especialmente das mulheres, face aos profissionais de saúde.

Illich, por seu turno, atribui a medicalização à crescente profissionalização e burocratização das instituições médicas associadas à industrialização. Para este autor, a expansão da moderna medicina, e o crescente uso da tecnologia médica, tem criado uma dependência nos médicos – a medicina como panaceia - obscurecendo as condições políticas susceptíveis de causar a doença e retirando aos indivíduos a capacidade para se empenharem na auto-promoção de saúde (in Lupton, 1994: 8; in Gabe, 1989: 223).

Zola entende que a medicalização está enraizada no desenvolvimento de um cada vez mais complexo sistema tecnológico e burocrático e numa confiança pelo especialista (in Gabe, 1989: 223); segundo este autor a medicina tornou-se uma instituição de controlo social substituindo o papel outrora desempenhado pela Igreja e pelo Direito na reposição de verdade (Lupton, 1994: 8; Miles, 1991: 182). A medicalização foi então favorecida pelas irrefragáveis conquistas da tecnologia e da ciência no que concerne à melhoria da esperança e da qualidade de vida. De salientar que Freidson, Illich e Zola integram a abordagem política económica que dominou a sociologia médica/sociologia da saúde e da doença particularmente entre 1970 e 1980.

“A medicalização ocorre com maior frequência no caso em que o corpo é entendido como uma máquina, e no caso em que ele é considerado à parte de seu contexto social e cultural” (Helman, 1994: 147). Neste sentido, a moderna ciência médica contribui para a fragmentação e perda de unidade do indivíduo. Quando a ciência trata a pessoa como uma máquina e assume que o corpo, desprovido de mente ou alma, pode ser fixado por manipulações mecânicas, ignora, e encoraja os próprios indivíduos a negligenciar esses outros aspectos, mais emocionais, dos *selves*. Mas se a moderna medicina contribui para a fragmentação do corpo humano, não é menos verdade que o

corpo feminino é muito mais decomponível que o masculino. O papel da tecnologia médica<sup>2</sup>, no processo de medicalização, é ainda sublinhado por Conrad; este autor refere que os médicos podem não ser os originais instigadores de específicas tecnologias mas eles estão invariavelmente no controle da sua implementação (Gabe, 1989: 223).

Segundo Cecil Helman, “... se alguns homens ainda vêem as mulheres e sua fisiologia feminina como representantes da natureza (*nature*) a qual é sem controlo, imprevisível e perigosamente poluidora – então os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de domesticar o incontrolável (principalmente na era do feminismo) e de torná-lo mais cultural no processo” (Helman, 1994: 147). As ciências biológicas e sociais uniram-se na atestação da superioridade masculina. A ordem social consubstanciou-se na ordem natural; “the assertion was that men’s and women’s social roles themselves were grounded in nature, by virtue of the dictates of their bodies” (Martin, 1988: 239).

Conrad e Schneider argumentam que o processo de medicalização tem uma ressonância cultural e uma forma organizacional compatíveis com os valores e estruturas da sociedade. Assim, para entender o alargamento da jurisdição médica há que ter em linha de conta o contexto mais geral no qual esse alargamento ocorre. Compreender a medicalização exige particular atenção aos específicos acontecimentos históricos e seus participantes (Bell, 1987: 565). Ainda de acordo com os anteriores autores a medicalização ocorre em pelo menos três níveis: conceptual, quando o vocabulário médico é usado para definir um problema; institucional, quando os profissionais médicos legitimam um programa ou problema no qual uma organização se especializa; e interaccional (interacção médico/paciente), quando o diagnóstico e tratamento do problema acontece, ou seja, quando o médico define e/ou trata as queixas do paciente como problemas médicos (Gabe, 1989: 223; Bell, 1987: 535; Ballard, 2001: 399).

### A medicalização da menopausa

Hepworth situa a disseminação do termo menopausa na segunda metade do século XIX<sup>3</sup>, naquilo que era essencialmente um discurso biomédico (Hepworth, 1998:

---

used in medical care and the organisational and support systems within which such care is provided” (Banta in Gabe, 1989: 224).

<sup>3</sup> Porém, Wilbush entende que o termo menopausa difunde-se antes no século XVIII; “the term ‘menopause’, originating in France, first came into medical usage in the late eighteenth century with the emergence of male medical specialists in ‘women’s problems’” (Wilbush in Hepworth, 1998: 281).

298); só a partir de 1970 o termo progrediu no discurso leigo devido à acção dos média. Assim, o termo menopausa gradualmente substituiu o conceito tradicional leigo da “mudança de vida” (Hepworth, 1998: 281). Esta substituição da terminologia leiga por um novo sistema de classificação científico/técnica integrou uma tendência, iniciada no século XVIII, de fundamentar as distinções sociais entre homem e a mulher com base em diferenças biológicas e com o aval da medicina e dos seus especialistas (Hepworth, 1998: 281). Estas distinções foram legitimadas, segundo Stephen Kern, pela teoria da evolução<sup>4</sup>, e por uma série de novas ciências (anatomia, fisiologia, antropometria, etc.) (Hepworth, 1998: 281-282). De acordo com Greer, os homens inventaram o termo menopausa, medicalizaram-no e impuseram-no às mulheres (Hepworth, 1998: 296). De acordo com Gürsoy o aumento do poder da medicina esteve dependente da criação, por parte dos seus profissionais (homens) de um lucrativo público: as mulheres da classe média (Gürsoy, 1996: 586).

A ideia da menopausa como uma condição médica não é recente, remontando mesmo à Grécia Antiga. Assim, Hipócrates, Aristóteles e Galeno entendiam que o fim da menstruação carecia de intervenção médica na forma de escorrimento de sangue (Ballard, 2001: 398).

A menopausa não foi, ao longo do tempo, definida pela medicina ocidental do mesmo modo; no século XIX a menopausa era considerada causadora de doenças enquanto que a partir da metade do século XX a menopausa assou a ser definida, ela própria, como uma doença (Lock in Helman, 1994: 150). Para Smith-Rosenberg a menopausa foi, nos séculos XIX<sup>5</sup> e XX, entendida pela maioria da comunidade científica em virtude de uma orientação de doença. No século XIX os médicos entendiam a menopausa como uma crise psicológica conducente ou a um período de tranquilidade ou à doença, dependendo isto do anterior comportamento da mulher e da sua predisposição para a malignidade. Denota-se aqui a responsabilidade individual da mulher na escolha

---

<sup>4</sup> O crescente domínio da teoria da evolução no pensamento científico, e a sua penetrante influência por toda a segunda metade do século XIX na política, na literatura, nas artes e na sociologia, reforçou a visão patriarcal já prevalecente na cultura ocidental, ou seja, que os homens estavam destinados pela natureza a assumir um activo papel na vida social enquanto as mulheres eram essencialmente passivas (Dijkstra in Hepworth, 1998: 282). Nesta construção do fundamento natural da diferenciação de género, o sistema reprodutivo feminino foi entendido como a origem fundamental da vulnerabilidade física e, por conseguinte, da inferioridade da mulher. Subjacente à progressiva medicalização dos processos reprodutivos femininos (menstruação, gravidez e menopausa) radica o postulado da fragilidade feminina.

<sup>5</sup> “If menstruation was consistently seen as pathological, menopause, another function which by this time was regarded as without analogue in men, often was too: many 19<sup>th</sup> century medical accounts of menopause saw it as a crisis likely to bring on an increase of disease” (Smith-Rosenberg in Martin, 1988: 241).



do seu futuro pós-menopausa. Smith-Rosenberg ressalva a postura, surpreendente, no século XIX, de alguns médicos: “[they] regarded the period after menopause far more positively than it is being seen medically in our century, as the ‘Indian Summer’ of a woman’s life – a period of increased vigor, optimism, and even of physical beauty” (Smith-Rosenberg in Martin, 1988: 241; Bell, 1987: 535; Hepworth, 1998: 284).

No final do século XIX a menopausa começou a ser encarada com grande ambiguidade. Por um lado, podia ser entendida pelas mulheres como uma mudança bem-vinda, como um processo biológico positivo, porque libertador; numa época anterior à contraceção eficaz, as mulheres estavam assim libertas de debilitantes nascimentos e da menstruação, processo este socialmente desvalorizado e embebido em tabus e preconceitos. Por outro lado, a menopausa poderia ser vista como a primeira fase do período de declínio conducente à velhice, período este igualmente considerado na época vitoriana, tal como o é actualmente, no melhor das hipóteses, como muito ambíguo (Hepworth, 1998: 283). Ironicamente a menopausa assinalou o fim do “incómodo” período menstrual somente para o substituir com outra “obscenidade”, o corpo feminino envelhecido num estado de dissolução física irreversível (Hepworth, 1998: 283).

No século XX encontra-se um substrato biológico para os sintomas de menopausa. Os cientistas descobriram e explicaram a forma, a função e o comportamento dos sexos libertando as mulheres da responsabilidade pelo seu “comportamento” durante a transição da menopausa atribuindo as suas causas a processos biológicos reais. No entanto, este processo não deixa de ser negativamente considerado. De acordo com Bell, o processo de medicalização aconteceu dado o carácter sexista dos valores e das estruturas predominantes na sociedade (Bell, 1987: 535). Eventos relacionados com o ciclo reprodutivo feminino - menstruação, gravidez, parto, (in)fertilidade, menopausa – têm sido sujeitos a uma continuada medicalização, mediante a (re)definição desses mesmos acontecimentos fisiológicos naturais enquanto deficiências endócrinas e, por conseguinte, pelo desenvolvimento de especialidades médicas e de tecnologia reprodutiva para os diagnosticar e tratar (Wijk, 1996: 713).

As experiências corporais das mulheres são particularmente vulneráveis ao controlo médico. “It could be said that similar to gender, reproduction as a component of culture is exhibiting signs of a social institution. As reproduction ascends as a social institution, it matures into a regulatory system, focused on the making of bodies which should embody wholeness (...), health, well-being and society’s future welfare (...) reproductive bodies become more valorized than ever before through medical

technology” (Ettorre, 1998: 549). A reprodução assume-se como um sistema normativo, controlando as acções dos corpos procriativos (masculino e feminino). Mas dado que o corpo feminino, muito mais do que o masculino, é considerado como reprodutivo, tende então a ser objecto de um maior controlo.

A nível conceptual, a medicalização da menopausa, a sua definição e tratamento enquanto uma “doença” de deficiência, deveu-se, segundo Susan Bell, a uma fracção privilegiada de profissionais médicos americanos no período entre 1930 e 1940<sup>6</sup> (Bell, 1987: 535; Wijk, 1996: 713). Esta transformação conceptual foi possível graças a um crescente número de processos interrelacionados que ocorreram durante este período. Ironicamente, os médicos pretenderam com a definição da menopausa, enquanto doença de deficiência, demonstrar e assegurar às mulheres que a menopausa constituía um evento fisiológico normal do ciclo de vida feminino. Embora tenham efectivamente demonstrado as bases biológicas deste evento, essa demonstração tem subjacente a si implicações sociais e sexistas. Na prática, promoveram a menopausa enquanto algo patológico e reforçaram a visão já prevalecente e estereotipada da mulher como o sexo fraco e imperfeito, condicionado pelas suas hormonas (Bell, 1987: 540).

De salientar que os médicos, embora reconhecessem a possibilidade de factores psicológicos e ambientais estarem intrincados na sintomatologia associada à menopausa, tenderam a privilegiar os factores biológicos e hormonais. Todavia, mesmo considerando que distúrbios psíquicos e emocionais faziam parte da síndrome da menopausa situaram a causa desses sintomas no comportamento e na própria natureza (imperfeita) da mulher. Era ela de facto a responsável pelos distúrbios e pela sua posterior cura. Segundo Robert Frank “... the symptoms of menopause would be ‘most stormy in nervous, neurotic and unbalanced women and less marked in the well-poised and stable individual’” (Bell, 1987: 539).

A nível conceptual, a medicalização da menopausa foi então anuída pela aliança entre o trabalho laboratorial e a medicina, concretamente pela descoberta de uma teoria da etiologia, tornada possível mediante o paradigma da endocrinologia sexual. Os cientistas desenvolveram teorias acerca do papel das hormonas na diferenciação entre os sexos, na reprodução e na sexualidade. Mas desenvolveram igualmente instrumentos

---

<sup>6</sup> Não existe um consenso entre os cientistas sociais norte-americanos acerca da data da medicalização da menopausa, se em 1930 ou, mais tarde, em 1960. Porém, Susan Bell entende que pelo menos ao nível conceptual a medicalização da menopausa aconteceu entre 1930 e 1940 (Bell, 1987: 536).

para a pesquisa: extractos puros de hormonas e substitutos sintéticos (incluindo DES<sup>7</sup>, um estrogénio sintético) (Bell, 1987: 536).

O desenvolvimento de estrogénio sintético (DES) é emblemático dos esforços de controlo social protagonizados pela medicina. Estes desenvolvimentos laboratoriais permitiram tratar as “deficiências hormonais” nas mulheres mediante a terapia de substituição hormonal (THS). Assiste-se então à **definição da menopausa enquanto uma doença de deficiência hormonal**; e os médicos ficaram com o direito exclusivo de diagnosticá-la e tratá-la, pois somente eles podiam prescrever estrogénio. A medicalização aumenta, em última instância, a autoridade cultural da medicina (Helman, 1994: 150). Esta autoridade foi ainda ampliada pela introdução de instrumentos e métodos científicos na sua prática, dotando o diagnóstico ou o julgamento médico de um cariz mais objectivo (Bell, 1987: 537-539).

### A “mezinha que tudo cura”

A terapia hormonal de substituição arroga-se como a expressão máxima da medicalização da menopausa; tendo em conta a definição biomédica da menopausa como uma “doença”, a THS surge como a solução para prevenir a decrepidez e a redundância sexual associadas a este processo (Harding, 1997: 135).

A partir de 1960 assiste-se a uma comercialização da menopausa em virtude da administração da THS (Hepworth, 1998: 280). Convém antes de mais situar o nascimento e a disseminação desta terapia nos EUA; é de facto aqui que a THS se conseguiu primeira e mais fortemente impor. Por comparação ao contexto europeu, as mulheres americanas são as suas grandes “consumidoras”<sup>8</sup>. De salientar que em Portugal a THS é pouco usada; “enquanto na Europa os medicamentos de hormonas femininas sintéticas registam uma procura média de 10%, em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa da Menopausa – SPM, ela não passa dos dois a três por cento. A maioria das mulheres passa bem sem a terapia, aceitando as manifestações do climatério com a mesma naturalidade que a síndrome pré-menstrual. E, das que recorrem à TSH, muitas

---

<sup>7</sup> O DES começou a ser produzido em 1938 mas só em 1941 foi aprovado para comercialização (Bell, 1987: 536).

<sup>8</sup> Saliente-se que os EUA, para além de ser o país onde a THS é mais recorrente, é igualmente o país onde se praticam mais cesarianas e histerectomias, falando-se de uma subvalorização, por parte dos médicos e dos doentes, do útero. Neste país a histerectomia é, a seguir à cesariana, a intervenção cirúrgica mais vulgarmente praticada (Northrup, 1994: 162).

não as completam” (Time/Visão, 2002: 89). Ainda de acordo com a SPM 40% das mulheres alemãs e 60% das mulheres americanas recorrem à THS (<http://ultimahora.publico.pt>).

Saliente-se então a postura (oficial) da SPM: “Os tratamentos de correcta compensação hormonal permitem dar mais anos às suas vidas e mais vida aos seus anos, como tem sido dito e provado repetidas vezes. Lamentavelmente, só cerca de 15% das mulheres que iniciaram um tratamento o mantêm após um ano, o que significa que a grande maioria da população feminina não está a ser correctamente tratada e protegida. Isto deve-se, sobretudo, à falta de informação e à desinformação. Neste aspecto, a responsabilidade cabe-nos a nós, médicos, porque não sabemos ainda dar a informação suficiente. O problema não se verifica apenas em Portugal.” (<http://www.spmenopausa.pt/>)

A THS está cada vez mais envolta em polémica à medida que se multiplicam os estudos epidemiológicos destinados a perceber os efeitos positivos e negativos subjacentes aos tratamentos de longa duração com hormonas sexuais após a menopausa. Apesar das polémicas pode-se falar de um consenso médico relativamente aos seus benefícios: diminuição do risco de doença cardíaca, considerada a causa de morte primeira nas mulheres (os estrogénios elevam o HDL - colesterol benéfico - e têm um efeito benéfico nas paredes dos vasos sanguíneos); prevenção do cancro do cólon; inibição da dissolução óssea e, assim, diminuição (prevenção) do risco de osteoporose; prevenção da incontinência; evitamento da atrofia e secura vaginal, reduzindo as possibilidades de sangramento durante o acto sexual; aumento da camada de colagénio da pele, que melhora a elasticidade e ajuda a prevenir as rugas; preservação da libido e da atractividade; melhoria da qualidade de vida e da longevidade.

Relativamente às contra-indicações da THS destacam-se: adenocarcinomas do útero e da mama, sangramentos vaginais não esclarecidos, acidentes trombo-embólicos agudos, doenças graves do fígado, nódulos da mama de causa não esclarecida ([www.spmenopausa.pt](http://www.spmenopausa.pt)). Outros autores entendem que a THS acarreta outros efeitos secundários, nomeadamente sintomas reminiscentes da fase pré-menstrual como perda de sangue, seios entumecidos, variações de humor, retenção hídrica, náuseas e borbulhas. De acordo com Natalie Angier os efeitos secundários tendem geralmente a ser minimizados na informação médica (Angier, 1999: 226). Segundo Wijk há uma base insuficiente para o uso indiscriminado da terapia de substituição hormonal em todas as mulheres pós-menopáusicas (Wijk, 1996: 713).

As mulheres podem então usar a terapia hormonal por razões preventivas (na doença cardiovascular, osteoporose e doença de Alzheimer) e/ou na solução dos sintomas imediatos associados às alterações hormonais. De facto, a prevenção e a qualidade de vida assumem-se como argumentos centrais na justificação do tratamento médico da menopausa (Massé, 2001: 54): “gerir activamente a pós-menopausa é uma oportunidade para as mulheres evitarem a doença e melhorarem a qualidade de vida a longo termo” (Sociedade Portuguesa de Menopausa, 4).

O entendimento médico da menopausa aponta sempre para uma condição indesejável: de deficiência ou de “anormalidade”; se a menopausa em si não constitui uma doença, pode facilitar o aparecimento de doenças ou de situações de desconforto se não for atempadamente tratada (medicada) com hormonas: “it is a normal physiological process related to ageing, but can generate disease if not treated” (Massé, 2001: 49). A menopausa é considerada não enquanto doença, mas como um factor de risco para a doença. Os médicos entendem ainda que a adopção de hábitos saudáveis (deixar de fumar, melhoria da dieta, exercício físico) não é suficiente para contrabalançar os impactos do desequilíbrio hormonal. A melhoria das condições gerais de vida e um comportamento mais saudável podem modificar, mas não apagar as manifestações físicas e psicológicas da menopausa (Massé, 2001: 50).

O recurso massivo à THS só será uma realidade se os médicos lançarem o espectro da enfermidade caso as mulheres a ela não recorram, eliminando assim a crença na menopausa como algo bom e natural. Duas consequências decorrem então do uso generalizado da terapia de substituição hormonal: o surgimento de um enorme número de consumidoras requerendo serviços farmacêuticos e serviços de acompanhamento ao tratamento e a progressiva sujeição das experiências corporais femininas a técnicas de escrutínio médico (Harding, 1997: 135).

Em todo o processo de medicalização da menopausa há que atender ao papel da indústria farmacêutica. “The financial advantage to establishing the notion, in the collective consciousness of medical professionals and women, that fully half the world’s people, once they reach midlife, require long-term, perhaps life-long, pharmacological treatment is staggering (...) The industry supports a huge marketing effort, providing gifts to prescribers of drugs, sponsoring ‘educational’ seminars to health providers and special supplements in medical journals, providing ‘informational material’ to consumers, and advertising extensively on television. Moreover, funding of research by

the pharmaceutical industry may bias researchers and lead to erroneous recommendations for clinical practice” (Meyer, 2001: 782-783).

A indústria farmacêutica e os profissionais da medicina criaram uma espécie de cenário de “morte social”: de que assim que a mulher passe a menopausa, e a menos que tome medicamentos (hormonas), o seu corpo começará um processo crescente de deterioração. O discurso farmacêutico e médico têm predominantemente concebido as mudanças normais características da meia-idade e do processo de envelhecimento de um modo negativo e, por vezes, alarmista. A associação entre menopausa e envelhecimento está, como se verá mais adiante, profundamente enraizada nos discursos correntes.

Nas sociedades contemporâneas a saúde é conceptualizada como um valor e um dever social (Crawford; Herzlich e Pierret in Howson, 1998: 223). A prevenção da doença tornou-se numa obrigação suprema (Ballard, 1999: 398). Por conseguinte, assiste-se à **construção da menopausa enquanto risco**<sup>9</sup>; e o modelo biomédico sugere então estratégias (como a THS) que permitem prevenir a suposta degeneração física e psicológica que advém com a transição da menopausa: “issues of risk are increasingly mobilized to secure and sustain female participation in THS” (Howson, 1998: 220; Meyer, 2001: 769). As sociedades contemporâneas são assim o palco de novas formas de controlo e governo; o enfoque na prevenção enquanto estratégia, visando uma redução dos riscos de doença, mais não é que colocar nas mãos do próprio indivíduo a responsabilidade moral pela sua saúde (Howson, 1998: 219). Kaufert e McKinlay salientam que, a partir do momento em que a menopausa foi definida enquanto uma condição de deficiência, o seu tratamento com estrogénio foi não só legítimo, mas tornou-se igualmente uma obrigação (in Bell, 1987:539). A THS transforma-se numa importante “tecnologia de poder”.

Foucault analisou a relação entre o discurso médico e o exercício de poder na sociedade salientando as alianças entre discurso, prática médica e grupos profissionais (Turner, 1987: 10). O conhecimento que os médicos possuem dota-os, para além de prestígio e autoridade, de poder profissional e científico exercido sobre as populações. A estas é pedida uma maior racionalidade no que concerne aos comportamentos que adoptam. Exige-se-lhes uma atitude mais calculada no que respeita à sua saúde e à

---

<sup>9</sup> De salientar que o risco e a incerteza são temas centrais para Anthony Giddens, Mary Douglas e Ulrich Beck; estes autores entendem que o risco (e a sua prevenção) assume-se como uma das características chave das sociedades contemporâneas.

adopção (ou não) de potenciais comportamentos de risco. O indivíduo torna-se então responsável pelo advento da doença.

Howson salienta que, segundo o discurso biomédico, as mulheres devem privilegiar a prevenção não somente para assegurar a sua própria saúde, mas também para manter as suas obrigações (domésticas e familiares) relativamente aos outros (Howson, 1998: 221).

A promoção da THS deve ser, no meu entender, associada ao culto do “corpo belo” e, por conseguinte, ao esforço constante de exaltação e manutenção da juventude. Estas duas tendências culturais ganham visibilidade no âmbito da cultura de consumo. O corpo torna-se então objecto de salvação, substituindo a alma na função ideológica e moral. “In the consumer culture (...) we are constantly reminded that individuals who take care of their bodies stay healthier, live longer, maintain their figure and look good” (Öberg, 1999: 631).

Quando a THS começou a ser comercializada, primeiramente nos EUA, um dos seus alegados benefícios seria a manutenção da juventude; mantinha a pele elástica, aliviando ou evitando o aparecimento de rugas. Robert Wilson, um dos seus grandes impulsionadores, sustentou, no seu livro *Feminine Forever* (1966), que todas as mulheres deveriam tomar estrogénio desde a puberdade até ao fim dos seus dias (Fairhurst, 1998: 259; Time/Visão, 2002: 90).

Hepworth e Featherstone entendem que, na década de 70, os média contribuíram para a redefinição da imagem da meia-idade como um período da vida positivo e jovem; mediante esta imagem são exaltados os benefícios do exercício físico e a preocupação com a aparência (in Fairhurst, 1998: 263). A meia-idade avoca-se então como um período que encerra em si uma ambiguidade. Ou seja, por uma lado uma série de mudanças corporais e experienciais são susceptíveis de acontecer durante este período, não requerendo atenção, intervenção e tratamento; por outro lado, esta normalidade é vista de um modo ou de outro como patológica, postulando-se assim a necessidade de cuidado e intervenção de modo a manter ou prolongar uma plataforma de vitalidade, juventude e bem-estar no decurso da vida (Hepworth, 1998: 276). Desde já há a reter a ideia de que **associada à medicalização da menopausa está igualmente a medicalização do processo de envelhecimento** (Hepworth, 1998: 276).

A meia idade provavelmente constitui-se como uma altura em que o corpo está em evidência biológica corporal e mortal<sup>10</sup>. Nesta fase, os indivíduos estão mais propensos a preocupações relativamente ao controlo e manutenção do seu corpo. Esta preocupação pode repercutir-se nas suas relações pessoais e sociais assim como nas relações com aqueles que medeiam as preocupações socialmente definidas relativamente à saúde: médicos e promotores de saúde (Martin, 1987: 143).

**O corpo reveste-se de uma basilar importância na auto-imagem dos indivíduos; a aparência assume, no contexto da cultura de consumo, uma importância central na aceitabilidade social.** É recorrente que a imagem positiva que o indivíduo concebe do seu corpo seja responsável por um acréscimo de bem-estar, auto-confiança e estima, essenciais para um melhor relacionamento e sucesso social (Nettleton, 1998: 2). Por conseguinte, será igualmente mais provável que, também, os outros se posicionem relativamente a si de um modo positivo. A aparência física assume assim uma importância fundamental quer na atracção, quer na manutenção de qualquer relacionamento. Portanto, a percepção que os indivíduos têm de si, do seu corpo, repercute-se no entendimento do *self*, no seu grau de confiança, na natureza das suas relações sociais; enfim, na sua capacidade de interacção social. Segundo Featherstone o indivíduo moderno pode ser descrito como um *performing self* constantemente exposto e julgado pelo sucesso da sua apresentação na esfera pública (Martin, 1987: xiv). Estamos assim perante o quadro teórico apanágio do interaccionismo simbólico.

De salientar que a imagem que o indivíduo constrói do seu corpo é mediada pelo contexto cultural e social envolvente. Assim, o acto de percepção assume-se como um processo socialmente construído (Nettleton, 1998: 16-17). Também Öberg e Tornstam enfatizam o papel das correntes culturais na experiência subjectiva da imagem corporal; esta imagem resulta assim de um constante processo de negociação através do qual os indivíduos tomam consciência de si, do que foram e do que se podem tornar, mediante um processo criativo e activo de reflexão sobre as correntes imagens culturais (Öberg, 1999: 630). Sault entende que a imagem corporal detém uma natureza dinâmica, integrada e interactiva onde indivíduo e ambiente envolvente exercem uma mútua influência.

---

<sup>10</sup> Nas sociedades industrializadas, as taxas de mortalidade e morbilidade tendem a elevar-se a nível populacional na meia-idade; os indivíduos estão assim mais vulneráveis à doença, por vezes grave, e à morte. Todavia, a maior parte dos indivíduos mantém-se saudável, sendo que este período é igualmente descrito como positivo (Martin, 1987: 142).



## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

Existem relações sociais de poder subjacentes à construção da identidade e à interação social dos indivíduos; as características corporais dos indivíduos situam-nos nessas mesmas relações de poder (Koutroulis, 197-198).

No âmbito da cultura de consumo, os indivíduos são, assim, constantemente inundados por mensagens que preconizam um ideal de juventude eterna. A cultura de consumo tende assim a reforçar o estigma do envelhecimento; promove-se a juventude e rejeita-se a velhice, sugerindo-se maneiras de permanecer jovem ou de envelhecer sem sinais de envelhecimento.

A promoção cultural (e obsessiva) da juventude, ou de como se deve envelhecer de um modo jovem através do prolongamento continuado da meia-idade, pode surtir sentimentos negativos nos indivíduos que não conseguem atingir esses ideais (Öberg, 1999: 632). O corpo envelhecido ou o corpo que revela algum tipo de incapacidade pode constituir uma agudizada fonte de ansiedade.

O declínio natural do corpo pode ser perspectivado como um sinal de decadência moral. “A body that does not function ‘normally’ or appear ‘normal’, that is confined to a wheel-chair or bed, is both visually and conceptually out-of-place, as evidenced by the lack of public facilities for people with disabilities or the elderly” (Lupton, 1994: 38). Não obstante, o declínio biológico do corpo, a finitude do corpo humano, é uma realidade a despeito da multiplicidade de técnicas, produtos e serviços hoje disponíveis para fazer frente a esse declínio natural. A aparência idealizada pode assumir-se como uma utopia. O envelhecimento pode ser por muitos entendido como uma inevitabilidade, constituindo a ordem natural da vida e assim carecendo de aceitação ao invés de ser combatido (Fairhurst, 1998: 272).

As consciências subjectivas individuais são assim moldadas por ideais de juventude (Hepworth, 1998: 295). “There is always an interplay between cultural-images and self-images, *i.e.* the social order is reproduced in the individual’s embodied social experience, subjectivities are structured by the situation in which we live” (Öberg, 1999: 629-630). A maioria destas mensagens é especificamente dirigida à mulher, e ao corpo feminino.

Comparando os dois sexos é comumente aceite que os homens têm menos a perder em termos de *status* social com o processo de envelhecimento. Os ideais de atracção sexual nos homens não se encontram tão associados à aparência. Segundo Pliner, os homens mais velhos podem ser considerados distintos dada a potencial ligação entre maturidade, poder e riqueza (Pliner in Tunaley, 1999: 744). “In contrast to the

weaker and more vulnerable feminine body, the site of transient beauty and sexual allure, the ideal male body was conceptualized as unitary, physically strong and slow to age: designed through the evolutionary process to cope with a lifetime's battle for survival in the public sphere” (Hepworth, 1998: 284). Para Fairhurst a aparência física torna-se o eixo da identidade feminina<sup>11</sup> (Fairhurst, 1998: 259).

A partir dos anos 80 a tradicional separação entre corpo e mente deixa de fazer sentido no âmbito da cultura de consumo; os indivíduos, para além de possuírem um corpo, tornam-se cada vez mais esse corpo. “The exterior territories, or surfaces, of the body become symbols of the self, of the real character of the individuals” (Öberg, 1999: 631). Pensamentos e sintomas corporais estão intimamente relacionados, o corpo torna-se a manifestação visível da mente. As emoções, até mesmo aquelas que não são expressas ou que são reprimidas, detêm sempre uma componente física (Northrup, 1994: 52; Damásio, 1995).

Featherstone e Hepworth, no entanto, com o conceito de máscara de envelhecimento, pretendem dar conta da identificação negativa ou não identificação dos indivíduos com o seu corpo exterior. O conceito de máscara de envelhecimento implica uma dissociação entre sentir (ou experienciar) a idade e parecer essa idade. A máscara do envelhecimento é, assim, um disfarce. Mas este conceito pode simultaneamente oferecer uma estratégia para o indivíduo manter um conceito positivo e jovem de si mesmo. “The mask refers to a gap between the exterior of the face and the body on the one hand, and the inner subjective feeling of personal identity on the other – a gap which seems to be more apparent when people grow older” (Öberg, 1999: 634).

Turner salienta a relação contraditória que pode surgir, no processo de envelhecimento, entre um sentimento subjectivo de juventude interior e o processo exterior de envelhecimento biológico (Öberg, 1999: 634). Assim, o corpo exterior pode ser interpretado como uma traição da juventude do *self* interior. A disjunção entre os dois é entendida por Turner como o centro da tragédia pessoal. Portanto, decorrente do envelhecimento pode acontecer uma discordância entre o *self* interior e o corpo exterior.

As próprias pessoas procedem muitas vezes a uma separação entre corpo e mente quando referem que o seu corpo não traduz a jovialidade do seu espírito. Nestes termos, os indivíduos procedem a uma objectificação do seu corpo; o corpo não reflecte o modo como se concebem enquanto pessoas (Featherstone and Hepworth in Burley,

---

<sup>11</sup> Estas ideias serão retomadas no próximo capítulo “O Verão Indiano”

1998: 153). Fairhurst salienta igualmente a separação que os indivíduos fazem entre o *self* e o corpo físico; separação esta que permite que as mudanças na aparência exterior se tornem mais suportáveis para o indivíduo (Fairhurst, 1998: 268-269). Na esteira dos anteriores autores, Burley sugere que “some perceived separation of the body and self is part of the biographical narrative of those in their middle years” (Burley, 1998: 153-154). Portanto, pode haver um desfasamento entre o corpo que é visto pelos outros e o corpo que o indivíduo gostaria que os outros vissem, ou o corpo que ele próprio sente acerca de si mesmo e que não encontra correspondência real e física.

Ainda de acordo com o interaccionismo simbólico, a manutenção, por parte do indivíduo, de um controlo sobre o corpo é essencial para a apresentação do *self* no quotidiano, criando assim um *self* idealizado, e para a sua aceitabilidade social. O sucesso da interação social resultará ainda da não afectação negativa que o julgamento dos outros, na esfera pública, detém na auto-identidade dos indivíduos.

O indivíduo toma consciência do seu corpo também através da necessidade de o manter sob vigilância. Vários autores, onde se inclui Foucault, salientam o controlo que os próprios indivíduos exercem sobre si mesmos a despeito da ausência de uma figura concreta de poder ou autoridade (Martin, 1987: xiv; Lupton, 1994: 32). O corpo está sujeito a um apertado poder que lhe impõe constrangimentos, interdições e obrigações (Foucault, 1975: 161). Segundo Sarah Nettleton, “bodily controls and their impact upon the self and identity are both internally and externally rooted. Social controls and internal controls of the body and the self are inherently interrelated and mutually reinforcing” (Nettleton, 1998: 16).

A perda de controlo sobre o corpo pode ser associada a uma perda de aceitabilidade social. Featherstone e Hepworth usaram a noção de “bodily betrayal” para caracterizar esta ideia. “Loss of bodily controls carries similar penalties of stigmatisation and ultimately physical exclusion (...) Indeed, the failure of bodily controls can point to a more general loss of self image...” (Featherstone e Hepworth in Nettleton, 1998: 15).

As ideias até aqui esboçadas adquirem relevância quando se pretende analisar a menopausa. Ou seja, **em virtude da experienciação de sintomas, nomeadamente os afrontamentos, as mulheres podem sentir uma perda de controlo sobre o seu corpo. No seu quotidiano, a mulher pode tentar ocultar esse estado dos outros e caso esse estado seja revelado um sentimento de embaraço e vergonha, de quebra de controlo e de exposição social, pode advir** (Kittell et al. in Ballard, 2001: 408). “One would like to say that we lose the unity of our body only under special pathological conditions; but

we also have to remember how much the feeling of our body varies under normal conditions (...) We build the picture of our body again and again” (Martin, 1987: 75).

Mas, que situações sociais serão mais propensas a criar embaraço? O embaraço pode advir de situações em que o *self* que o indivíduo pretende projectar na interacção é precedido por outro *self* que o indivíduo preferia não ver reconhecido ou um *self* que não é compatível com a situação presente. Nestes termos, cada indivíduo possui múltiplos *selves* (Goffman, 1993: ; Martin, 1987: 167-168).

Edelman entende que o sentimento de embaraço pode advir de múltiplas situações: falha na confirmação do “self-image”; incapacidade de controlar funções corporais, tropeçar ou derramar coisas que traduzem assim uma ausência de compostura ou falha de competência social; imobilismo na interacção social originado pela descoberta de que a outra pessoa é mais importante do que se pensou ou tem uma deformidade até à altura desconhecida; quebra de privacidade, onde o indivíduo vê o seu espaço pessoal invadido ou se torna o centro das atenções quer por mérito ou criticismo; embaraço enfático (ou categórico) como quando alguém está embaraçado ao se dar conta que outro alguém está igualmente embaraçado ou deveria estar (Martin, 1987: 168).

De acordo com Emily Martin, quase todas as anteriores situações podem estar implicadas aquando do surgimento de afrontamentos, o sintoma por excelência das alterações hormonais características da transição da menopausa; “... hot flashes make you feel like everyone is looking at you; they are an outward public sign of an inner bodily process associated with the uterus and ovaries, which are supposed to be kept private and concealed; they reveal indisputably that one is a woman and a woman of certain age; in situations where one is projecting the aspect of the self as colleague, fellow worker, leader, or reliable functionary, these other parts of the self may be felt to be inappropriate, so much so that mentioning them brings on empathic embarrassment” (Martin, 1987: 168-169). No estudo realizado por esta autora as mulheres entrevistadas revelaram sentir os afrontamentos em situações em que estavam especialmente nervosas ou que queriam causar boa impressão (Martin, 1987: 170).

Emily Martin chama a atenção para o elevado número de ocasiões nas quais a mulher se encontra numa situação subordinada em virtude da sua posição estrutural na sociedade; conseqüentemente terá grandes probabilidades de sentir embaraço e, assim, afrontamentos (Martin, 1987: 169). A posse de poder e status ditam o sucesso da apresentação do “eu” na esfera pública. A anterior autora salienta a frequência com que as mulheres, ao relatarem as suas experiências da menopausa, procedem a uma

dissociação entre o *self* e o corpo. No caso particular dos afrontamentos mencionam que, nesses momentos, é como se não se reconhecessem a si próprias, como se uma força externa tomasse conta do seu *self* (Martin, 1987: 167) e um sentimento de fragmentação e perda de unidade fosse gerado. Porém, há que considerar a hipótese das sensações sentidas pela mulher, aquando da menopausa, serem percebidas como inerentes a si e ao seu corpo, formando-se uma unidade entre *self* e experiência física.

Tendo em consideração o atrás exposto, importa perceber:

- **de que modo a definição de menopausa** (negativa e alarmista) **por parte da medicina** (menopausa enquanto fase da vida que necessita de tratamento) **penetrou o próprio entendimento da mulher sobre esse processo; e, por conseguinte, se faz terapia hormonal;**
- **se mediante a menopausa a mulher sente uma perda de controlo sobre o seu corpo, e como essa sensação se repercute no seu dia-a-dia;**
- **se a mulher concebe a menopausa como algo inerentemente ligado ao processo de envelhecimento** - esta associação está muitas vezes presente nos discursos médico e farmacêutico;
- e dada a exaltação do corpo e a necessidade de o “trabalhar” nas sociedades contemporâneas, **como experienciam as mulheres as alterações corporais associadas ao envelhecimento; darão importância aos conselhos promovidos pelos média, de promoção e conservação da jovialidade, ou aceitarão as alterações corporais com naturalidade, como uma consequência inevitável da idade?;**
- **se a mulher procede à dissociação entre espírito e corpo na sua auto-percepção.**

### Medicalização ao nível do discurso

Neste capítulo dar-se-á conta do campo lexical erigido para qualificar a menopausa; campo que se assume, também, como uma forma de medicalização. Embora com as devidas reservas, pois trata-se de um domínio que foge ao âmbito sociológico, julgou-se pertinente proceder a esta explanação uma vez que muitos destes termos

foram-no já e serão repetidamente referidos ao longo do trabalho, especialmente na pesquisa empírica.

O discurso médico definiu várias categorias menopáusicas ou *status* menstruais, três períodos largamente reconhecidos dotados de um carácter transaccional (Ballard, 2001: 399). A **pré-menopausa** refere-se à totalidade do período reprodutivo até ao período menstrual final (menopausa). A **perimenopausa** é definida como o período de tempo que se inicia quando ocorrem as mudanças endocrinológicas associadas à menopausa, e continua aproximadamente até um ano depois do período menstrual final (Ballard, 2001: 400). Porém, Morrissey e Kirchner não procedem a nenhuma distinção entre estes dois períodos, “a perimenopausa ou pré-menopausa, é o período de anos em que os ciclos ovulatórios normais dão lugar à ausência de menstruação. Este período é marcado por ciclos menstruais irregulares. A duração do ciclo começa a aumentar (...) e a ovulação e a fertilidade diminuem” (Morrissey, 2001: 71). A **pós-menopausa** refere-se ao tempo após o período menstrual final (menopausa). O movimento através destes três períodos é definido como a transição da menopausa (Ballard, 2001: 400).

**A menopausa é considerada como equivalente ao período menstrual final, o qual só pode ser confirmado retrospectivamente. Portanto, o termo menopausa refere-se apenas à data da última menstruação espontânea.** De acordo com Morrissey e Kirchner, “a menopausa define-se como o ponto, após perda da função ovárica, em que ocorre interrupção da menstruação” (Morrissey, 2001: 71). Por conseguinte, a mulher não saberá se atingiu a menopausa até que tenha estado sem período menstrual por 12 meses. Não é algo de que se tenha consciência imediata, mas depende de um exercício de lembrar o passado. Por vezes, os médicos efectuam análises ao sangue<sup>12</sup> para “diagnosticar” a menopausa (<http://www.inorm.org/language.html>).

O termo menopausa é, ainda, frequentemente associado a um outro, o **climatério**, e não raras vezes são, apesar da inexactidão, utilizados como sinónimo um do outro<sup>13</sup>. “Os anos que rodeiam a menopausa e que abrangem a mudança gradual da função dos ovários constituem uma fase completa na vida de uma mulher, que dura entre seis e treze anos, conhecida por climatério” (Northrup, 1994: 437). De acordo com Shaw, o climatério inicia-se antes (10/15 anos) da menopausa e continua após este

---

<sup>12</sup> “physicians tested for Follicle Stimulating Hormone (FSH) and Lutenizing Hormone (LH), two biological markers for ovarian failure” (Massé, 2001: 49).

<sup>13</sup> É natural que ao longo deste trabalho se tenha utilizado o termo menopausa quando seria mais exacto utilizar o de climatério; no entanto, os autores (na maioria oriundos das ciências sociais) que foram consultados também utilizam preferencia e intuitivamente o termo menopausa.

evento por mais 10 anos (Shaw e Novak in Ballard, 2001: 400). O climatério engloba então a perimenopausa, a menopausa e os primeiros anos da pós-menopausa (Morrissey, 2001: 71; Lopes, 1994: 31). A menopausa é apenas um dos processos que caracterizam o climatério.

Nas sociedades ocidentais a idade média da menopausa situa-se nos 51,3 anos, isto é, se estivermos a falar de **menopausa natural** que normalmente ocorre entre os 45 e os 55 anos. Mas as mulheres podem igualmente ter uma **menopausa precoce** ou **prematura** (ou de amenorreia secundária) por razões que permanecem ainda extensamente desconhecidas para os especialistas. Morrissey e Kirchner entendem que a pertença a uma classe sócio-económica elevada e o consumo de tabaco assumem-se como factores de risco (Morrissey, 2001: 71; Sociedade Portuguesa Menopausa, 2). Christiane Northrup sustenta que a menopausa precoce resulta de uma perturbação auto-imune relacionada com má alimentação ou tensão crónica, responsáveis pela produção de anticorpos antiováricos. A menopausa precoce pode igualmente ocorrer nas mulheres sujeitas a quimioterapia em virtude de cancro (de qualquer tipo) ou a radioterapia à pelve (Northrup, 1994: 453-454).

Mas a terminologia associada à menopausa é ainda mais vasta (e confusa). A mulher pode ainda entrar na menopausa em virtude de uma cirurgia, falando-se assim de uma **menopausa artificial** (ou induzida), ou **cirúrgica**, neste caso quando são removidos os dois ovários (ovariectomia bilateral). “A histerectomia [remoção do útero] com remoção dos ovários<sup>14</sup> ou salpingooforectomia bilateral (remoção das trompas e dos ovários) resultam em menopausa instantânea nas mulheres pré-menopáusicas” (Northrup, 1994: 453). Porém a histerectomia sem remoção dos ovários, anterior à menopausa natural, não resulta necessariamente em menopausa. Uma mulher submetida a este procedimento (histerectomia sem remoção dos ovários) atinge a menopausa segundo uma definição, dado que teve o seu último período menstrual; mas na realidade pode não ter tido as alterações hormonais correspondentes. Outras mulheres, contudo, têm de facto mudanças hormonais depois de uma histerectomia. O porquê destes contrastes ainda não foi devidamente compreendido (<http://www.inorm.org/language.html>).

Christiane Northrup insurge-se contra o facto da histerectomia estar tão disseminada nos EUA; neste país subsiste entre muitos médicos a ideia segundo a qual:

---

<sup>14</sup> Ooforectomia: remoção do útero e ovários (Northrup, 1994: 185).

“a histerectomia justifica-se em mulheres chegadas ao fim do seu período reprodutor, nas quais o útero deixou de desempenhar uma função útil [...] e [...] quando deixou de se pretender procriar, o útero pode ser removido porque, embora para pouco ou nada contribua, o órgão envelhecido está sujeito a degeneração e doença grave” (Northrup, 1994: 162). Esta autora (e médica) considera que o útero desempenha um papel na regulação hormonal, e a sua remoção não é aconselhável, a menos que absolutamente necessária. Saliente-se a visão de outro médico americano, R. C. Wright (1969): “the uterus has but one function: reproduction. After the last planned pregnancy, the uterus becomes a useless, bleeding, symptom reproducing, potentially cancer bearing organ, and therefore should be removed” (Wright in Wijk, 1996: 714).

Ainda não foi gerado consenso acerca das consequências da remoção do útero a nível sexual. E. Davis entende que a total remoção do útero em nada interfere com a vida sexual normal, podendo mesmo melhorá-la (Northrup, 1994: 162). Outros autores consideram que existe base psicológica para uma diminuição do interesse sexual em algumas mulheres sujeitas a histerectomia/ooforectomia, dado que a remoção dos ovários está associada a uma diminuição drástica da produção de testosterona e outros androgénios; assim, a perda da libido estaria associada à perda destas hormonas. Mas, por outro lado, “em mulheres que durante anos sentiram dores durante o acto sexual, ou que tiveram dores pélvicas devido a problemas uterinos ou ováricos, uma histerectomia pode melhorar grandemente a qualidade global das suas vidas” (Northrup, 1994: 186).

Christiane Northrup entende que o colo do útero e o próprio útero actuam como um ponto de arranque para o orgasmo; por conseguinte, muitas mulheres sentem as contracções rítmicas e profundas do útero como uma parte muito agradável do orgasmo. Se a mulher se sente positivamente ligada aos seus órgãos sexuais, a sua remoção poderá afectar-lhe a vida sexual quer devido a factores biológicos, quer psicológicos (Northrup, 1994: 185).

O tratamento por radiação ou quimioterapia e o efeito de certos medicamentos que obstam os ovários de funcionarem são responsáveis pela **menopausa médica**. Nenhum dos procedimentos se assemelha a uma menopausa natural. Nestes procedimentos há uma paragem abrupta nas hormonas ovarianas ao passo que no decurso da menopausa (natural) as hormonas são gradualmente diminuídas (<http://www.inorm.org/language.html>).

A menopausa encerra em si uma universalidade e uma inevitabilidade. De acordo Suzanne Beedell, “... o único factor comum da menopausa é ser diferente de caso



para caso e ser impossível predizer o que irá acontecer. Embora os sintomas gerais sejam bem conhecidos, surgem sob formas muito variadas” (Beedell, 12).

A SPM definiu uma série de sintomas relacionados com a cessação da menstruação: sintomas vasomotores (afrontamentos, calores súbitos, sudação, cefaleias); sintomas psíquicos (humor depressivo, insónias, irritabilidade); sintomas urogenitais (incontinência urinária, secura da vagina, dificuldades sexuais), sintomas cardiovasculares (aumento da pressão arterial e do colesterol, pré-cordialgias, alterações) e aumento de peso<sup>15</sup>, modificação da pele e do cabelo, artralgias, dores ósseas (<http://www.spmenopausa.pt/>; ver também Morrissey, 2001: 71-72; Northrup, 1994: 471). De acordo com Gerson Lopes a relação entre a diminuição de estrogénio e sintomas como: tensão, cansaço, falta de autoconfiança, irritabilidade, depressão não é clara; para além disso, são estados psicológicos que podem ocorrer durante toda a vida da mulher, variando de pessoa para pessoa (Lopes, 1994: 38).

Os afrontamentos, ou *flushes*, ou rubores vasomotores, “... começam com o enrubescer súbito da pele da cara, pescoço e tórax acompanhados de uma sensação de calor corporal intenso e terminam com sudação que pode ser profusa” (Morrissey, 2001: 72). A duração dos afrontamentos é variável, de alguns segundos a vários minutos, ou raramente, até uma hora. Para a maior parte das mulheres, os afrontamentos manifestam-se mediante uma sensação ocasional de calor e ligeiro suor, mas, para outras mulheres, ondas de calor e suores abundantes são passíveis de interromper as suas actividades diárias, podendo resultar em perturbações do sono e em depressão. Quando surgem durante o sono, estes *flushes* são correntemente designados de suores nocturnos; estes suores podem conduzir a falta de sono e insónia (Northrup, 1994: 462).

Diane Goldstein entende que a irregularidade da produção menstrual, durante os anos que circundam a menopausa, gera uma falta de consenso, entre médicos, cientistas sociais e nos interessados nas questões da saúde feminina acerca dos sinais, biológicos e comportamentais, que se associam à menopausa (Goldstein, 2000: 310). É largamente reconhecido que os afrontamentos se assumem como um real, ainda que não inevitável, sintoma da alteração hormonal (Lock in Goldstein, 2000: 310).

Mas, nem todos os afrontamentos estão relacionados com a redução de estrogénios. Os afrontamentos podem ser causados por hipertiroidismo, pela ingestão de

---

<sup>15</sup> “Na meia-idade, as mulheres tendem a ganhar peso quer estejam ou não na menopausa. Contudo, após a menopausa, este peso distribui-se mais no abdómen do que nas coxas e ancas”. Este aumento de peso não se deverá contudo tanto à deficiência de estrogénios mas será função da idade, dieta e exercício (Morrissey, 2001: 80).

álcool e a diabetes controlada. Segundo Emily Martin, os rubores ou afrontamentos assumem-se como o sintoma verdadeiramente físico relacionado com as alterações hormonais; em suma, o sintoma característico da menopausa. **No entanto, é difícil separar os aspectos puramente físicos ou hormonais dos rubores do contexto social e cultural em que a mulher está imersa; estados de tensão e ansiedade favorecem o aumento dos afrontamentos** (Martin, 1987: 166). Com este mote, o da necessidade de contemplar factores, que não os biológicos e os hormonais, na experiência feminina da menopausa, aprofundar-se-ão, no próximo capítulo, as visões alternativas que se têm insurgido ao longo do tempo contra o discurso médico. Integrei estas visões alternativas numa espécie de discurso feminista, a despeito da dificuldade em saber afinal em que consiste hoje em dia o feminismo, os tipos existentes, as suas reivindicações e as suas formas de expressão.

## O “Verão Indiano”

“Of course, we are told we can choose not to take hormones and end up asexual, crippled, diseased, demented, dead, or simply old. It is easy to see why the current discourse on menopause has been referred to as a form of cultural terrorism<sup>16</sup>” (<http://www.inorm.org/sense.html>).

O recente interesse pelas questões alusivas ao corpo e às emoções em âmbito sociológico esteve associado, mas não somente, ao movimento feminista. Por volta de 1970 e graças a este movimento o corpo começou a ser entendido como produto de contextos históricos, culturais e sociais específicos e não como uma entidade física universal (Lock, 1993: 134). A perspectiva de que o corpo é socialmente construído, e contingente com o contexto social e discursivo que o envolve, reúne actualmente um relativo consenso. Esta perspectiva é designada de construtivismo social. O próprio comportamento humano é hoje amplamente reconhecido enquanto produto de uma complexa interacção de factores biológicos e culturais; a discussão gira em torno do peso atribuído à biologia ou à cultura (Vance, 1991: 883).

E assim o debate decorre igualmente em torno da extensão pela qual o corpo é biologicamente determinado e socialmente construído. O corpo é então um fenómeno biológico e social inacabado, sujeito a transformações resultantes da participação do indivíduo na sociedade. “... the body is seen as a entity which is in the process of becoming; a project which should be worked at and accomplished as part of an individual’s self identity” (Shilling in Nettleton, 1998: 7).

O movimento feminista revelou o *status* político ou a politização do corpo; aliás, um dos slogans do movimento feminista é o de que “o pessoal é político”, ou seja, cada experiência pessoal tem significância política. Ao trazerem o corpo para o centro da análise sociológica, as mulheres trazem-se a elas próprias para o centro da discussão. As críticas feministas expuseram assim não somente as raízes patriarcais e as tendências profundamente masculinas de uma visão racionalista e desencorporada do mundo, mas demonstraram como as dicotomias, apanágio do mito cartesiano (mente/corpo, razão/emoção, cultura/natureza, etc.), e que impregnaram durante tanto tempo o pensamento ocidental, não tinham razão de ser (Williams, 2000: 8). Às mulheres corresponderiam os primeiros constituintes das dicotomias.

---

<sup>16</sup> De acordo com Vicki Meyer, o termo “terrorismo cultural” foi primeiramente empregue por Margaret Morganroth Gullette referindo-se ao discurso dominante sobre a menopausa (<http://www.inorm.org/sense.html>).

Porém, e de acordo com Emily Martin, o próprio corpo feminino subverte e aniquila todos os dualismos que constituem o mito cartesiano e fundamentam a sociedade patriarcal. Em particular, a experiência da mulher confunde a dicotomia trabalho mental/trabalho manual. As mulheres, ao estarem historicamente ligadas ao trabalho da casa e da família, à esfera do lar, libertaram os homens para o trabalho na esfera pública. Neste sentido, o domínio público do homem foi feito às custas da mulher. Consequentemente, há uma unidade entre trabalho mental e manual e, assim, entre mundo social e natural. De salientar ainda que o corpo feminino, ao contrário dos homens, pode ser ele mesmo instrumento de produção na gravidez, no parto e na lactação. A dicotomia entre trabalho mental e manual, pelo menos nestas alturas, é um sofisma (Hartsock in Martin, 1987: 199). Devido à natureza dos seus corpos, as mulheres, muito mais do que os homens, não podem evitar mas confundir diariamente estas distinções. Por outro lado, para a maioria das mulheres a menstruação, a gravidez e a menopausa não podem ser mantidas em casa. As mulheres interpenetram aquilo que verdadeiramente nunca se assumiu como mundos diferentes. Elas encorporam literalmente a oposição, ou contradição, entre os mundos. Por vezes, a encorporação é privada quando, por exemplo, a mulher trabalha mesmo se menstruada, sem que ninguém se aperceba desse estado (Martin, 1987: 197).

Vislumbra-se no seio da teorização feminista, e face à relação entre a medicina e o corpo feminino, uma tensão, tensão entre o reconhecimento da unicidade da experiência corporal feminina e a negação de que essa unicidade existe. A maternidade é considerada como a expressão máxima do poder do corpo feminino e da feminilidade, conferindo-lhe valorização social. No entanto, algumas feministas entendem que este mesmo evento, assim como a menstruação e a menopausa, têm sido historicamente definidos pela sociedade patriarcal como a base da inferioridade feminina devido à sua ligação com a natureza e tem servido de justificação para a contínua exclusão das mulheres da esfera social e económica. Algumas feministas consideram que a menstruação, a gravidez, a menopausa assumem-se como construções sociais conceptualizadas pelos discursos médico-científicos e, assim, esses mesmos processos não dotam o corpo feminino de unicidade; essas feministas rejeitam a singularidade da mulher por forma a reduzir as diferenças entre os sexos (Lupton, 1994: 131).

As feministas norte-americanas iniciaram o seu desafio à autoridade médica entre 1960 e 1970, sustentando que todas as fases reprodutivas da mulher (menstruação, gravidez, menopausa), funções normais do corpo, eram descritas no âmbito da medicina

como potencialmente patológicas e, assim, carecendo de tratamento (Harding, 1997: 144; Gürsoy, 1996: 584-585). Há um longo legado, que ainda hoje subsiste, de atribuir uma saúde debilitada e até características consideradas indesejáveis na mulher às suas hormonas ou aos seus órgãos sexuais e reprodutivos (Meyer, 2001: 782). O discurso dos especialistas, uma vez serem eles quem determina o que é e não é doença, tem o poder para modelar as percepções públicas e as sensibilidades privadas sobre vários assuntos, incluindo o modo como as próprias mulheres experienciam a menopausa. **Ao conceder primazia a factores biológicos, negligenciando a importância de factores culturais e sociais que também interferem com a saúde e a doença, o modelo biomédico procedeu a uma medicalização de processos reprodutivos** (Wijk, 1996: 715). O bem-estar e a saúde assumem-se como processos de equilíbrio. “O estado de saúde de uma mulher está, de facto, intrinsecamente ligado à cultura em que ela vive e à sua posição dentro desta, bem como à forma de viver a sua vida enquanto indivíduo” (Northrup, 1994: 25).

**A imagem da imparcialidade e objectividade da ciência médica é posta em causa pelo movimento feminista** (Gürsoy, 1996: 580). Segundo este movimento a medicina sustém a autoridade masculina e as bases patriarcais de poder e assim é formada por preconceitos com base no género que visam o impedimento das mulheres na esfera pública (Zita in Harding, 1997: 149; Ballard, 2001: 398; Lupton, 1994: 132). As feministas, ao insistirem na revelação das políticas de conhecimento, desafiaram o que era considerado a condição necessária para a actividade académica, ou seja, argumentaram que o mito do conhecimento objectivo apolítico tem servido aqueles que já têm acesso aos recursos (Gürsoy, 1996: 584). A medicalização contribui para a subjugação da mulher (Gabe, 1989: 224). “... biomedical entities are not simple facts, since the definition, character, meaning, and implications of these phenomena are fundamentally shaped by socio-cultural practices and preoccupations” (Yardley in Hepworth, 1998: 287). Segundo Wolpe, a ideologia médica está firmemente entalhada na cultura ocidental e somente uma revolução social, sem precedentes, poderia pô-la em causa (Wolpe in Gürsoy, 1996: 593). Estas ideias encontram ressonância no movimento pós-estruturalista; o pós-estruturalismo desconfia do estabelecimento de verdades universais. O que é definido como verdade é produto de relações de poder e assim a verdade não é imutável. O conhecimento nunca é neutro; relações sociais e de poder estão subjacentes ao conhecimento e este é instrumentalizado em benefício de algo ou alguém num processo constante de renegociação. Por conseguinte, o conhecimento é

contingente e sujeito à mudança, o conhecimento constrói e é construído pela realidade social e histórica que o envolve (Lupton, 1994: 11-13).

A história do corpo feminino assume-se como uma história continuada de medicalização (Williams, 2000: 97; Northrup, 1994, 440). A medicalização surge ou direcciona-se fundamentalmente às funções corporais tidas como reprodutivas visto que noutros campos é ao corpo do homem que se dá primazia. O corpo feminino continua a ser intrinsecamente considerado como imperfeito. Vários autores postulam a existência de uma hierarquia de corpos. "... white, middle-class, male body as representative of all [bodies] and any other 'different' body recognized as a deviation from 'normal'" (Grosz; Haug; Koutroulis in Koutroulis, 190-202). Os corpos dos homens e das mulheres estão inelutavelmente enredados em operações de poder (Martin, 1987: xviii). Emily Martin entende que, dado o estado de dominação efectiva feminina, as mulheres são historicamente documentadas como pessoas inferiores ou como pessoas incompletas. Estas associações são usadas de forma a legitimar uma estratificação social em função do género (Martin, 1987: 17-18). Assim, as hierarquias sociais foram edificadas e fundamentadas sobre "diferenças" biológicas, reflectindo-as (Krieger, 1994: 268; <http://www.inorm.org/sense.html>).

De acordo com Margrit Shildrick "the body itself in whatever physical form it is experienced positions women as both morally deficient and existentially disabled" (in Ettorre, 1998: 553). Ou seja, as mulheres nunca são consideradas como intrinsecamente saudáveis mesmo que na realidade o sejam ou estejam. Assim, os corpos masculinos e femininos são construídos não somente como diferentes, mas esses corpos são diferentemente construídos.

As feministas argumentaram que a menopausa constituía um evento natural, e não uma doença, que as mulheres podiam experienciar sem dificuldades de maior. As feministas alegaram que a abordagem biomédica radicava em preconceitos sexistas dado que representava as capacidades físicas e mentais das mulheres como dependentes do funcionamento saudável dos seus órgãos reprodutivos (Goldstein, 2000: 320; Bransen, 1992: 98; (Harding, 1997: 134).

As feministas buscaram as razões por detrás do entendimento médico da mulher como um ser débil e doentio, dominado pelos seus órgãos reprodutivos (ovários e útero). No século XIX os médicos consideravam as mulheres especialmente vulneráveis a

indisposições nervosas como a neurastenia e a histeria<sup>17</sup>. Esta argumentação, de uma delicada constituição feminina, não se aplicava, claro, às mulheres da classe trabalhadora, mas foi habilmente utilizada para refutar todas as exigências por parte das mulheres da classe média sempre que pretenderam e lutaram pelo acesso à educação e a carreiras profissionais (Krieger, 1994: 267). As mulheres foram aconselhadas a descansar, e a não dispender energias desnecessariamente, em especial quando o útero estava activo (durante a puberdade, menstruação e gravidez). “... as únicas idades em que os processos endócrinos femininos escapam à ‘gestão’ potencial são os anos antes da menarca [primeira menstruação] e depois dos setenta! (Esses são os anos em que as raparigas e as mulheres são ainda mais desvalorizadas na nossa cultura; caso contrário a cultura tinha arranjado uma forma de as gerir nessa altura também)” (Northrup, 1994, 440). Dado que a reprodução constituía a razão primordial da existência feminina, os médicos postularam que a mulher deveria concentrar toda a sua energia em direcção ao útero, aconselhando o descanso como método terapêutico (Ehrenreich e English in Martin, 1987: 88-89).

Porém, as anteriores ideias contradiziam a realidade social do século XIX. Nessa época, muitas eram as raparigas e mulheres que trabalhavam longas e árduas horas nas fábricas, lojas e em casas particulares; portanto, a inactividade e o descanso não eram possíveis para as mulheres mais pobres. Todavia, essa realidade provava a capacidade da mulher para trabalhar, a despeito das considerações médicas relativamente à sua menor saúde em virtude das suas funções corporais (Martin, 1987: 115-116).

As opiniões a respeito da incapacidade da mulher podem ter sido em primeiro lugar uma resposta concreta à ameaça colocada pela primeira vaga feminista. As feministas pretendiam provar que o trabalho disciplinado e exigente, apanágio das sociedades industriais, poderia ser realizado pelas mulheres mesmo se menstruadas. “Given this pattern of research finding women debilitated by menstruation when they pose an obstacle to full employment for men, it his hardly surprising that after the start of World War II a rash of studies found that menstruation was not a liability after all” (Martin, 1987: 120).

O modelo dualista biomédico separa o corpo feminino da sociedade e da cultura (Hepworth, 1998: 285). De acordo com Hepworth, **a biologia não tem uma existência**

---

<sup>17</sup> De salientar que o termo histeria derivou primeiramente da crença de que o comportamento considerado inapropriado na mulher era de algum modo devido ao seu útero; muitas mulheres no século XIX foram objecto de hysterectomias na tentativa de tratar uma grande variedade de problemas (<http://www.inorm.org/sense.html>).

**independente das actividades sociais e culturais dos indivíduos, a “biologia não é destino”. Assim, as mudanças biológicas que ocorrem no corpo podem ser somente apreendidas dentro da estrutura cultural que existe para lhes conferir significação** (Hepworth, 1998: 287).

Segundo Vicki Meyer as consequências decorrentes da construção da menopausa como um estado de deficiência na saúde e bem-estar das mulheres são enormes e adversas (Meyer, 2001: 777-781). Se se supõe que todas as mulheres são, por volta da meia-idade, deficientes hormonais (de estrogénio) e, assim, carecendo de THS para manter a saúde, mais uma vez se considera o corpo feminino biologicamente imperfeito e inferior (Meyer, 2001: 781-782; Bell, 1987: 538).

**Se se considerar que as hormonas estão na base da caracterização e distinção entre os sexos, em última instância, é a própria feminilidade que é posta em causa.** Por conseguinte, se o estrogénio é, por excelência, a hormona sexual feminina, o seu decréscimo, durante a transição da menopausa, reduz a feminilidade da mulher. Por outro lado, a promoção da TSH pode ser considerada como uma tentativa para manter e reforçar a diferença sexual (Harding, 1997: 134-136).

Vicki Meyer entende que a medicalização da menopausa conduz a diferentes e desiguais abordagens entre os dois sexos na prevenção da doença. Nos homens, as doenças crónicas são geralmente atribuídas a factores genéticos, a um estilo de vida inadequado, ou simplesmente a processos fisiológicos associados com o envelhecimento. “Women, on the other hand, are being told that their ‘failed ovaries’ put them at risk” (Meyer, 2001: 778). **Esta interpretação do corpo feminino como “deficiente” persiste a despeito do cada vez maior número de estudos, efectuados um pouco por todo o mundo, e no seio das ciências sociais, que atestam a importância de factores não hormonais (ideológicos, culturais, sociais e económicos) na saúde e na longevidade das mulheres e, claro, na prevenção de doenças crónicas** (ex: doença cardiovascular e osteoporose). No entanto, os defensores da menopausa enquanto deficiência de estrogénio (distúrbio endócrino) enfatizam o uso de estrogénio como medida preventiva face a várias doenças crónicas, negligenciando os factores relacionados com o estilo de vida (Meyer, 2001: 778).

A medicalização da menopausa permite então a aceitação generalizada das hormonas enquanto uma estratégia de prevenção primária a despeito de um reduzido padrão de evidência relativamente a outras estratégias de prevenção (Meyer, 2001: 779). O uso de hormonas como forma de prevenção é, em última instância, questionável dado



que, por exemplo, o suposto efeito benéfico relativamente à doença cardiovascular ainda não foi claramente demonstrado. Por outro lado, fracturas devido à osteoporose ocorrem sobretudo em idades avançadas e sob certas circunstâncias adicionais, como o uso de tranquilizantes (Wijk, 1996: 713).

Se os supostos benefícios da terapia hormonal são eles mesmos questionáveis, surge cada vez mais evidência dos riscos a ela associados. Dado que os estrogénios actuam como hormona de crescimento no tecido da mama, do útero e dos ovários, a sobreestimulação destes órgãos por estrogénios está associada ao crescimento excessivo de células que podem conduzir ao cancro (Northrup, 1994: 258). A ingestão prolongada de hormonas está pois associada a um risco acrescido de cancro da mama, do útero e dos ovários. Christiane Northrup salienta o risco acrescido de cancro da mama após sete anos de terapia (Northrup, 1994: 474). Por conseguinte, os “benefícios” da terapia hormonal diminuem com uma ingestão prolongada. A medicalização da menopausa resulta numa adicional medicalização da vida da mulher; os efeitos adversos do uso de estrogénio são frequentemente contrariados por outros fármacos também eles com efeitos inditosos (Meyer, 2001: 780).

De salientar ainda que o próprio termo THS insinua que as hormonas tomadas pelas mulheres de meia-idade e mais velhas são as mesmas que aquelas naturalmente segregadas pelas mulheres menstruadas, sendo terapêutico substituí-las. A profissão médica também emprega o termo natural na referência ao *Premarin*, o estrogénio mais frequentemente prescrito nos EUA às mulheres. “Estrogen use is a drug treatment, the typical dose and type prescribed does not approximate the type and pattern of hormones in menstruating women. *Premarin* is extracted from the urine of pregnant mares, and while this estrogen is natural to pregnant horses it is, of course, most unnatural inside a woman's body” (<http://www.inorm.org/language.html>).

O modelo biomédico, para além de construir a menopausa como uma doença de deficiência, trivializou a definição das mulheres em virtude do seu *status* hormonal (pré-menopáusicas, perimenopáusicas e pós-menopáusicas), ao invés de defini-las enquanto jovens, de meia-idade ou velhas, tal como acontece quando se pretende referir os homens de idades equivalentes. Em consonância com a perspectiva medicalizada da menopausa, as mulheres não sujeitas à THS, durante ou após a menopausa, são cada vez mais designadas de “mulheres não tratadas”, revelando uma deficiência ou privação de estrogénio (<http://www.inorm.org/language.html>). Segundo Eylard van Hall “the use of the terms menopausal and postmenopausal (...) wrongly singles out women as potentially

ill (mentally and physically) by the mere fact that they reach menopause and has therefore to be considered as an inappropriate, sexist and ageist medical misnomer” (<http://www.inorm.org/sense.html>).

Supor as alterações hormonais (e a condição de deficiência) como o excelso factor responsável pela saúde das mulheres de meia-idade desvia a atenção de outros factores, concretos, passíveis de afectar a saúde, caindo-se num reducionismo (Meyer, 2001: 781; Helman, 1994: 150). A formulação da menopausa como uma mudança fisiológica e bioquímica, ainda que em alguns casos apropriada, desvaloriza a importância do contexto social e cultural no qual a menopausa é experienciada (Mishler in Massé, 2001: 56). As mulheres podem sentir alguma dificuldade em saber se os sintomas por si vividos se relacionam com a menopausa ou com outro evento da sua vida (Ballard, 2001: 397-399). Entender as dificuldades associadas à transição da menopausa em função única das alterações hormonais e biológicas coloca igualmente a solução desses mesmos problemas na mulher, individualizando as suas experiências. Mais uma vez, o problema e a sua solução (e a responsabilidade) são colocados no corpo individual da mulher (Bell, 1987: 538). **A experiência da menopausa é influenciada pela acção conjunta de biologia, ambiente e cultura; os sintomas de menopausa não podem ser somente relacionados com a transição hormonal, característica desta fase** (<http://www.afriendindeed.ca>; <http://www.gutmacher.org/index.html>; Ballard, 2001: 400).

“Feminist models call for the treatment of menopause with a normal, life change-oriented approach, arguing that most of the symptoms of menopausal syndrome are a response to psychosocial factors related to gender role conditioning, decreased status due to aging and a lack of role alternatives” (Goldstein, 2000: 310).

Massé e Légaré postulam um **modelo “ecológico-social”** (“lay social ecological model”), modelo este sensível à ligação entre manifestações somáticas, psicológicas e o contexto mais geral da vida (Massé, 2001: 49). Estes autores realizaram um estudo no qual entrevistaram 12 mulheres canadianas na perimenopausa; as entrevistadas revelaram que condições socio-ambientais, como o stress, causadas por actividades profissionais e/ou por responsabilidades domésticas, poderiam por vezes explicar o início dos sintomas. Reconheceram ainda o impacto da menopausa na vida marital, profissional e social sob a forma de irritabilidade, perda de energia e mal-estar psicológico. “But what interfered with daily life was not menopause per se, but the psychological manifestations of somatic symptoms” (Massé, 2001: 49). Portanto, para as

mulheres a transição da menopausa evoca uma interação entre o social, o fisiológico e o psicológico. Emily Martin, com base nas suas pesquisas empíricas, partilha igualmente desta perspectiva; “... it seems clear that these women do not experience menopause as if it were a separate episode in life akin to a stay in the hospital for an illness. They describe it as a part of all the other events happening in their lives” (Martin, 1987: 176).

Para Philipa Rothfield as amplas variações susceptíveis de ocorrer na menopausa podem ser melhor entendidas tendo em linha de conta o “carácter vivido” das mudanças hormonais; **a menopausa é uma experiência que, para ser devidamente problematizada, reivindica uma ligação entre biologia, cultura e sociedade.** A experiência da menopausa não pode ser somente atribuída a causas hormonais. Adoptando a perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty<sup>18</sup>, Rothfield rejeita o pensamento dualista - que propõe uma separação essencial entre corpo e mente e, assim, entre hormonas e experiência psicológica - e propõe que corpo e mente sejam trazidos conjuntamente numa construção processual e conceptual que enfatize a flexibilidade e variabilidade da experiência. A perspectiva fenomenológica da menopausa rejeita assim polarizar o físico e o psicológico. No entanto, Rothfield recusa atribuir prioridade ao cultural; não é uma questão de biologia ou cultura, mas de biologia e cultura. O maior entendimento da menopausa não requer uma decisão em favor da biologia ou da cultura. “The issue is one of meaning and experience: ‘the lived body’ (Hepworth, 1998: 288-289). A crítica fenomenológica ao modelo biomédico direcciona-se para a primazia que este coloca na biologia.

As mulheres experienciam várias potenciais mudanças nos papéis sociais - aposentadoria, saída dos filhos de casa (“síndrome do ninho vazio”) - no decurso da meia idade e essas mudanças ocorrem ao lado das mudanças hormonais subjacentes à menopausa. A transição hormonal que acompanha a menopausa pode exacerbar eventos da vida já por si fonte de stress ou vice-versa criando um complexo quadro de múltiplas

---

<sup>18</sup> A abordagem fenomenológica centra-se no conceito de “corpo vivido”. O corpo (vivido) constrói e é construído pela realidade social. Merleau-Ponty entende que toda a percepção humana é encorporada e assim, o indivíduo tem consciência dessa encorporação e assume-se como um agente social encorporado. Para este autor o conceito de encorporação decorre da oscilação dinâmica entre corpo e mente e da ideia de que a consciência humana (mente) está invariavelmente inscrita no corpo. Por conseguinte, mente e corpo não se assumem como entidades separadas mas interagem dinamicamente (Nettleton, 1998: 1998: 9-12; Csordas, 1990: 5-10). No quadro da perspectiva fenomenológica Csordas entende que “the body is not an *object* to be studied in relation to culture, but is to be considered as the *subject* of culture, or in other words as the existential ground of culture” (Csordas, 1990: 5). O corpo é um fecundo ponto de vista para repensar a natureza da cultura e os indivíduos como seres culturais. “The human body, in this perspective, is at one and same time both a tool for shaping the world and a substance out of which the world is shaped” (Dawson, 407).

causas e sintomas que se podem reforçar mutuamente. Portanto, uma multiplicidade de mutações (biológicas/hormonais, sócio-culturais) necessitam ser consideradas, conceptualizadas e integradas para um melhor entendimento da experiência feminina da meia idade (Ballard, 2001:420). Assim, Karen Ballard *et al* optam pelo termo **“mudança de vida”** para aludir a todo o conjunto de mudanças susceptíveis de acontecer na meia-idade; estas mudanças podem competir no que concerne em termos de tempo e energia, muitas vezes causando uma considerável tensão pessoal (Ballard, 2001: 400).

Ballard *et al* destacam algumas das situações apanágio da meia-idade que podem contribuir para situações de ansiedade e stress: “responsabilidade” de cuidar dos outros (parentes mais velhos, filhos, marido, parentes doentes, etc.), deixando a mulher com pouco tempo livre para cuidar de si; maior possibilidade de confronto com situações de doença (sua ou de outras pessoas) - vários autores apontam para um aumento da morbilidade nas mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos – ou morte de amigos e familiares, tomando assim consciência da sua própria mortalidade; possibilidade de problemas nas relações afectivas: “the effect on relationships of the many changes that arise during the middle years is complex (...) It was clear that a number of women experienced a breakdown in their relationship with husbands or partners, although this was not always viewed negatively” (Ballard, 2001: 412-417).

Assim, a maior tensão na vida das mulheres em idade de menopausa é provocada, na maior parte das vezes, pela família ou por outros factores (a perda de um dos pais, mudança de emprego, um filho que sai de casa, etc.) que não a menopausa ou as alterações hormonais (Northrup, 1994: 472; Morrissey, 2001: 81).

**Que factores podem então potenciar o “verão indiano”? Vários autores apontam para um sentimento geral de confiança e felicidade, assim como de realização profissional e pessoal** (Pettit in Goldsteinn, 2000: 310; Martin, 1987: 171; Bell, 1987: 539-540).

O contexto geral da vida da mulher tem de ser considerado quando se analisa a sintomatologia relacionada com a menopausa. Esta não pode, pois, ser reduzida a um leque de modificações fisiológicas. Assim, nunca poderá haver uma história da menopausa, uma versão final autoritária, mas sim histórias individualizadas da menopausa, formadas por forças históricas e sociais e sujeitas a uma contínua reinterpretação e reconstrução (Hepworth, 1998: 289). Se a menopausa se assume como uma mudança biológica (hormonal), inevitável para a maioria das mulheres, não é certamente uma experiência universal com significados subjectivos e sociais unificados.

Emily Martin, com base nas entrevistas que realizou, sustenta que a maioria das mulheres encara a menopausa de um modo positivo, contrariando assim o modelo biomédico; **o advento da menopausa determina o fim das preocupações com uma gravidez indesejada** (Martin, 1987: 175-176). Para as mulheres para quem a menstruação foi durante anos entendida como um estorvo ou um incómodo, **a menopausa pode ser vivida como uma libertação**.

Outras mulheres podem exprimir algum **desgosto** por deixarem para trás os seus anos reprodutivos. Durante muito tempo, aproximadamente trinta e oito anos, o seu corpo abrigou ciclicamente aquilo que muitos consideram como o “comprovativo” da feminilidade: a menstruação. A crise “existencial” que pode advir com a transição da menopausa resulta talvez de uma “valorização das perdas em detrimento dos ganhos” (Lopes, 1994: 31).

Segundo Massé e Légaré, a menopausa não é apenas pensada pelas mulheres como uma constelação de sintomas; pode ser entendida como uma motivação para adoptar uma nova filosofia de vida onde as suas próprias necessidades, os seus desejos, ao invés das dos outros, ocupam um lugar prioritário. A menopausa pode tornar-se num novo começo, uma segunda adolescência (Massé, 2001: 48-50). **A menopausa pode ainda ser conceptualizada como um tempo de viragem, um tempo de renovação, potenciador de nova energia, em que a mulher é atravessada por uma forte necessidade de auto-expressão e afirmação** (Martin, 1987: 176-177; Beedell, 58; Northrup, 1994: 443). Margaret Mead adopta o termo “**PMZ**” (“postmenopausal zest”) para designar o recrudescimento de energia, autonomia e independência que pode acontecer com a menopausa (<http://www.inorm.org/sense.html>; Hepworth, 1998: 297). Joan Borysenko avança com o conceito de “**metamorfose da meia-idade**” (período entre os 42 e os 44 anos) para aludir à mudança que a mulher inicia no intuito de viver de um modo mais consentâneo com o seu sentir; durante esta fase, está mais inclinada a dizer a verdade que em qualquer outra altura anterior da vida, e menos disposta a desculpar os outros (in Northrup, 1994: 238).

**A tese da medicalização tem sido alvo de críticas no seio do próprio movimento feminista; assim, algumas feministas consideram-na demasiado simplista na medida em que pressupõe que a comunidade leiga, incluindo as próprias mulheres, permanece passiva e não crítica da medicina** (Ballard, 2001: 398; Bransen, 1992: 100; Lupton, 1994: 131). Por exemplo, as mulheres podem procurar auxílio médico em virtude da experiencição de sintomas por si entendidos como

decorrentes do advento da menopausa e, por conseguinte, carecendo dessa efectiva comprovação; no entanto, podem resistir a outros procedimentos médicos como a terapia de substituição hormonal, evidenciando a ambivalência da medicalização da menopausa. Por outro lado, **as mulheres podem acolher com agrado o desenvolvimento da tecnologia médica no alívio de sintomas da menopausa ou da menstruação** (Helman, 1994: 151; Wijk, 1996: 715). A relação da mulher e do seu corpo com o sistema médico é profundamente complexa; o sistema médico pode, por um lado, oprimir e discriminar o corpo feminino e pode, por outro lado, libertá-lo. Nas sociedades ocidentais, e nos últimos cem anos, a biomedicina reduziu drasticamente o número de mulheres mortas em trabalho de parto e dotou a mulher de uma maior capacidade no controlo da sua fertilidade, embora a aceitação por parte da medicina e seus profissionais de métodos contraceptivos, em particular da pílula, tenha sido um processo moroso e conflitual. O papel libertador do sistema médico pode ele mesmo ser posto em causa; de facto, segundo Arditti: “each time a new technological development is hailed the same question arises: is this liberation, or oppression in a new guise? WOMEN are the targets of all this manipulation, but we are not in control; neither at the professional level as scientists or doctors, nor at the personal level as consumers” (in Lupton, 1994: 157).

Riessman critica igualmente o simplismo da tese da medicalização e a consideração de uma passividade da mulher face à tecnologia médica. Argumenta então que **nem todas as mulheres são vítimas passivas de tal tecnologia e que algumas colaboraram nessa mesma medicalização movidas pelas suas próprias necessidades** (Gabe, 1989: 230); **a medicalização da menopausa acontece sempre que as mulheres procuram os profissionais da medicina nessa fase da vida e os consideram como a fonte suprema de informação sobre o tema** (Miles, 1991: 200).

Riessman entende que as mulheres da classe média têm mais frequentemente colaborado na medicalização que as mulheres da classe trabalhadora<sup>19</sup>. Uma explicação poderá residir no facto de que são os indivíduos da classe média cujas ideias, acerca da tecnologia médica, necessitam ser congruentes com a ideologia médica dado que, como Abercrombie refere, é a classe dominante que precisa deter uma ideologia coerente para sustentar a sua posição (Gabe, 1989: 230). Gabe e Calnan entendem igualmente que as

---

<sup>19</sup> Para Jennifer Harding, e atendendo ao contexto norte-americano, a THS reforça a exclusão sistemática de mulheres (pobres ou negras) que não têm acesso a esta forma de cuidados de saúde (Harding, 1997: 138).

mulheres de classe média são talvez as mais influenciadas pela crença no valor da tecnologia médica; por conseguinte, essa crença mais não faz que mantê-las na sua posição dominante, dada a homologia entre ideologia médica e ideologia burguesa (Gabe, 1989: 224).

**Portanto, há que considerar a possibilidade das mulheres, ou qualquer outro grupo, resistirem aos modelos médicos, patriarcalmente concebidos, enquanto estruturas de poder e poderem mesmo mudá-los** (Martin, 1987: xiv). Emily Martin salienta a possibilidade das mulheres deliberada e intencionalmente revelarem o seu estado “menopáusico” em público; e assim reivindicarem o direito de existirem na esfera pública com toda a naturalidade, com ou sem afrontamentos. Talvez a revelação propositada desse estado produza paradoxalmente nos homens os emblemas culturais da subordinação feminina: calor e emoção (Martin, 1987: 177). Sempre que evitam que o seu estado menopáusico seja revelado em público através dos afrontamentos, ou quando se sentem embaraçadas por isso acontecer, as mulheres mais não fazem que expressar a ideologia cultural (patriarcal) da separação entre a esfera privada e a esfera pública (Martin, 1987: 177). **De salientar a possibilidade da THS se assumir para algumas mulheres como um procedimento positivo e indutor de controlo sobre as suas vidas.** “Some women may take control at a later stage by deciding to stop taking HRT” (Ballard, 2001: 410).

Diane Goldstein evidencia a possibilidade das críticas ao modelo biomédico redundarem elas mesmas num determinismo ao atribuírem preponderância aos aspectos culturais da experiência da meia-idade e da menopausa; com base no estudo por si efectuado salienta que as suas entrevistadas tecem críticas quer ao modelo biomédico quer ao modelo feminista na medida em que nenhum ilustra as suas experiências reais e subjectivas. Relativamente ao modelo feminista, as entrevistadas sentem que o seu enfoque na essência cultural, e assim natural e não problemática, da menopausa pode ter o efeito perverso de silenciar ou minimizar as situações (somáticas) que de facto necessitam de intervenção médica. “Many women involved in the menopausal experience resent the various agendas which shape the definitions of their condition and its treatment, feeling that both perspectives diminish the actual somatic nature of the syndrome and minimize the reality of their physical, psychological, and social situation” (Goldstein, 2000: 310-320).

**A tese da medicalização, para além das críticas erigidas contra o seu simplismo, é, por alguns, entendida como uma falácia; ou seja, há quem sustente**

**que a menopausa não foi ainda medicalizada.** Deborah Lupton entende que nas sociedades ocidentais a menopausa foi, pelo menos, medicalizada na literatura médica (Lupton, 1994: 143). Agnes Miles entende que a menopausa ainda não foi completamente medicalizada como já o foram a gravidez e o parto (Miles, 1991: 196).

A transformação de um processo natural num processo medicalizado inicia-se no seio da comunidade médica, mas necessita ser aceite pela comunidade em geral de modo a tornar-se medicalizado. A resistência ao modelo biomédico (menopausa enquanto uma condição de deficiência) pode residir na própria comunidade médica, assim como nas mulheres. Portanto, se existe resistência a medicalização não se processa inteiramente. Assim, Els Bransen salienta: “... we are not dealing with a single medical viewpoint. A number of different medical perceptions exist together. Medical knowledge certainly does not form a consistent whole and the different perceptions do not complement one another. The medical world is a melting-pot of contradictory theories and practices, controversies and inexplicable phenomena...” (Bransen, 1992: 99).

A postura oficial da *International Organization to Reclaim Menopause*, é a de que este evento ainda não foi totalmente medicalizado. Contudo, desde que um processo ou evento é medicalizado torna-se extremamente difícil reclamá-lo (<http://www.inorm.org/sense.html>). “De-medicalisation can take place if a previously identified medical condition becomes thought of as a non-medical condition; one example of this being homosexuality” (Ballard, 2001: 399).

Neste ponto importa avançar com a convicção subjacente ao trabalho empírico d’O *Verão Indiano*: **a experiência da menopausa, a maior ou menor facilidade em lidar com os possíveis sintomas apanágio deste processo, será mais facilmente vivida se a mulher estiver imersa em tarefas, situações e relações de onde extrai prazer e realização pessoal. A maior ou menor facilidade em lidar com a menopausa resultará do equilíbrio resultante dos vários papéis** (trabalhadora, esposa, mãe, etc.) **que a mulher desempenha.** A menopausa encerra em si uma grande variabilidade individual.



## Corpos de desejo, corpos de pecado

“In the beginning was sex and sex will be in the end... I maintain – and this is my thesis – that sex as a feature of man and society was always central and remains as such...” (Alexander Goldenweiser in Vance, 1991: 875).

“Corpos de desejo, corpos de pecado” é consagrado à questão: **experienciarão as mulheres uma diminuição do desejo sexual, envolvendo-se numa menor actividade sexual durante e depois da menopausa?** De modo a responder a esta questão necessário se torna discorrer (e contextualizar) sobre o modo como a sexualidade feminina foi construída ao longo dos séculos até chegar ao estereótipo da mulher assexuada na menopausa. Que razões subjazem então a estas construções?

Actualmente as mulheres são confrontadas com a mensagem de que podem continuar desejáveis do ponto de vista sexual se tomarem hormonas. Por conseguinte, as mulheres que optam pela abstinência sexual são aconselhadas a consultar o médico de modo a restaurar essa sexualidade. Porém, durante séculos a mulher na menopausa foi entendida como assexuada e sexualmente indesejável; no século XIX a menopausa era indicativa de que a sexualidade na mulher estava a terminar; a mulher que se sentisse saudável, atraente e demonstrasse interesse em ser sexualmente activa, na e após a menopausa, era considerada doente e necessitando de cuidados médicos. O que motivou esta mudança? Uma acentuada investigação científica? Certamente que não. Até porque a investigação sobre sexualidade sempre preferiu incidir sobre o adulto, jovem e heterossexual. De salientar que a perpetuação de mitos pela ciência tem sido uma realidade contrariando, como vimos, a visão da ciência como objectiva e neutra e a sua procura da verdade como algo desinteressado; o positivismo lógico, paladino das ideias anteriores, cai assim por terra. O construtivismo social, por seu turno, já contempla o conhecimento científico como contextual e relativo, ou seja os valores e as crenças do investigador assim como o contexto social, moral e político envolvente influenciam o próprio trabalho de investigação (perguntas a fazer, métodos usados, interpretação que se dá à informação). Desde já se aponta para a relação entre misoginia e lucro.

A sexualidade está dependente de uma súpula de factores inscritos e influenciados pelo contexto ideológico, cultural, social, económico em que o ser humano se inscreve. **No caso concreto da menopausa é quase impossível perceber a sua influência na sexualidade sem atender ao contexto mais amplo do próprio processo de envelhecimento, e ao passado sexual da mulher.** Idade e menopausa estão

fortemente correlacionadas. A sexualidade do homem e da mulher, à medida que envelhecem, é bem mais similar do que *a priori* se pensa.

### O complexo domínio da sexualidade

A sexualidade assume-se como um domínio profundamente complexo para quem a quer perceber e ir mais além das perspectivas reducionistas e patriarcais que têm firmado a sua construção e entendimento.

Antes de proceder a uma breve construção histórica da sexualidade feminina é necessário assentar algumas ideias essenciais e que talvez permitam uma maior compreensão do que a seguir se expõem.

**A sexualidade não é uma suposta actividade fisiológica e universal do corpo; a sexualidade tem uma história, e as suas definições e significados sofrem mutações com o passar do tempo e no interior das populações** (Vance, 1991: 880). A biologia e a história estão assim inextricavelmente associadas. A sexualidade é determinada pelos códigos morais, valores, crenças e políticas característicos de uma determinada cultura. A sexualidade tem subjacente a si relações de poder. Para Foucault a sexualidade é um dispositivo histórico e a sua história deve fazer-se primordialmente do ponto de vista de uma história dos discursos (Foucault, 1994: 108). O que hoje concebemos como o domínio e a ciência da sexualidade nasceu no século XIX; foi efectivamente neste século que se teceu toda uma linguagem do sexo, conceitos, funções biológicas, comportamentos, sensações e prazeres que ainda hoje são utilizados. A sexualidade definiu-se como sendo, por natureza, um domínio sensível a processos patológicos exigindo intervenções de terapêuticas ou de normalização.

O significado e o simbolismo subjacentes ao acto sexual necessitam ser entendidos dentro de um contexto cultural, mas igualmente subcultural. O discurso sobre a sexualidade é poderosamente influenciado pelo estado, pela religião e por grupos profissionais; a profunda influência destes sectores dominantes da sociedade não significa, porém, que a sua visão se assuma como hegemónica ou que não possa mesmo ser desafiada por outros grupos marginais; estes podem não apenas se limitar a responder reactivamente a essa visão, e assim a pensar segundo os mesmos “códigos”, mas podem mesmo criar as suas próprias subculturas e universos de significado (Vance, 1991: 881).

A sexualidade feminina, no campo mais vasto da sexualidade, apresenta-se como ainda mais complexa para a investigação e análise. De facto, ao longo do tempo, a sexualidade da mulher tem sido definida e investigada em termos de patologia ou de mistério.

O entendimento histórico da sexualidade feminina como perigosa e demoníaca torna-se ainda mais estrénuo e cruel se se acrescer a esta construção teórica a orientação sexual. A condenação moral do lesbianismo tem raízes históricas muito profundas. Durante séculos, o comportamento homossexual foi entendido como uma violação da natureza divina, um perigoso desvio de energia da verdadeira missão da existência humana: a procriação. A pena de morte chegou mesmo a ser institucionalizada, primeiro para os homens e depois para as mulheres. No século XIII, os códigos legais proscreveram o lesbianismo como um pecado contra a natureza, e muitas mulheres foram mutiladas e queimadas no pelourinho (Stevens, 1991: 293). O comportamento sexual não conducente à procriação tornou-se associado a heresia, crime, traição e bruxaria. No final do século XIX, novas definições médico-científicas foram impostas sobre vários comportamentos (e funções) humanos redefinindo-os como patologias. Assim, a medicina procedeu à construção do lesbianismo como doença (Stevens, 1991: 294). A religião e o estado, enquanto instituições de controlo social, renunciaram a algumas das suas prerrogativas colocando-as na esfera da medicina. A resposta terapêutica foi idealizada e conceptualizada como um modo mais eficaz no combate ao comportamento sexual aberrante e na restauração da normalidade (heterossexualidade). Porém, paralelamente à censura médica, que postulava a homossexualidade como doença, continuaram as sanções morais, religiosas e legais. Imoralidade, loucura e doença enquadraram os eixos da condenação pública do lesbianismo. Patricia Stevens e Joanne Hall entendem que a associação do lesbianismo com a perversidade, a maldade e a bruxaria persiste ainda hoje (Stevens, 1991: 293). O lesbianismo tem igualmente de ser efectivamente desmedicalizado (Stevens, 1991: 300).

A sexualidade feminina tem sido conceptualizada por referência a modelos patriarcais, dominados por uma ciência ainda indiscutivelmente masculina, reproduzindo-os. O corpo (e a sexualidade) da mulher tem sido entendido mediante comparações com o corpo masculino, o corpo normal, e muitas vezes tem sido problematizado como um corpo passivo, objecto do desejo e instinto sexual do homem. As mulheres foram tornadas responsáveis pela sexualidade do homem. Deixando de lado estas comparações, a sexualidade feminina, apesar de complexa, é também ela inteligível. Nas investigações sobre sexualidade a heterossexualidade e o coito vaginal

são entendidos como a base de uma sexualidade normal para o homem e para mulher (Choi, 1994: 1); nestas investigações tende-se a confundir sexo e género<sup>20</sup> e assume-se a importância universal da sexualidade na vida humana.

### Mãe, prostituta ou simplesmente mulher?

Contrariamente ao corpo do homem, considerado como o corpo primeiro, o corpo por excelência, o corpo da mulher, assim como as suas funções e secreções (sangue menstrual), para além de ter sido durante muito tempo definido por referência ao masculino, sendo deste modo considerado como o segundo sexo ou o sexo por defeito, tem sido tratado de um modo paradoxal, ora exaltado e enobrecido, ora execrado. Curiosamente, a razão que subjaz ao seu encómio é igualmente aquela que conduz à sua arrenegação: a função reprodutiva. A fecundidade, a capacidade de gerar filhos, apresentava-se como a principal função, a razão única da existência da mulher. Porém, embora a capacidade reprodutiva esteja dependente da actividade sexual, sendo difícil concebê-las independentemente, havia como que uma abstinência da sexualidade, entendida e conotada com o prazer. A relação sexual, no casamento, deteve até ao século XX uma função utilitária. A função reprodutora estava idealmente separada da dimensão sexual, da dimensão do prazer; como se este estivesse interdito às mulheres, futuras mães.

A ideia de que o corpo feminino deriva do masculino (o corpo perfeito), assumindo-se então como um corpo “de segunda”, um corpo inferior, está profundamente arraigada na história da humanidade remontando mesmo à Grécia Antiga. O pensamento anatómico grego foi dominado pelo modelo unissexual. Os corpos masculinos e femininos eram considerados como estruturalmente similares. De acordo com este modelo, a mulher era um homem invertido; portanto, o corpo feminino seria o avesso do masculino: “... o útero era o escroto feminino, os ovários eram os testículos, a vulva era o prepúcio e a vagina era o pénis” (Thomas Laqueur in Angier, 1999: 59). Aristóteles acreditava que as mulheres eram versões defectivas do protótipo masculino,

---

<sup>20</sup> Segundo Dawson e Gifford, o conceito de género, o que significa ser homem e mulher e os relacionamentos que os indivíduos detêm reflectem não somente um dado biológico, mas são produtos de processos sociais e culturais (Dawson, 405). A perspectiva de Vlassof sobre o conceito de género segue igualmente esta linha de raciocínio; segundo este autor, o conceito de género refere-se não somente às diferenças biológicas entre homem e mulher, mas também aos diferentes papéis sociais e culturais, expectativas, e constrangimentos que lhes são colocados em virtude do seu sexo (Vlassof in Wijk, 1996: 719).

descrevendo-as então como homens mutilados e moralmente mais fracos (Seale e Pattison in Barrett, 2000: 198). O termo sexo por defeito, utilizado para designar o corpo feminino, alude então a um corpo passivo. “Although the genders were structurally similar, they were not equal” (Martin, 1988: 237).

A sexualidade feminina foi historicamente construída em função de duas imagens que se enraizaram profundamente na consciência social: a da virgem e a da prostituta. O Cristianismo concebe a mulher, a Eva<sup>21</sup> (mulher primeira), como um ser movido pela tentação e pelo desejo (sexual); à mulher se atribui o pecado original. “The evil of sex has been particularly identified with the female. The Biblical Eve has inspired the image of the ‘woman temptress’ who could not be trusted” (Dawson, 405). As doutrinas da Igreja, relativamente aos pecados inerentes à sexualidade, concentraram-se sobretudo na sexualidade feminina; a mulher sexual era considerada como uma fonte de perigo (Barrett, 2000: 198).

A tradição cristã resume, com o elogio à figura de Maria e com o seu culto (culto da Virgem), os termos da sexualidade feminina: sexualidade com fins reprodutivos. Somente ao homem estava reservada a sexualidade visando a fruição pessoal. Porém, necessária se tornava a existência de mulheres que satisfizessem esse impulso “natural” masculino. Da dupla moral que reveste os dois sexos erguem-se então as imagens que têm servido de julgamento à mulher ao longo da história: a figura da mãe e da virgem contrasta com a figura da prostituta e da sedutora.

A Igreja entende a doutrina do nascimento da Virgem como enobrecedora para as mulheres que, em virtude da maternidade são, assim, socialmente valorizadas. Porém, concebe a sexualidade natural das mulheres como repreensível, carecendo assim de controlo. Segundo Elizabeth Stanton, uma das primeiras feministas, “a doutrina do nascimento da Virgem como algo mais elevado (...) mais nobre que a maternidade vulgar, é uma mancha sobre toda a maternidade natural do mundo [...] Dessa doutrina, e das que se lhe assemelham surgiram todos os mosteiros e freiras do mundo, que

---

<sup>21</sup> Todavia, e contrariamente ao mito da cultura hebraica foi Lilith, e não Eva, a primeira mulher de Adão. Lilith não é mencionada no Velho Testamento, embora figure no *Alfabeto de Ben Sira* (século XVI). Lilith, tal como Adão, foi criada a partir da terra. Nesses relatos, a cizânia entre Adão e Lilith aveio quando aquele anunciou que preferia a posição de missionário, não tanto pela sensação, mas sobretudo pela mensagem política que simbolizava. Lilith recusou-se a aceitar a condição de subordinada e partiu a voar, pensa-se que por vontade própria, do jardim do Éden (Angier, 1999: 53; Castro D’Aire, 7; Etxebarria, 2000: 111). Lilith foi assim a primeira mulher a rebelar-se contra o poder masculino. Após a rebelião de Lilith, Deus criou uma segunda mulher, Eva, a partir da costela de Adão, tentando desde logo evitar ímpetos de sublevação feminina.

desgraçaram, distorceram e desmoralizaram a masculinidade e a feminilidade há mil anos” (Stanton in Northrup, 1994: 228).

As mulheres foram tradicionalmente entendidas como seres assexuados em termos sociais, biológicos e psicológicos. O homem era naturalmente entendido como o ser sexual; e a mulher existia para fazer florescer esse impulso masculino e para reproduzir no quadro de uma relação heterossexual.

Turner salienta que nas sociedades tradicionais a dominação feminina resulta do modo de distribuição de propriedade, regulado mediante uma estrutura patriarcal que controla o corpo e a sexualidade feminina e, deste modo, o nascimento das crianças (herdeiros legítimos) garantindo a estabilidade e a reprodução da propriedade (Turner, 1996: 14; Frank in Featherstone, 1991: 41). A exclusão, a diversos níveis, a que a mulher desde sempre esteve exposta, resulta assim menos da sua associação com a natureza, do que com as determinações políticas e económicas (Turner, 1996: 134). O corpo feminino, mediante a sua função reprodutora, desafia a continuidade da propriedade e do poder masculino e, em última instância, a continuidade da sociedade (Turner, 1996: 65). Para Hobbes, a perenidade da sociedade pressupõe a perpetuidade e a repetição das relações entre corpos, propriedade e poder (Turner, 1996: 106).

Nas sociedades ocidentais o domínio da sexualidade esteve, durante séculos, sujeito aos desígnios da Igreja e da religião e os comportamentos eram julgados de acordo com o eixo da pureza e do pecado e a sexualidade feminina estava ligada à reprodução; mas a partir do século XVIII assistiu-se, em força, a um incitamento político, económico e técnico a que se fale de sexo, assistindo-se assim à proliferação de discursos de racionalidade (“discursificação”)<sup>22</sup> sobre o sexo “no campo do exercício do próprio poder” e com o intuito de terem repercussões na economia. O domínio da sexualidade foi assim conceptualizado e discutido em termos científicos.

O sexo tornou-se um “valor em jogo”, o segredo, essencial à sobrevivência da sociedade. O comportamento sexual da população começou a ser algo que era necessário gerir e controlar. “O que é próprio das sociedades modernas não é o terem votado o sexo a permanecer na sombra, é o terem-se dedicado a falar sempre dele, salientando-o como o segredo (Foucault, 1994: 39). Foucault põe em causa a premissa de que os séculos XIX e XIX teriam sido épocas de grande repressão sexual. Foucault entende que esta época é

---

<sup>22</sup> Foucault situa o início dessa “discursificação” no século XVI.

caracterizada por momentos de incitamento e de repressão não existindo nela uma homogeneidade intrínseca. Existem vários discursos e vários pólos formadores desses discursos, dotados de intentos específicos, que ora reprimem, ora propiciam a sexualidade; e que mesmo na repressão há sempre subjacente o incitamento e a tolerância num jogo entre poder e prazer, onde o poder encontra prazer no prazer que procura reprimir.

À burguesia se deve o entendimento do sexo como garante da sobrevivência da sociedade. Subjacente a este intento não estava uma renúncia ao prazer, mas um objectivo de melhorar a descendência humana. De facto, a partir do século XVIII, a burguesia esforçou-se por, através do controlo da sexualidade, obter um corpo específico, distintivo, incólume, dotado de saúde e higiene; e que lhe garantisse longevidade e descendência e asseverasse a sua particularidade presente e futura (Smart, 1985: 100-101); a burguesia procurava assim demarcar-se das outras classes tal como o fez no passado a nobreza. Assim, a especificidade do corpo da burguesia residia no sexo, na sexualidade saudável, tal como no passado a especificidade do corpo da nobreza se baseava no sangue (Foucault, 1994: 127). A auto-afirmação da burguesia foi movida por interesses económicos e políticos. As camadas populares escaparam por muito tempo ao dispositivo da sexualidade.

A partir do século XVIII os discursos sobre sexo foram proferidos pela medicina, pela psicologia, psiquiatria, biologia, etc.; a partir do século XIX desenvolveu-se uma *scientia sexualis* destinada a revelar a verdade do sexo mediante a prática da confissão aliada à escuta clínica, produzindo-se um discurso científico. Mediante esses discursos definiu-se a norma ideal do desenvolvimento sexual e descreveu-se (e interrogou-se) com minúcia todos os possíveis desvios; assistiu-se a uma “dispersão das sexualidades”, a uma implantação das sexualidades periféricas. A sexualidade normal estava consagrada à célula familiar, ao casal monogâmico e heterossexual.

Nesta altura assiste-se à diminuição da intervenção da Igreja na sexualidade conjugal; “mas a medicina, essa entrou em força nos prazeres do casal: inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, que nasceria das práticas sexuais ‘incompletas’” (Foucault, 1994: 45). Assim, o domínio do sexo começa a ser caracterizado não pela falta ou pecado, não pelo excesso ou transgressão, mas pelo normal ou patológico (Foucault, 1994: 71). A instituição médica fez do sexo o seu campo preferido de análise, dotando-se de uma medicina do sexo, proferindo exigências de normalidade. O sexo tornou-se um problema da vida e da doença. E aparecem as

figuras da “mulher nervosa”, a “esposa frígida”<sup>23</sup>, a “mãe indiferente ou assaltada por obsessões assassinas”, “marido impotente ou sádico”, a “jovem histérica”, o jovem “homossexual” (Foucault, 1994: 113).

**O campo primeiro e preferencial dos especialistas médicos foi o do corpo feminino, falando-se de uma medicalização da sexualidade feminina. A mulher dever-se-ia assumir como uma figura de valor. À mulher foram concedidas novas obrigações conjugais e parentais; ela era responsável pela saúde dos seus filhos, pela solidez da instituição familiar e pela manutenção da sociedade. A medicalização minuciosa do seu corpo e do seu sexo fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam perante a salvação da sociedade** (Foucault, 1994: 148).

No século XIX, com o desenvolvimento das sociedades capitalistas, operou-se uma rígida separação entre o mundo do trabalho (esfera pública) e o mundo da família (esfera privada). Os dois sexos, masculino e feminino respectivamente, passaram a caracterizar cada um destes mundos (Martin, 1987: 16). Não obstante, a lógica de dois mundos remete fundamentalmente para a vivência de uma classe média burguesa; o ideal de clausura doméstica não era uma realidade para as mulheres da classe trabalhadora. A sexualidade feminina da mulher burguesa, no seio do casamento, era apenas justificada como parte necessária da reprodução (Weeks in Barrett, 2000: 199). A própria feminilidade era delineada em função de uma abstinência – quer do trabalho, quer sexual - e de uma produção de crianças (Martin, 1987: 16). “A respectable bourgeois woman was therefore characterized as one who was chaste, virtuous and aided male sexual self-control. However, fears that women could fall were never far away” (Nead in Barrett, 2000: 199). De acordo com Weeks, a negação da sexualidade feminina é frequentemente considerada como a mais emblemática manifestação do puritanismo vitoriano (Weeks in Barrett, 2000: 198).

O sexo da mulher foi considerado de um modo ambíguo. Assumiu-se que o sexo feminino era um “sexo de segunda”, na medida em que o “sexo por excelência” pertencia ao homem e assumiu-se que o sexo da mulher estava totalmente submetido às exigências de reprodução, constituindo por si só o corpo feminino. No entanto esse corpo

---

<sup>23</sup> De acordo com Nicolson o conceito de frigidez nasceu no limiar o século XX no discurso da sexologia. Primeiramente, entendeu-se que a frigidez da mulher seria consequência da incapacidade do homem em estimulá-la. Mas como esta ideia desafiava o sistema patriarcal e a ideia do homem enquanto ser sexual a medicina e a sexologia trataram de diagnosticar a frigidez (mais tarde disfunção sexual) como um problema inerentemente feminino. A mulher era a culpada e detinha responsabilidade na incapacidade do homem até porque à mulher cabia arranjar-se e tornar-se atractiva ao homem. Devido aos preconceitos morais a mulher também não podia tomar a iniciativa sexual de obtenção de prazer (Nicolson, 1994: 19-20).



estava saturado de sexualidade e desta ideia nasce então todas as patologias que nessa altura se dotou a mulher. A medicalização do corpo e do sexo da mulher não mais deixou de se fazer sentir e reinventar.

No século XIX, a contraceção tornou-se assunto de debate público. Condenada pela Igreja e pela maioria dos membros da profissão médica, a contraceção era considerada uma ameaça à moralidade da mulher. Os seus oponentes acreditavam que a falência da tradicional ligação entre sexo e gravidez encorajaria uma demasiada liberdade sexual na mulher e, por conseguinte, um comportamento sexual libertino (Barrett, 2000: 199).

Homens e mulheres foram tradicionalmente assumidos como diferentes na sua constituição sexual (Stacey in Barrett, 2000: 198). A psicologia evolucionista (ou neodarwinismo) assume que o impulso sexual das mulheres é mais fraco do que o dos homens e que a mulher tem um instinto monógamo mais forte. Porém, quando a mulher demonstrou o contrário, ou seja, quando desobedeceu à sua inclinação “natural” de uma libido contida, a sociedade patriarcal encarregou-se de a punir<sup>24</sup>.

A dominação da mulher tem resultado ao longo do tempo da sua associação à natureza e assim à terra, à noite e naturalmente à lua que segue de perto a ciclicidade feminina. Os ciclos da natureza são os ciclos da mulher. Interioridade e escuridão subjazem ainda à essência de ser mulher, decorrendo esta associação da configuração predominantemente oculta dos seus órgãos genitais externos. O corpo feminino é, então, envolto e conceptualizado em mistério.

Segundo Paula Nicolson os corpos femininos são definidos em função dos discursos patriarcais da sexologia, da biologia, da psicologia e da ciência médica (Nicolson, 1994: 23). A força da ciência patriarcal ainda é poderosa fazendo com que as mulheres não tenham controlo sobre o seu corpo, a sua sexualidade, as suas emoções e auto-estima.

---

<sup>24</sup> Neste sentido, saliente-se a lógica subjacente ao termo ninfomania. Este termo deve a sua origem às ninfas, às raparigas gregas da fonte, cujas libidos eram consideradas demasiado fortes. O termo ninfómana é empregue para designar a mulher dotada de um impulso sexual excessivo. Supostamente as mulheres têm um impulso sexual mais fraco do que o homem, mas não suficientemente fraco. Com muito menos frequência o equivalente masculino à ninfomania, a satíriase, é aplicado. “Será porventura por nas mulheres o desejo excessivo ser considerado uma doença digna de um título, enquanto nos homens o mesmo impulso é considerado obrigatório?” (Ethel Sloane in Angier, 1999: 63). Porém, se o impulso sexual feminino é fraco, como justificar o esforço concertado, característico das sociedades patriarcais, de controlo e contenção da sexualidade feminina, fundamentando rituais e práticas como a infibulação ou o *pardah*?

A sexualidade feminina ainda é julgada em função de um duplo padrão de moralidade com consequências nefastas para a própria vida da mulher. Por um lado, a mulher, em função da natureza oculta da sua biologia sexual, é entendida como um ser passivo, como o receptáculo do desejo masculino; alguém que deve esperar e não tomar a iniciativa. A sexualidade feminina é resposta à sexualidade do homem. Por outro lado, a mulher tem poder sexual porque activa no homem o impulso sexual; este impulso é involuntário, o homem reage a um estímulo natural para o qual não é responsável, pois está na sua natureza fazê-lo. O prazer da mulher é entendido como decorrente da sua rendição, passividade e reconhecimento de que é um objecto sexual. Esta ideia é perigosa pois quase constitui uma defesa para acusações de violação.

O valor da mulher na sociedade advém ainda da sua capacidade de atracção; a mulher, embora posicionada enquanto objecto do desejo masculino, detém a responsabilidade atrair e responder ao interesse masculino. A mulher tem de permanecer atractiva e comportar-se de um modo que não intimide o homem; ainda impera o estigma da mulher com sucesso profissional, mas sozinha e frustrada. Mas tudo isto desemboca num paradoxo. Se os homens são dotados de um impulso natural, perseguindo e desejando sexo, sem a obrigação da monogamia do compromisso, cabe à mulher zelar pela sua reputação. E aqui denota-se a eficácia do duplo padrão de moralidade e da dicotomia mãe/prostituta que ainda vigora.

O movimento feminista e a emancipação da mulher na sociedade suscitaram uma mais aberta atitude face à sexualidade e à percepção da sexualidade e do prazer sexual como dimensões fundamentais e naturais da vida humana. Porém, Paula Nicolson entende que a sexualidade feminina e as formas de obtenção de prazer ainda estão muito prescritas. A mulher pode e deve ser um ser sexual, mas no quadro de relações monogâmicas, heterossexuais, visando o coito vaginal e obtendo prazer através do orgasmo vaginal (Nicolson, 1994: 14-20). Esta autora entende que o coito vaginal torna-se uma representação física e simbólica da dominação masculina e da submissão feminina. Geralmente é o homem que determina durante quanto tempo vai estimular a mulher e quanto tempo vai demorar o acto sexual; o prazer da mulher acaba por ser secundário ao orgasmo do homem (Hite in Nicolson, 1994: 20).

Nas primeiras décadas do século XX já Freud havia estipulado que era o orgasmo vaginal que dotava a mulher de saúde psicológica e a investia de feminilidade; contrariamente o orgasmo clitoriano estava associado a uma aberração psicológica, a uma hostilidade ao homem, a uma “inveja do pénis” (“penis envy”). Ao acentuar-se a

primazia do orgasmo vaginal reitera-se a associação entre sexualidade e reprodução. De acordo com Gerson Lopes “o orgasmo é um só: o clitoriano. Esse órgão funciona como um gatilho, que depois difunde o orgasmo para a plataforma orgástica, da qual a vagina faz parte, resultando nas contracções vaginais” (Lopes, 1994: 71). O sexo é ainda tipicamente entendido enquanto coito vaginal; mas se partirmos do pressuposto que o sexo é um modo de expressão de amor e intimidade, talvez o próprio sexo necessite de ser redefinido.

### A mulher na menopausa: matrona ou encarquilhada?

Ao longo dos tempos foram profícuos os retratos erigidos às mulheres a partir da meia-idade. Muitos deles apontavam para uma mulher em decadência, física, sexual, psicológica e moral. Esses retratos foram tecidos no seio da própria comunidade científica: “menopausal woman characteristically had a ‘dull and stupid look’, was ‘pale or swallow’ (...) These women suffered from a little flatulence, somewhat more hysteria, and, most of all, obesity... menopausal depression... grew out of pique at no longer being considered young and attractive” (Smith-Rosenberg in Gannon, 1994: 100). Em 1966 Robert Wilson, conhecido ginecologista norte-americano, referia-se à menopausa como um sofrimento não somente da mulher como também da sua família, dos seus colegas de trabalho, da vizinhança e de todos aqueles com quem privava (Gannon, 1994: 101).

Nas culturas ocidentais a construção da imagem da mulher na menopausa consubstanciou-se em duas figuras: a matrona, a mulher de peso, “mãe de família” que ocupa o seu tempo nas lides domésticas, cozinhando e costurando; e a mulher encarquilhada, com rugas, “mal-amada”, depressiva, que ocupa o tempo a meter-se na vida dos outros. Em ambos os estereótipos a sexualidade está ausente: a matrona preencheu o seu papel sexual enquanto mãe e já não está interessada em ser sexualmente activa, nem tão pouco é, para os outros, desejável do ponto de vista físico; a mulher enrugada sempre foi sexualmente frustrada e infeliz (Gannon, 1994: 101).

**Mas ainda hoje se pode falar de uma negligência da sociedade em relação às experiências das mulheres mais velhas no domínio sexual; vários autores entendem que esta negligência advém da prevalência de estereótipos culturais e sociais negativos que definem as mulheres mais velhas como sexualmente invisíveis e inelegíveis** (Tunaley, 1999: 742; Öberg, 1999: 633). Mas esta desqualificação sexual

resulta de um tabu e preconceito cultural mais amplo que nega a existência de vida sexual aos indivíduos mais velhos, a despeito da evidência que o interesse e a actividade sexual continuam com o passar do tempo.

As mulheres mais velhas são julgadas em função de um ideal de beleza que associa a capacidade de atracção social à juventude (Solnick, 1978: 79) e à magreza. Segundo Stannard “... women’s equation with beauty is consciously purveyed by men in an attempt to emphasize women’s dependency upon them” (Fairhurst, 1998: 259). Nas sociedades ocidentais modernas a valorização da mulher é, ainda, devedora da sua capacidade de atracção sexual. Esta atracção é apreciada de acordo com ideais histórica e culturalmente construídos de beleza física, ideais estes que, segundo Wiseman, postulam e valorizam um corpo magro (in Tunaley, 1999: 743). Assiste-se a uma obsessão cultural com a magreza.

Öberg e Tornstam entendem que em contraste com os homens, educados para sentirem orgulho no seu corpo, as mulheres são socializadas para não gostarem do seu, tornado-se frequentemente obcecadas com a magreza e a redução de peso. A acção dos meios de comunicação social contribui, dado que veiculam imagens de mulheres perfeitas, para o nocivo relacionamento das mulheres com os seus corpos; as mulheres relacionam-se com os seus corpos muitas das vezes mediante comparações negativas, decorrendo daí frustrações, sentimentos de inferioridade, redução da auto-estima, anorexia, etc. As mulheres estão mais susceptíveis a serem encorajadas, mais do que os homens, a desenvolver o seu corpo enquanto objecto de percepção para os outros. Em consequência desta diferente socialização que envolve os dois géneros e dos ideais de beleza veiculados pela cultura de consumo estes autores levantam a questão, da aparência ser mais importante para a mulher que para o homem (Öberg, 1999: 632).

Segundo Chrisler e Ghiz, e tendo em conta a definição e valorização social da mulher em virtude da sua aparência física: “one can expect to find many mid-life and older women experiencing body image disturbance as they encounter the effects of aging. It may be difficult to feel comfortable about aging in a culture where older women are rarely seen, and those who are seen are celebrated primarily for their ‘youthful’ good looks. In our society ‘old’ connotes ‘incompetence, misery, lethargy, unattractiveness, asexuality, and poor health” (Chrisler e Ghiz in Öberg, 1999: 633). Nesta linha de raciocínio Tunaley salienta a hipótese da mulher experienciar o processo de envelhecimento e as alterações da idade como um processo humilhante de desqualificação sexual (Tunaley, 1999: 744). No entanto, Öberg e Tornstam entendem

que, mesmo que os corpos das mulheres mais velhas não se ajustem às mensagens ou aos ideais preconizados pela cultura de consumo, as mulheres mais velhas podem apresentar maiores níveis de satisfação com o seu corpo comparativamente às mais novas (Öberg, 1999: 639). Subjacente a esta atitude estão considerações acerca da inevitabilidade das mudanças da idade.

Susan Sontag alerta para a dupla marginalização de que são vítimas as mulheres mais velhas em virtude da existência de preconceitos sociais com base no género (“sexism”) e na idade (“ageism”) (in Öberg, 1999: 633). Segundo esta autora dada a identificação entre atracção e juventude, o envelhecimento é comparativamente aos homens mais traumático para as mulheres (in Fairhurst, 1998: 259). “That old women are repulsive is one of the most profound esthetic and erotic feelings in our culture” (Sontag in Weg, 1983: 37). Fairhurst também concebe o entendimento comum da decadência corporal, em virtude do envelhecimento, como um estigma sexista, socialmente construído, porque particularmente limitador para a mulher (Fairhurst, 1998: 263).

Dado o término da capacidade reprodutiva da mulher na meia-idade, Hepworth salienta a tendência cultural que assume que as mulheres envelhecem mais cedo que os homens. Enquanto o corpo envelhecido em ambos os sexos foi entendido como sendo um corpo em declínio, a menopausa foi usualmente considerada como a causa de um precoce declínio na mulher (Hepworth, 1998: 284). A literatura é pródiga em associar a menopausa ao início do processo de envelhecimento e a uma perda de atracção física e sexual. Assim sendo, **as mulheres que atribuem importância à aparência física teriam mais dificuldades em lidar com a menopausa** (Fairhurst, 1998: 259).

A sexualidade das mulheres mais velhas pode ser considerada como particularmente repulsiva devido à histórica ligação entre actividade sexual e reprodução. Assim sendo, quando a mulher deixa de ser fértil torna-se assexuada (Tunaley, 1999: 744). A capacidade sexual, ou a fruição de prazer aquando do acto sexual, não está dependente da função reprodutora da mulher que, de facto, finda com a menopausa. A capacidade de prazer sexual e a capacidade de reprodução são duas funções distintas, o fim de uma não determina o término da outra, embora a estreita ligação que culturalmente se faz entre as duas possa conduzir a que muitas mulheres adquiram a crença de que o seu desejo sexual deve diminuir por alturas da menopausa.

## Sexualidade no climatério

**Um preconceito recorrente relativamente à menopausa é de que esta é responsável por uma diminuição significativa do desejo e da actividade sexual. O modelo biomédico identifica a disfunção sexual<sup>25</sup> como um sintoma da menopausa.** Esta seria responsável por: despertar sexual mais lento; diminuição da lubrificação produzida durante o acto sexual; adelgaçamento da parede vaginal que motiva uma sensação de desconforto durante o acto sexual; redução da intensidade do orgasmo; aumento da sensibilidade da pele (<http://femina.cybergrrl.com>). O modelo biomédico recomenda a THS como solução, na medida em que restabelece o desejo sexual e facilita a lubrificação e a elasticidade vaginal.

A imagem da mulher assexuada mais não é que uma consequência lógica da visão da mulher como governada pelas hormonas, particularmente pelo estrogénio; se assumirmos que o estrogénio controla o estado psicológico, emocional, físico e sexual da mulher, e que a produção de estrogénio finda com a menopausa, então a sexualidade será afectada. Este pensamento lógico está imbuído de problemas. Embora a produção de estrogénio diminua à medida que a mulher se aproxima da menopausa, todas as mulheres, no decorrer da sua vida, até aquelas a quem foram removidos os ovários, continuam a produzir estrogénio, embora não necessariamente pelos órgãos reprodutivos. A ideia do declínio ou da falha dos ovários é falaciosa. No decurso dos anos reprodutivos a mulher necessita de elevados níveis de hormonas de modo a ovular em cada mês. Depois da menopausa entra numa nova fase da sua vida; uma vez que deixou de ovular, não necessita desses elevados níveis de hormonas, outrora essenciais para a ovulação. Os ovários continuam a produzir a quantidade adequada de hormonas consentâneas com essa nova fase. O próprio corpo feminino está portanto munido de características adaptativas face ao declínio da produção de estrogénios pelos ovários aquando da transição da menopausa (<http://www.inorm.org/sense.html>; Gannon, 1994: 108).

Nos últimos 50 anos vários têm sido os estudos, a maior parte realizados nos EUA, dedicados ao entendimento da sexualidade na transição da menopausa. Estes

---

<sup>25</sup> De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV)* a disfunção sexual inclui: falta de desejo sexual, ausência de resposta à estimulação sexual, incapacidade em atingir o orgasmo, dor durante o acto sexual (<http://www.inorm.org/sexualhlth.html>)

estudos são razoavelmente consistentes em sugerir uma reduzida ou inexistente mudança na sexualidade como consequência da ou coincidente com a menopausa. Para além disso, os estudos que reportaram uma diminuição da actividade sexual nas mulheres na pós-menopausa (Hunter, 1990; Hallstrom e Samuelson, 1990) notaram que a actividade sexual das mulheres na pós-menopausa estava mais relacionada com factores que não a menopausa: acessibilidade de um parceiro, apoio emocional insuficiente por parte do marido e problemas psicológicos (Gannon, 1994: 104).

As anteriores descobertas põem em causa o estereótipo cultural que postula a imagem da sexualidade do homem, à medida que envelhece, como de continuidade, potência e virilidade. Este estereótipo deriva da associação histórica entre capacidade de reprodução e sexualidade (ou potência sexual). De facto, a fertilidade no homem, ao contrário de mulher, permanece teoricamente real até à data da sua morte; no entanto, a sua potência sexual decresce com a idade. Após os 50 anos é comum que os homens sintam uma diminuição da potência sexual; esta situação deve-se em parte a uma redução dos níveis de androgénio (Gannon, 1994: 104). Este estereótipo, de uma constante virilidade, coloca no homem expectativas impossíveis e não razoáveis, podendo ser sinónimo de frustração.

Portanto, os estereótipos da mulher plácida e assexuada e do homem viril constituem imagens falsas. Para Weg (1983) as mudanças na sexualidade são bastante similares nos dois sexos à medida que envelhecem. Este entendimento permite contestar as teorias que atribuem à menopausa uma diminuição do interesse e da actividade sexual da mulher. Se este cenário acontecer será mais devido ao próprio processo de envelhecimento do que à menopausa, uma vez que os homens também se debatem com as mesmas mudanças e não têm menopausa (in Gannon, 1994: 107).

A despeito da relação entre níveis hormonais e sexualidade estar cada vez mais posta em causa, e da evidência de que somente um número reduzido de mulheres sentirá mudanças a nível sexual em virtude da menopausa, muitos profissionais médicos, incluindo os portugueses<sup>26</sup>, continuam a postular que a diminuição dos níveis de estrogénios na menopausa necessariamente resultam numa diminuição da libido recomendando algum tipo de terapia hormonal.

Urge perguntar: porque é que é recomendado estrogénio às mulheres para permanecerem seres sexuais e não é aos homens da mesma idade recomendado

---

<sup>26</sup> Postura da Sociedade Portuguesa de Menopausa.

androgénio? Quer o homem quer a mulher produzem menos quantidade das respectivas hormonas e o processo de envelhecimento sexual é muito semelhante. Por outro lado, denota-se uma mudança no entendimento médico do que é desejável para a mulher à medida que envelhece: a sexualidade começa a ser considerada pela medicina como uma dimensão importante e desejável da sua vida. A que se deve esta mudança?

Os anteriores estereótipos, que remetem para o velamento ou para a anulação da actividade sexual na mulher mais velha, fazem parte do imaginário e das construções tecidas nas culturas ocidentais com o aval da ciência e assumem-se como interpretações misoginistas. Viu-se anteriormente como a medicalização da menopausa e da menstruação incidiram nos seus primórdios nas mulheres da classe burguesa numa altura em que o movimento feminista estava a eclodir; estas mulheres foram assim aconselhadas a permanecer em casa. Entretanto o movimento feminista firmou-se e as mulheres estão paulatinamente a conquistar o seu lugar no mundo e a modificá-lo. A THS surge como a solução para múltiplos problemas que advêm com a transição da menopausa, entre eles a decrepitude sexual.

A sexualidade começa de facto a ser considerada pela medicina como uma dimensão importante e desejável da vida da mulher na pós-menopausa; mas essa preocupação tem subjacente a si preconceitos misoginistas e patriarcais associados a objectivos de lucro. Estes estereótipos estão profunda e historicamente enterrados na cultura e, apesar da cada vez mais forte evidência da sua falsidade, continuam a ser acreditados uma vez que suportam e reforçam valores sociais. “Patriarchy has a clear investment in maintaining women as purely biological entities governed primarily by their hormones. Menstruation disqualifies them as competition in the workplace and reinforces their status as semi-invalids. Furthermore, by equating oestrogen with womanhood and by describing menopause as a deficiency disease, postmenopausal women can be dismissed as non-persons who are chronically ill” (Gannon, 1994: 108). A sobrevivência do sistema patriarcal reside no seu entendimento da mulher enquanto um ser que está separado, um ser “outro”, diferente; e essa diferença advém do que é mais óbvio: a sua biologia. As mulheres ocidentais são confrontadas com a THS numa altura em que detêm autonomia financeira e poder de compra; a THS é uma das muitas estratégias com que as mulheres são confrontadas para “envelhecer com juventude” e para garantir uma sexualidade satisfatória. Mais uma vez a mulher é comandada pela sua biologia, pelas suas hormonas; contrariamente, o homem está acima da sua biologia. Mais uma vez é a não falência dos seus órgãos reprodutivos que define a saúde e a



desejabilidade sexual da mulher. Esta torna-se desejável e atractiva mediante o funcionamento desses órgãos.

**Não existe portanto uma evidência clara e previsível, uma relação de causa-efeito entre menopausa e sexualidade. Isto não quer dizer que a sexualidade se mantém inalterada ao longo da vida da mulher, apenas que a(s) causa(s) da mudança não parece ser a menopausa *per se*. Outras variáveis são mais plausíveis de influenciar a sexualidade feminina que a menopausa.** É dessas variáveis que trata o próximo sub-capítulo.

### Determinantes da sexualidade

Revela-se muito complicada a tarefa de, em traços gerais, delinear os factores que podem influenciar a sexualidade das mulheres na transição da menopausa. Os significados e as práticas associados à intimidade erótica são profundamente pessoais, e os estudos consecutivamente feitos para aferir a esta dimensão tão íntima nunca conseguirão dar conta desse imaginário. De salientar mais uma vez a facilidade com que nas investigações sobre sexualidade se assume a heterossexualidade enquanto norma e não se problematiza convenientemente a orientação sexual.

Das leituras efectuadas algumas ideias parecem ser consensuais: **existe uma continuidade da sexualidade ao longo da vida**, ou seja, **as mulheres que foram sexualmente activas em jovens terão grande probabilidade de o continuar a ser em idade mais avançada** (Gannon, 1994: 103-112) e a vida sexual pode até melhorar para as mulheres hetero ou bissexuais pois já não necessitam preocupar-se com uma gravidez indesejada; **a actividade sexual da mulher está dependente, mas não sempre, da existência e da vontade de uma outra pessoa** (Northrup, 1994: 228-229) - Kinsey et al foram dos primeiros a atribuir a diminuição da sexualidade das mulheres à medida que envelhecem à diminuição do interesse no homem em actividades sexuais (Choi, 1994: 103): **o tédio e a rotina podem assumir-se como dissuasores da actividade sexual; a fruição de uma sexualidade gratificante está dependente de uma sensação de felicidade e bem-estar.**

**Psicologia, biologia e contexto social necessitam ser apreendidos para compreender a sexualidade feminina.** Personalidade, socialização, circunstâncias

actuais da vida e relacionamentos afectivos desenham o quadro mediante o qual a sexualidade é vivida.

Existe ainda alguma controvérsia a respeito da diminuição do desejo sexual ou da libido em virtude da redução dos níveis de estrogénio que acompanham a menopausa. As respostas variam em função da natureza biomédica ou feminista do discurso. De acordo com a médica entrevistada (pertencente à SPM) a diminuição da libido está associada à diminuição de estrogénios:

“O que é frequente é realmente uma diminuição da libido. O que é frequente é elas não se interessarem por... até nem dói. **Mas isto tudo tem a ver com inúmeros factores... sociais, culturais, vivenciais.** (...) Quer dizer, uma mulher que não tenha tido uma sexualidade satisfatória na idade adulta dificilmente vai ter uma sexualidade satisfatória na pós-menopausa ou na perimenopausa mesmo... **Tudo depende também de mulher para mulher. Tem uma variação individual muito grande.**

Depende também das **vivências anteriores**, depende se a **história anterior foi agradável, se não foi agradável** (...) Não lhe posso dar essa relação causa-efeito... **mas que acontece... associado à diminuição dos níveis de hormonas acontece...** ... porque acontece também numa menopausa cirúrgica, percebe? ... e nessa altura não tem a ver realmente com a idade... quer dizer, uma mulher que tenha a sua menopausa cirúrgica aos 30 anos muitas vezes e a maior parte das vezes queixa-se de diminuição da libido.”

É comumente aceite que em muitas mulheres a diminuição do nível de estrogénios, apanágio da menopausa, é responsável por uma diminuição da lubrificação vaginal durante o estímulo sexual. Esta ideia é largamente suportada na medida em que: a lubrificação vaginal aumenta em virtude da acção de suplementos de estrogénio e são as mulheres após a menopausa que mais referem essa dificuldade. (<http://www.inorm.org/sexualhlth.html>). Já o que não é consensual são as soluções propostas para facilitar a lubrificação vaginal. A medicina é lesta em propor a terapia hormonal ou a psicoterapia (ambas assumem-se como formas de medicalização), mas outras soluções são igualmente eficazes (saliva, cremes e lubrificantes vaginais aplicados directamente na vagina, frequência da actividade sexual) e sem os efeitos nocivos, que como se viu a THS pode induzir. Aliás, a THS só se revela eficaz, no domínio sexual, no restabelecimento de lubrificação vaginal; tem um efeito neutro na frequência, satisfação e desejo sexual.

**Um dos determinantes da lubrificação parece ser mesmo a frequência dos estímulos sexuais.** A lubrificação pode ser mantida e aumentada mediante qualquer tipo de actividade sexual. Assim, uma diminuição da actividade sexual pode originar uma diminuição da lubrificação vaginal. Lubrificação e actividade sexual detêm entre si uma relação interactiva ao invés de causal.

**Torna-se necessário salientar a possibilidade das mulheres, a partir de determinada idade, optarem por não ser sexualmente activas.** É bem possível que muitos autores questionem se essa decisão será saudável do ponto de vista físico e psicológico ou se constituirá mesmo uma doença; se decorre da existência de um companheiro(a) ou da prevalência de preconceitos sociais que inibem as mulheres de mais idade de demonstrar interesse sexual fora, por exemplo, de uma relação consolidada. O que parece importante é não assumir *a priori* essa decisão como uma “doença”, algo que não é saudável, ou que a mulher é induzida por preconceitos; desta última ideia até à criação de sentimentos de frustração é um passo. Um passo perigoso. A abstinência sexual decerto é uma escolha consciente para muitas mulheres (e homens). Segundo Linda Gannon: “by assuming there needs to be a reason not to be sexual – an unsupportive spouse or a restrictive society – we are implying that the only natural, healthy course is to be sexual, and, in most sub-cultures, heterosexual and social” (Gannon, 1994: 115). Por outro lado, se as mulheres na transição da menopausa denotarem realmente uma alteração na sua vida sexual isto só tem de ser efectivamente um problema se elas o entenderem enquanto tal ou se se sentirem mal com isso; cabe à própria pessoa a decisão de ser ou não sexual.

A vida é composta de várias dimensões, das quais a sexualidade apenas constitui uma delas; essas várias dimensões influem entre si gerando quiçá alguma coerência. Não é possível perceber a sexualidade, a sua continuidade ou as suas mudanças, sem atender a essas outras dimensões: familiar, relacional, profissional, social, económica e à própria saúde da mulher. A saúde sexual pode ser definida subjectivamente apenas como um sentimento de satisfação com a sexualidade (<http://www.inorm.org/sexualhlth.html>). Assim, a sexualidade deve ser expressa (ou não) de acordo com a vontade pessoal de cada mulher.

Mediante tudo o que atrás foi exposto algumas interrogações se erigiram para objectivos de pesquisa empírica: numa era em que o culto do corpo se torna uma “religião”, e onde atractividade e sexualidade são associadas à juventude, como perspectiva a mulher, na transição da menopausa, o seu corpo e as suas (naturais) transformações; em que medida o corpo é alvo de atenção ou cuidados (médicos, estéticos); de que forma a menopausa e o envelhecimento interferem (ou não) na sexualidade.

## Estratégias de Investigação

### Metodologia

Uma vez que a pesquisa incide sobre um processo (menopausa) e temáticas eminentemente subjectivas e simbólicas da vida da mulher optou-se por uma abordagem qualitativa. Somente esta abordagem permite, mediante o modo como as mulheres verbalizam e constroem o seu discurso, aceder ao mundo simbólico e representacional feminino. Por conseguinte, a mulher assume ao longo desta interacção um papel activo, é ela que impõe o ritmo e a sucessão dos assuntos. O papel do entrevistador é quase que o de um espectador, elevado a sujeito mais activo nas situações em que se torna premente reconduzir a entrevistada para os assuntos previamente delineados.

A técnica principal utilizada foi a da entrevista individual semidirectiva. A entrevista, ao contrário de outras técnicas de índole quantitativa, possibilita não apenas o apuramento de opiniões e percepções sobre si, os outros e o ambiente, mas igualmente revela traços da personalidade dos entrevistados na medida em que os procura e contextualiza no seu próprio meio e segundo a sua linguagem.

O guião de entrevista foi construído de modo a privilegiar três grandes eixos temáticos: envelhecimento, menopausa e sexualidade. Importava captar as representações que tinham a respeito destes conceitos, mas também traçar o seu universo quotidiano, doméstico e relacional.

Procurou-se utilizar uma linguagem acessível, sem a imposição de todo um código linguístico e conceptual próprio dos círculos académicos, dando-se espaço a que cada mulher estruturasse o seu pensamento e construísse livremente o seu discurso. Houve a preocupação de deixar que cada uma divagasse e discorresse sobre o que para si era obviamente objecto de interesse, mesmo que se distanciasse do pretendido. Não encaro esta decisão como falta de objectividade, mas entendo que face à disponibilidade e ao altruísmo de cada entrevistada em submeter-se a este tipo de interacção não as deveria interromper, até porque as suas declarações surgiam como resposta a um desafio por mim colocado. Assim sendo, a sua pertinência não pode ser, quanto a mim, posta em causa. Esta opção metodológica pode então ser inscrita nas tendências mais recentes dos círculos feministas (Denzin, 1994: 361-376). Estas tendências têm continuamente posto em causa o próprio móbil do acto da entrevista, criticando o modo impessoal como a

entrevista “óptima” foi ao longo do tempo construída e desejada. Vozes dentro do movimento feminista sugerem que a “entrevista” emerge de um paradigma masculino também ele resultante de uma cultura masculina. Da entrevista “óptima” foram continuamente excluídas características que desde sempre se associaram ao sexo feminino, como a subjectividade e a emocionalidade. Assim, vozes dentro do movimento feminista postulam o desenvolvimento na entrevista de uma relação mais próxima entre entrevistador e entrevistado, minimizando as diferenças de status e hierarquia. Sob o lema “não há intimidade sem reciprocidade” legitima-se a possibilidade de os entrevistadores também eles mostrarem o seu lado mais humano, respondendo a perguntas que possam surgir e expressando sentimentos. No decorrer da entrevista surgem momentos de interacção que não são compatíveis com a entrevista tradicional de pergunta/resposta; estes momentos remetem para um “nível específico de interacção – na qual o entrevistador e a pessoa entrevistada se constituem como ‘pessoas’, para além do jogo formal dos seus dois papéis mais específicos” (Guibentif, 2001: 143). Esta abordagem assume-se como mais ética e honesta na medida em que trata os entrevistados como sujeitos e não enquanto meros objectos de estudo. Metodologicamente fornece uma maior diversidade de respostas pela liberdade dada ao entrevistado.

### Aviso prévio

A imersão no terreno aconteceu em tons titubeantes devido sobretudo a uma redefinição do objecto de estudo e à consequente inadequação da estratégia empírica previamente esboçada. Este trabalho procurou desde o início dar conta de um dos processos subjacentes ao ciclo reprodutivo feminino: a menopausa; e mais concretamente à vivência da sexualidade feminina nesse contexto específico. Assim sendo pretendeu-se no início contrapor os testemunhos de mulheres com orientações sexuais diversas (heterossexuais, homossexuais e bissexuais).

Uma vez que o meu universo de rede de sociabilidades não era tão vasto e heterogéneo que me permitisse encontrar mulheres com diferentes orientações sexuais, e dado o carácter privado, oculto e desvelosamente preservado da opção sexual, somente revelado em pequenos círculos íntimos, assumi que a melhor estratégia seria a de procurar apoio junto de responsáveis de associações de mulheres que funcionassem

como intermediária(o)s entre mim e as suas associadas e possibilitando os contactos iniciais. Contactei várias associações de mulheres, algumas de natureza eminentemente sexual, após ter tido acesso a uma base de dados. O primeiro contacto foi feito através de carta e/ou email nos quais expus o objectivo da investigação e o pedido de auxílio (Anexo). Sempre que a resposta não se fez surgir telefonei e desloquei-me diversas vezes a essas mesmas associações, mas sem grande sucesso.

Em virtude da dificuldade em encontrar mulheres dispostas a falar sobre as suas experiências de menopausa e sexualidade nos círculos das associações de mulheres, e devido à assunção de que o discurso porventura por elas proferido não seria um discurso “virgem”, mas ao invés suficientemente elaborado e reflectido, optou-se por proceder a uma redefinição dos objectivos de pesquisa e conseqüente enquadramento teórico. A sexualidade passou a ser somente um dos aspectos a considerar na transição da menopausa, deixando de ter a primazia que outrora detinha. A opção sexual deixou igualmente de recortar o universo da pesquisa o que propiciou a procura de possíveis entrevistadas junto da minha rede de sociabilidades e conhecimentos. Antes de optar por esta estratégia ponderei ainda a hipótese de colocar anúncios em jornais ou sites da internet; mas por uma questão de optimização de tempo e recursos monetários também esta tática foi abandonada.

Assim sendo, contactei amigos e familiares, pessoalmente ou por email, para que também eles se socorressem dos seus próprios conhecimentos e me ajudassem a encontrar mulheres que reunissem determinadas características (idade e transição da menopausa) e que estivessem disponíveis para uma conversa.

Cada uma das mulheres foi primeiramente contactada por um intermediário a quem expliquei em traços gerais a lógica da entrevista (“conversa”). Numa fase seguinte, e tendo em conta a disponibilidade demonstrada, era eu que contactava telefonicamente a futura entrevistada. Nesta conversa telefónica definia-se a situação de entrevista propriamente dita e negociava-se a gravação áudio da mesma. Houve sempre a preocupação em, por um lado, não comprometer os desígnios da investigação abrindo totalmente o “jogo”, não me detendo em pormenores técnicos e, por outro lado, ser honesta e sensível para com as entrevistadas, respondendo com brevidade e verdade mas não com profundidade ao que me perguntavam. As entrevistadas foram informadas do âmbito académico do trabalho e daí a promessa de não divulgação e anonimato das suas identidades; na fase de transcrição das entrevistas investi-me do direito de alterar quer o nome das entrevistadas quer o dos seus amigos e/ou familiares. Todas estas questões

foram depois retomadas e enfatizadas na situação de entrevista propriamente dita. Nesta fase de contacto e explicitação dos meus intentos nenhuma mulher recusou ceder-me uma entrevista.

As duas recusas de que tive conhecimento aconteceram numa fase prévia e junto dos intermediários e as razões evocadas foram coincidentes: a facilidade que tinham em identificar a minha pessoa através da minha família. Embora nenhuma delas me reconhecesse se nos deparássemos frente-a-frente conheciam os meus pais e alguns membros da minha família e, embora o meu intermediário tivesse evocado o anonimato da minha investigação, esta advertência não bastou para aceitarem o desafio. De salientar a disponibilidade demonstrada por outras mulheres em se submeterem à situação de entrevista, mas a quem não cheguei a entrevistar pois considereei que o seu contributo não constituiria uma mais-valia uma vez que seria uma repetição de perfis já contemplados confluindo, em última instância, para uma saturação de informação.

Cada entrevista foi antecedida por dois contactos telefónicos<sup>27</sup>, o último dos quais servia para relembrar à entrevistada que a entrevista teria lugar no dia seguinte e se estava tudo conforme o combinado.

### A entrevista

A escolha do local de realização da entrevista esteve a cargo de cada entrevistada. Esta estratégia metodológica revelava-se imperiosa e fundamental, na medida em que, para abordar assuntos de índole tão pessoal como os que foram abordados, era conveniente que todo o ambiente envolvente fosse o menos intimidante possível e convidasse ao relaxamento e a revelações espontâneas. Era necessário que as entrevistadas estivessem no seu “território” (casa, local de trabalho) ou em “territórios” por si escolhidos (a minha casa). Antes da entrevista propriamente dita, de um modo geral, retomou-se o que já se havia dito nos contactos telefónicos: a garantia de anonimato (os nomes que constam nas entrevistas foram ficcionados) e a necessidade da gravação. Nenhuma das entrevistadas recusou a gravação áudio, pareceram entender que se tratava de procedimentos de rotina e que visava facilitar o meu trabalho; creio mesmo que esta questão foi esquecida a partir do momento em que a entrevista se iniciava. Algumas entrevistadas demonstraram interesse em saber se eu já havia feito muitas

---

<sup>27</sup> Estes contactos telefónicos foram intensificados sempre que, por algum motivo, eu ou a entrevistada desmarcávamos a entrevista.

entrevistas, e porque é que tinha escolhido fazer um trabalho sobre menopausa se era tão jovem. Tentei sempre responder a todas estas curiosidades sem me comprometer.

De salientar que não raras vezes as entrevistadas começaram desde logo, sem o gravador ter sido ligado, e apesar de saberem que a entrevista pressupunha uma gravação, a falar das suas experiências de menopausa.

Numa fase inicial todas as entrevistadas, excepto a Rosário<sup>28</sup>, foram convidadas a pronunciar-se sobre as questões do corpo, da aparência física. Este foi o “rito de entrada” da entrevista. Esta era uma das questões mais anódinas que *a priori* não seria objecto de dúvidas ou inibição e que talvez permitisse a posterior abordagem de questões mais pessoais como as relacionadas com o envelhecimento, a menopausa e a sexualidade. Estas foram pensadas para acontecer numa fase em que entre mim e a entrevistada houvesse já um maior à vontade e uma cumplicidade partilhada. A partir daquela pergunta inicial cada entrevista fluiu ao sabor da disponibilidade e entusiasmo de cada uma das intervenientes.

### Intenções gerais das entrevistadas

O facto de alguém aceitar submeter-se a uma situação de entrevista, despendendo parte da seu tempo, em benefício de alguém que não ele próprio, constitui uma inelutável prova de altruísmo. Nesse espaço de tempo a pessoa confessa-se, partilha a sua vida e as suas experiências com alguém, eu, que não faz parte do seu círculo íntimo. A entrevista termina. A porta fecha-se e vela-se o proferido.

À partida creio que houve, por parte da maior parte das entrevistadas, uma surpresa e uma empatia em relação a este trabalho. Surpresa, pois não esperavam que alguém tão jovem, e que estava a tirar um curso de Sociologia (algumas delas inquiriram-me mesmo a respeito do curso: “*Para que serve?*”; “*Pode fazer o quê depois de terminá-lo?*”), se interessasse por tal tema; empatia, porque a maior parte das entrevistadas estavam ou tinham estado a braços com tal mudança. O conteúdo assumia-se como pertinente face ao contexto das suas vidas, era algo que tocava a sua sensibilidade de mulher. Em última instância estavam a ajudar alguém, outra mulher, que lhes garantia a confidencialidade das suas declarações. Acredito que a naturalidade e a descontração com que as entrevistadas abordaram determinados assuntos, como a

---

<sup>28</sup> Rosário: menopausa precoce.



sexualidade, foram facilitadas pelo facto de eu e elas pertencermos ao mesmo sexo e, assim, sentimentos de desconforto ou vergonha, passíveis de existir caso não houvesse esta “sintonia” de sexos, não advieram; por conseguinte, as entrevistas fluíram como se de uma “conversa de mulheres” se tratasse.

Cada entrevista assume-se enquanto individualidade, com uma história e evolução próprias, constituindo o fragmento de uma vida. A partir de uma mesma pergunta inicial cada entrevista trilhou um caminho fruto da atitude de cada uma das entrevistadas. Em nove das onze entrevistadas denotou-se, desde o início, uma vontade e um entusiasmo em não só responder ao que era sugerido, mas também um agrado na própria ocasião de convívio e comunicação. Uma oportunidade para elas próprias se ouvirem, exorcizando sentimentos.

De salientar que algumas das entrevistadas tomaram elas próprias a iniciativa de abordar assuntos relacionados com a sexualidade; não raras vezes os temas orientadores do guião foram surgindo ao longo das declarações das entrevistadas sem que eu os tivesse claramente sugerido. O resultado foi o de entrevistas longas e o advento de temas a que quiseram dar particular destaque. Porém, duas das entrevistadas transpareceram um maior óbice e um menor à vontade limitando-se a responder ao que era sugerido e sempre de um modo muito breve e categórico. Esta assimetria de posturas face à entrevista permite pensar e aferir das razões e ideias mais gerais subjacentes à aceitação da própria entrevista.

O facto de haver um elo de ligação (intermediário) entre mim e cada uma das entrevistadas pode explicar em parte a disponibilidade demonstrada. Talvez esse elo tenha de algum modo funcionado como factor de “pressão” e algumas mulheres tenham cordialmente aceite a entrevista sem no entanto a querer de facto; talvez este tenha sido o cenário prévio que fez com que essas duas entrevistadas tenham adoptado uma postura mais reservada.

### Transcrição

Numa fase ulterior procedeu-se à transcrição o mais fiel possível das declarações obtidas não se descurando nenhuma parte do discurso. De referir, mais uma vez, que houve o cuidado de omitir o verdadeiro nome das entrevistadas, bem como os dos seus familiares e amigos, assim como os locais que pudessem de algum modo

comprometer essa identidade. Através da transcrição procurou-se reconstruir o cenário em que decorreu a entrevista, ou seja, procurou-se salientar mudanças de tonalidade do discurso, palavras sussurradas como se de um segredo se tratasse, silêncios, risos e sorrisos que mais não constituem que traços audíveis da personalidade de cada uma das mulheres. Sempre que as entrevistadas simularam diálogos que haviam tido com outras pessoas houve a preocupação de colocar as frases entre “aspas” e a *itálico*.

Foram ainda utilizados os seguintes símbolos:

...	silêncios breves/médios
... ..	silêncios demorados
ah	som pouco demorado
ahh	som mais demorado
ahhh	som mais demorado que o anterior e assim sucessivamente...
	[ahhhh, ahhhhh]

### Escolha da População Observada

Dada a natureza qualitativa deste trabalho não se almejou atingir uma representatividade estatística; pretendeu-se sim garantir uma diversidade de respostas tendo em conta a adequação aos objectivos da investigação. Ambicionou-se diversificar o mais possível o perfil das entrevistadas tendo em conta as variáveis seguintes: grau de escolaridade, condição perante o trabalho, situação na profissão, estado civil, número de filhos e situação perante a menopausa (pré-menopausa e pós-menopausa). Em relação à situação perante a menopausa optei por entrevistar mulheres em diferentes “status menstruais”. E isto, porquê? Porque seria extremamente complicado perceber se a mulher estava sem menstruação há mais de um ano pelos contactos exploratórios que antecederam a entrevista; porque as leituras que fiz apontavam para a extrema variabilidade da experiência do climatério no que respeita à idade da última menstruação e aos sintomas sentidos. A variável determinante na escolha das entrevistadas foi a idade; assim, procurou-se que as entrevistadas tivessem idades compreendidas entre os 47 e os 55 anos. Em resumo, entrevistei 11 mulheres com idades compreendidas entre os **42 e os 55 anos**. Assim sendo, procedeu-se a uma redução da idade mínima das entrevistadas na medida em que entrevistei uma mulher em pós-menopausa desde os 21/22 anos, e actualmente com 42 anos.

**Quadro 1: Idade**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>
Ema	47
Madalena	50
Adriana	51
Ana Teresa	53
Amélia	53
Adélia	55
Rosário	42
Mariana	55
Paula	52
Carmo	53
Cecília	50

Idade média das entrevistadas: 51 anos.

**Quadro 2: Situação conjugal**

<b>Situação conjugal</b>	<b>N.º entrevistadas</b>	<b>Nome</b>
Casada	8	Ema, Madalena, Adriana, Ana Teresa, Amélia, Rosário, Carmo, Cecília
Divorciada	2	Adélia, Mariana
União de facto	1	Paula

**Quadro 3: Agregado familiar**

<b>Agregado familiar</b>	<b>N.º entrevistadas</b>	<b>Nome</b>
Vive só	1	Mariana
Com cônjuge	5	Madalena, Ema, Rosário, Ana Teresa, Amélia
Com cônjuge + filhos	1	Cecília
Com cônjuge + filhos + outro familiar	1	Carmo
Com cônjuge + outro familiar	1	Paula
Com outro familiar	2	Adriana, Adélia

**Quadro 4: Condição perante o trabalho**

Condição perante o trabalho	N.º entrevistadas	Nome
Exercem profissão	6	Ema, Madalena, Adriana, Amélia, Adélia, Cecília
Desempregada	2	Paula, Mariana
Reformada	3	Rosário, Ana Teresa, Carmo

**Quadro 5: Situação na profissão**

Situação na profissão	N.º entrevistadas	Nome
Conta de outrem	4	Ema, Adriana, Amélia, Cecília, Adélia
Patroa	1	Madalena

**Quadro 6: Grau de instrução**

Grau de instrução	N.º entrevistadas	Nome
Básico	5	Ema, Madalena, Amélia, Mariana, Adélia
Secundário complementar (10º/12º)	3	Ana Teresa (10º), Paula (10º), Rosário (12º)
Médio	1	Adriana
Superior	2	Cecília, Carmo <sup>29</sup>

<sup>29</sup> A situação de Carmo, no que respeita ao grau de instrução, é complexa. Carmo concluiu, há cerca de 2 anos (aproximadamente) uma pós-graduação em Arqueologia numa instituição universitária particular. Esta pós-graduação foi iniciada sem que possuísse uma licenciatura; de salientar, no entanto, que Carmo frequentou no passado o curso de Biologia, numa instituição universitária pública, embora não o tenha concluído. Assim, se atendermos à duração desta pós-graduação (4 anos) e à possibilidade surgida após a sua conclusão de Carmo fazer um doutoramento em Antropologia Física em Inglaterra, a convite de um seu professor, conclui-se que Carmo, no que concerne ao grau de instrução, possui o ensino superior. Ademais, Carmo fez uma especialização em Palinologia (estudo dos esporos e do pólen) em Paris.

**Quadro 7: Posição de classe**<sup>30</sup>

Posição de classe	N.º entrevistadas	Nome
Empresárias, Dirigentes e Profissionais Liberais (EDL)	3	Cecília, Madalena, Ana Teresa
Profissionais Técnicas e de Enquadramento (PTE)	1	Carmo, Adriana
Empregadas Executantes (EE)	6	Paula, Mariana, Ema, Rosário, Amélia
Trabalhadoras Independentes (TI)	1	Adélia

## Técnicas de Exploração do Terreno

Aceder a representações (opiniões, aspirações, percepções) revela-se uma tarefa singularmente complicada. O que as pessoas afirmam sobre o que pensam ou fazem pode pouco revelar sobre os processos ou as lógicas que subjazem a essas representações ou acções. Coloca-se ainda e sempre a hipótese das pessoas criarem um muro à sua volta, protegendo-se (a si e aos seus), não revelando fraquezas, incoerências e conflitos por forma a dar uma boa imagem, socialmente legítima.

Mesmo nas questões ditas mais objectivas tudo o que se obtém é uma declaração do sujeito sobre a observação que ele faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação. Daí a importância da utilização de estratégias ou técnicas complementares que possibilitem o controle das informações recolhidas e permitam situá-las nos contextos em que foram emitidas ou a que se referem. Por outras palavras, importa não somente delimitar o universo subjectivo de cada indivíduo, mas igualmente considerar que processos e dinâmicas sociais operam e configuram esse mesmo universo até de um modo inconsciente.

De modo a delimitar toda a informação obtida houve, ainda no decorrer de cada entrevista, a preocupação de registar mentalmente (observação passiva) o local onde decorreu a entrevista (quase sempre a casa da entrevistada), as interrupções que houve

---

<sup>30</sup> O lugar de classe das entrevistadas foi determinado pelo cruzamento entre a profissão (grupos/CNP 94) e a situação na profissão (patroas/trabalhadoras por conta própria e trabalhadoras por conta de outrem) tal como consta em: MACHADO, Fernando Luís *et al* (2003) “Classes sociais e estudantes universitários” in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 66, pp. 45-80

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

em virtude da chegada de algum familiar, toque de campainha ou telefone e o modo como a entrevistada se comportou, assim como a sua postura ao longo da entrevista. Posteriormente, e com base nessas informações, procedeu-se a um diário de cada entrevista (Anexo) onde se anotou tudo o que pareceu relevante para enquadrar a informação recebida durante a entrevista e reconstituir o universo social da entrevistada.

Quase todas as entrevistadas se sentiram tentadas a falar, antes da entrevista se iniciar, e até mesmo após, sobre assuntos relevantes para a pesquisa. Mesmo no final, e após termos conjuntamente acordado em desligar o gravador, algumas entrevistadas procederam quase que a um resumo do que foi dito, ou a uma justificação. Estas informações foram também elas integradas no diário das entrevistas.

A recolha de informação foi completada com a realização de uma entrevista a uma médica associada da Sociedade Portuguesa de Menopausa, especialista em questões relacionadas com a menopausa. Esta entrevista foi efectuada no início da investigação, quando ainda se estava a proceder ao enquadramento teórico do trabalho.

## O corpo enquanto “objecto de cuidados de saúde”

Um dos objectivos deste trabalho consistia em aferir da influência da medicina (e dos seus profissionais) na vida reprodutiva e no discurso das entrevistadas. Esta influência não se resume somente à situação concreta da consulta, e ao jogo de poder aí estabelecido, mas expande-se para fora das paredes do consultório e dissemina-se também através dos meios de comunicação social (televisão, jornais, revistas).

**A influência da medicina pode ser apreendida tendo em consideração: a frequência com que as mulheres se submetem ao olhar clínico; a facilidade com que acatam e seguem o conselho do especialista e o modo como, ao discursarem sobre a menopausa, fazem uso das metáforas médicas da menopausa enquanto “decadência”, “deficiência hormonal”, “estado de vulnerabilidade”.**

A grande maioria das entrevistadas relata ir regularmente a consultas de ginecologia/obstetrícia e fazer periodicamente exames médicos (mamografia, ecografia, densitometria óssea, etc.). Aquando da entrevista algumas (Adriana e Madalena) referiram mesmo já ter consultas de ginecologia marcadas, e outras (Paula, Ema, Adélia) manifestaram igualmente necessidade de o fazer com brevidade.

**A prevenção assume-se como o móbil principal nas idas à(ao) médic(a)o e consequentes exames de rotina,** como ilustra Ana Teresa:

“Mas, eu encaro esses exames como uma **protecção para a saúde** ... .. Não encaro isso como uma doença que a pessoa possa dizer assim: «*Agora ando a caminho do médico todos os meses*». Não. **Eu acho que isso faz parte... da vida.**” (Ana Teresa)

Apenas duas entrevistadas (Adélia e Paula) referem não ir a consultas de ginecologia nem fazer periodicamente exames médicos; no entanto, ambas entendem que, atendendo à sua idade, deveriam consultar a(o)s respectiva(o)s médica(o)s. Paula entende que deve procurar a(o) médica(o) pois pretende praticar desporto e, dada a sua idade, entende que é mais sensato fazer exames e esperar que a(o) médica(o) lhe diga se está ou não apta. Mas, Paula tem fobia a médica(o)s (“*tudo quanto é médico eu tenho medo*”; “*ainda não fui porque tenho uma fobia aos médicos... uma coisa incrível!*”), sendo a sua psiquiatra a única profissional da medicina a que tem acorrido com alguma regularidade. Mediante o testemunho de Adélia percebe-se que questões monetárias têm servido de impedimento a essas consultas regulares.

A menopausa assume-se como um evento do ciclo reprodutivo feminino que encerra em si uma universalidade e uma inevitabilidade. Porém, esta certeza manifesta-se em tempos diferentes e revestindo também diferentes formas em função da natureza subjectiva de cada corpo.

O quadro seguinte ilustra o “status menstrual” de cada entrevistada e atesta a profunda variabilidade que acompanha a transição da menopausa.

**Quadro 8: Status Menstrual**

<b>Nomes</b>	<b>Status Menstrual</b>	<b>Idade de Menopausa</b>	<b>Idade actual</b>	<b>Observações</b>
Ema	pré-menopausa	-	47	-
Madalena	pré-menopausa	-	50	-
Adriana	pré-menopausa	-	51	-
Ana Teresa	pré-menopausa	-	53	-
Amélia	pré-menopausa	-	53	-
Adélia	pós-menopausa	48	55	menopausa natural
Rosário	pós-menopausa	21/22	42	menopausa cirúrgica
Mariana	pós-menopausa	48	55	menopausa natural
Paula	pré-menopausa	-	52	-
Carmo	pós-menopausa	50	53	menopausa natural
Cecília	pré-menopausa	-	50	-

A grande maioria das entrevistadas continua menstruada, embora algumas denotem já irregularidades menstruais (Ema, Madalena); irregularidades menstruais essas que foram o prenúncio da menopausa para Mariana, Adélia, Ana Teresa e Amélia; estas duas últimas iniciaram, antes do último período menstrual final, a THS, razão pela qual ainda se encontram menstruadas. Rosário entrou na menopausa em virtude de duas cirúrgias (aos 15 e aos 22 anos) nas quais lhe foram removidos os dois ovários (ovariectomia bilateral). Rosário tem alguma dificuldade em situar a sua menopausa, assim como as suas manifestações físicas ou psicológicas.

De salientar o caso de Adriana, submetida há dois anos meio a uma histerectomia (remoção do útero), e de Cecília, igualmente submetida (há três, quatro anos) a uma cirurgia na qual lhe foi removido o útero e um dos ovários (ooforectomia). Quer Adriana, quer Cecília atingiram a menopausa segundo uma definição, dado que já não mais tiveram menstruação; no entanto, ambas afirmam que os seus ovários - os dois



no caso de Adriana, e somente um no caso de Cecília – continuam a produzir a quantidade de hormonas necessárias e, assim, do ponto de vista hormonal não registaram alterações. Por conseguinte, não estão ainda na menopausa.

De um modo generalizado as entrevistadas singularizam a sua (passada, presente ou futura) experiência de menopausa e concebem o seu corpo como dotado de unicidade e subjectividade:

“Até porque eu... ahh... sou filha de médico e, e, tenho uma amiga médica, e portanto é, **tenho a perfeita noção de que os organismos não são todos iguais e não reagem, nunca, todos da mesma maneira portanto essas questões não podem estar pré-concebidas.**”(Cecília)

“... porque acho que realmente não vale a pena estar a pensar como é que vai ser **porque realmente todos os casos são um caso e o que acontece a umas mulheres pode não acontecer comigo** e então estou à espera realmente de saber quais são as coisas que me vão acontecer...” (Ema).

“E eu respondia que **nem todos os corpos são iguais! Há uns que reagem bem e há outros que reagem mal.** Eu por acaso reagi bem. Porque há quem fique com muitas dores de cabeça, Catarina, há quem fique com problemas no corpo... Eu graças a Deus, não. Graças a Deus, não.” (Adélia)

Todas as entrevistadas em situação de pós-menopausa referem-se, e algumas em pré-menopausa (Amélia, Ana Teresa, Madalena), em maior ou menor grau, e em alturas diferentes da sua experiência da menopausa, aos afrontamentos, “calores” ou “suores nocturnos” enquanto uma manifestação da menopausa. Os afrontamentos não interferiram no dia-a-dia ou na capacidade destas mulheres exercerem as suas actividades normais, até porque são mais facilmente sentidos durante a noite; no entanto, vale a pena registar o modo como a eles se referem ou à sensação de que são responsáveis: “*sensação horrorosa, horrível, horror*” (Adélia), “*desagradável*” (Carmo), “*mal-estar*” (Amélia), “*15 dias dolorosos*” (Mariana).

“Esses afrontamentos... mais durante a noite. Dá um calor interior, muito, muito grande, desde os pés, assim... muito, muito por dentro. Sente-se o sangue ferver nas veias, até pica. Nós sentimos picadas, assim. E começamos de sentirmo-nos muito vermelhas, com muito calor, transpiramos... todas. Ficamos alagadinhas em água. Eu tive isso, no primeiro mês e no segundo. Portanto, enquanto não entrei no tratamento... sei lá desde aqui tudo isto escorre, é água... pingas! [Mas era sempre à noite ou era também durante o dia... no contacto com os outros?] Também durante o dia. Mas a cama... Não, não, não tem nada a ver com contacto. Aquilo dá assim de hora a hora... sei lá, pode dar de hora a hora, de duas em duas horas... três vezes... dá assim muita vez. Não é uma vez por dia nem duas... pronto, também não posso precisar. **Dá tão mau estar!**” (Amélia)

“... com 48 anos ou 49, que eu secalhar já tinha nessa altura, eu nunca me lembro de toda a minha vida ter transpirado tanto! Transpirava de noite, calor, transpirava de noite, de noite, completamente encharcada em água... Sabes? A água escorre-te pelo peito, tu estás tapada e de repente sentes-te molhada! Acordas, destapas-te para trás, toda, que não suportas a roupa, e depois adormeces, e depois acordas com frio, voltas-te a tapar! Isto era assim! **Foram 15 dias dolorosos!** ... .. durante o dia não sentia isso, não sentia! Eu só sentia à noite. Tinha mais aqueles **pesadelos**, aquelas, aquelas coisas... **não dormir... e muito irrequieta...**” (Mariana)

Apesar da noite ser o palco por excelência dos afrontamentos, estes podem igualmente acontecer durante o dia e no contacto quotidiano com outras pessoas. Neste ponto é de salientar as posturas divergentes de Carmo e Amélia. Carmo encara a menopausa, e as suas manifestações mais visíveis (os afrontamentos), como uma inevitabilidade que se tem de aceitar e assumir perante os outros. Do discurso de Amélia o que emerge é um sentimento de vergonha e de inferioridade, para além do mal-estar subjacente – aliás, relatado por todas as entrevistadas - face à manifestação dos afrontamentos na esfera pública.

**“... diminuída, sentia-me mal, sentia que as pessoas se estavam a aperceber que eu estava com uma das crises da menopausa... e nós mulheres somos um pouco vaidosas e não gostamos que as pessoas se apercebam do nosso mal-estar. O porquê, não é? E há muita gente que até nem gosta de falar disso... E eu sentia... dá vontade de nos abanar, nós ficamos muito vermelhas e todas cheias de bolhinhas e depois a parte do corpo que tem roupa é a que transpira mais, não é? ... .. É um calor interior. Acho que vem assim nas veias...”** (Amélia)

Como vimos anteriormente, segundo Emily Martin quando evitam que o seu estado menopáusico seja revelado em público, através dos afrontamentos, ou quando se sentem embaraçadas por isso acontecer, as mulheres mais não fazem que expressar a ideologia cultural (patriarcal) da separação entre a esfera privada e a esfera pública (Martin, 1987: 177). A manifestação dos afrontamentos em público pode carregar em si a revelação da idade; em ambientes de trabalho, onde se quer projectar uma imagem de competência, a sua manifestação pode ser sentida como ainda mais problemática e inapropriada (Martin, 1987: 168-169) pondo em causa a aceitabilidade social da pessoa (Featherstone e Hepworth in Nettleton, 1998: 15).

[Em relação aos sintomas que relatou... interferiram de algum modo nas suas actividades diárias?]

**“Não. Não! E quando era mais incomodativo eu própria dizia logo: «Ai esta história da menopausa e dos afrontamentos estão aqui a chatear!».”**

[Publicamente dizia isso? Não tinha qualquer problema?]

**“Não! Então tenho que aceitar que tenho 53 anos, quase 54, vou fazer... secalhar... faço para a semana 54 anos! Tenho que aceitar isso!”** (Carmo)

Esta atitude de Carmo vai ao encontro do que Emily Martin sugeriu: as mulheres podem deliberada e intencionalmente revelar o seu estado “menopáusico” em público, reivindicando o direito de existirem na esfera pública com toda a naturalidade, com ou sem afrontamentos (Martin, 1987: 177). Por conseguinte, as mulheres resistem aos modelos médicos, patriarcalmente concebidos, enquanto estruturas de poder, subvertendo-os (Martin, 1987: xiv).

Para Amélia os afrontamentos não são psicológicos pois: *“os médicos mesmo falam disso ... .. isso é comentado pelos médicos”*; *“porque nós estamos em casa sozinhas... ou durante a noite e nós sentimos isso e não temos ninguém para nos fazer sentir mal”*; *“quando nós quando fazemos a leitura de qualquer revista que fale da menopausa, é logo, os afrontamentos é logo das coisas que elas pronunciam”*. Inversamente, Cecília, na pré-menopausa, chama a atenção para a possível construção psicológica da menopausa, para a natureza incerta, se física se psicológica, das manifestações que se lhe associam:

**“...há questões da menopausa, eu não sei em relação também à menopausa eu tenho muita dificuldade, mesmo em relação às questões que leio, se há mesmo ali, quer dizer, se há mesmo ali um problema físico ou se o problema tem mais a ver com o psicológico... portanto, isso é uma questão que eu ainda não tenho muito bem... arrumada... nem decidida.** E é uma questão que eu depois quando, se, quando, quando me acontecer, que os meus hormonas, pffft, começarem mesmo a ficar com os valores todos esquisitos, logo vou ver. Essa é a questão. Se começar a ter aquelas manifestações que é muitas vezes suposto ter... que é... os, aquelas diferenças completas de temper... ficar muito afogueada e mais não sei quê... **Porque depois as outras, que as pessoas falam da menopausa, eu não tenho muito a certeza se isso não tem mais a ver com uma construção psicológica à volta...**” (Cecília)

Adriana e Ana Teresa (na pré-menopausa) procedem a uma associação entre estados psicológicos e físicos (célebre relação entre a mente e o corpo) quando discorrem sobre a transição da menopausa; segundo elas, estados de tensão ou nervosismo podem potenciar o surgimento de afrontamentos (Adriana) ou da menstruação (Ana Teresa). No entanto, convirá salientar a dificuldade de Adriana em perceber se o que tem sentido são ou não os afrontamentos:

**“... não tenho sintomas de afrontamentos e coisas assim ... Não sei, não consigo identificar se são sintomas, se são realmente os afrontamentos... já senti qualquer coisa que não sei se é aquilo se não é aquilo. Não sei se é também por me enervar... por qualquer circunstância.”** (Adriana)

Os anteriores testemunhos de Adriana e Ana Teresa evidenciam a necessidade de não amover a experiência da menopausa do contexto mais lato da vida da mulher. Também Carmo demonstra alguma dificuldade em perceber o papel da menopausa nas mudanças físicas que tem nos últimos anos sentido; Carmo não consegue determinar com exactidão o momento em que deixou de ser menstruada. A medicação que toma (anticoagulantes) por causa da estenose (aperto patológico de um orifício ou canal do organismo) fez com que tivesse durante muito tempo *“hemorragias que aparentemente não eram de menstruações”*:

**“eu sou um péssimo exemplo para a menopausa porque tenho problemas cardíacos que alteraram os dados normais ... de maneira que eu não serei o exemplo típico, creio eu!** ... quando, por norma, se está meses seguidos a ter, sempre, uma pinguiinha de sangue... sempre, sempre, sempre, quando é que acabou? Quando é que deixou de ser menstruação e passou a ser provocado pelo anticoagulante? Não sei! Há um ano vá lá... calculemos... podemos calcular que foi... eu estou com 53... aos 50 anos vá lá.” (Carmo)

Carmo salienta a dificuldade em separar a experiência da menopausa do contexto mais geral da vida, do próprio envelhecimento, dos problemas de saúde:

**“... isso tudo ajuda a que eu nunca perceba bem em que ponto é que é a menopausa, até que ponto é a velhice, até que, até que, em que fase é que é a parte cardíaca, tudo isso está, influenciou a minha vida, a minha maneira de estar... a minha sobrevivência, tudo.”** (Carmo)

Portanto é difícil separar os aspectos puramente físicos ou hormonais dos afrontamentos do contexto social e cultural em que a mulher está imersa; estados de tensão e ansiedade favorecem o aumento dos afrontamentos (Martin, 1987: 166).

Adélia refere que, com o tempo, os afrontamentos foram sendo cada vez menos frequentes, embora ainda os sinta de quando em vez, *“mas muito pouco”*. Durante o mês sente ainda um “rumor” no corpo (cabeça, rins e coluna), precisamente na altura em que era suposto o período menstrual aparecer. Se Adélia refere ainda a ocorrência esporádica de afrontamentos, já Carmo situa-os como uma sensação passada, sentida há 10 anos. Actualmente são outros os sintomas que Carmo relaciona com a menopausa: irritabilidade e descoloração vaginal. Curiosamente a sua irritabilidade está direccionada, ou seja, Carmo irrita-se primordialmente com o seu marido:

**“aquela história de que a menopausa provoca uma maior irritabilidade é capaz de ser verdade!! Não tenho paciência nenhuma para o meu marido e então mal ele começa a falar comigo começo logo a berrar com ele! Já não acontece a mesma coisa com os meus filhos nem com a miúda que está comigo ... .. mas de qualquer maneira, eu era muito paciente, raramente me chateava, raramente me zangava e agora irritado-me com muita facilidade... portanto, a irritabilidade é bem... por velhice, por menopausa, por, por, por, estar farta de tudo e mais alguma coisa, por alguma razão eu ando mais irritada.”** (Carmo)

De um modo geral, Carmo sente-se menos menos paciente do que antigamente para ouvir os outros (*“já não tenho ... .. aquela pachorra de ficar a ouvir, de ser paciente, ouvir as pessoas, chega uma altura que já estou tão farta de as ouvir”*); e essa irritabilidade e falta de paciência entristecem-na.

Ana Teresa, para além dos calores, afrontamentos *“de certa maneira, assim, inesperados”*, também se refere ao aumento de peso e à irritabilidade:

**“Eles às vezes queixam-se que eu tou assim...irritada. Eu propriamente às vezes consigo perceber que estou mas outras alturas não me apercebo... não me apercebo que, que posso estar. E eu sempre fui uma pessoa que... quando eu tenho razão, eu não me calo. Sempre fui assim. Então, se há qualquer coisa de que eu veja que tenha razão, seja pela menopausa ou seja..., eu falo sempre. E enquanto eu não levar a minha avante, não me calo! E... e eu às vezes vejo que talvez agora seja um bocadinho mais repetitiva. Mas, eu sempre fui. Por isso, eu para mim não noto...”** (Ana Teresa)

No caso de Mariana os afrontamentos aconteceram já quando estava em pós-menopausa e sentiu-os com maior intensidade numa altura em que não fez a THS, pois o seu médico de clínica geral não estava disponível para lhe passar a receita médica. Para Mariana a menopausa foi responsável por: irritabilidade, alterações de humor (*“chora muito”*); *“a sensibilidade está-te à flor da pele, completamente”*, *“instabilidade psicológica”*), insónias, pesadelos e por um enfraquecimento da memória (*“a memória enfraquece, a gente esquece-se um bocado das coisas, ficamos muito debilitadas cerebralmente”*).

Rosário, em virtude da cirurgia na qual lhe removeram a totalidade dos seus ovários, foi aconselhada pelo seu médico/cirurgião a fazer terapia hormonal. Em relação aos sintomas da menopausa (afrontamentos, irritabilidade), Rosário esclarece:

**“... inicialmente eu tive... até eu começar a fazer essa tal terapêutica, tive afrontamentos, porque tive. E quando eu notava, quando já estava assim no fim do comprimido, vamos lá, quando eu dizia que já estava na altura de, eu dizia que tinha de ir pôr outra vez uma nova pilha... Sim, quando punha outra vez o comprimido debaixo da pele, portanto mais ou menos quando fazia um ano... ali um tempo antes, podia ser psicológico mas eu acho que não, tinha outra vez uns afrontamentos, percebe? E**

**pronto... podia notar... estar mais irritada ou não, percebe? Mas, quer dizer, eu dizer-lhe os sintomas de menopausa é difícil de dizer, porque eu, no fundo, acabei por, com o tratamento, evitar um bocadinho a menopausa.” (Rosário)**

Amélia e Ana Teresa detêm uma condição, digamos que, especial no contexto da experiência da menopausa. Ambas estão na pré-menopausa dado que começaram a fazer terapia hormonal antes de terem a última menstruação final (menopausa). Uma irregularidade menstrual alertou-as para que algo não estava bem. Ana Teresa relata que no mesmo mês a menstruação apareceu por duas vezes acompanhada de uma hemorragia e Amélia salienta uma falha na menstruação e a ocorrência de pequenos afrontamentos. Ambas foram confrontadas com a notícia de que estavam a “entrar na menopausa” quando se dirigiram à(o)s respectiva(o)s médica(o)s de clínica geral a propósito das irregularidades menstruais. Ana Teresa tinha então 51 anos e Amélia 46. A conselho médico iniciaram a THS; e como isto aconteceu antes da menopausa, ambas continuam a ser menstruadas e, por conseguinte, ainda podem em termos teóricos engravidar.

Após termos discorrido um pouco sobre as experiências das entrevistadas em situação de pós-menopausa valerá a pena debruçarmo-nos sobre a THS e sobre as experiências de Rosário, Mariana, Amélia e Ana Teresa que ainda hoje fazem esta terapia. De salientar o caso de Adélia que desistiu, após 15 dias, de fazer a terapia hormonal depois da sua irmã a ter alertado para a possibilidade de engordar em virtude do tratamento.

**Quadro 9 – Duração da THS**

<b>Nomes</b>	<b>Duração da THS (anos)</b>	<b>Idade de início da THS</b>
Rosário	20	22
Mariana	7	48
Amélia	6	47
Ana Teresa	2	51

Na sugestão da THS parece que a(o) médica(o) de clínica geral desempenha um papel fundamental; para Mariana, Ana Teresa e Adélia foi de facto o médica o de clínica geral – médico de família ou médico privado - que lhes prescreveu a THS. Já no caso de Rosário quem lhe prescreveu a THS foi o seu ginecologista e cirurgião. Relativamente a Amélia foi o seu médico de clínica geral que primeiramente a informou desta terapia

salientando os seus benefícios. Deve-se salientar, no entanto, que este médico aconselhou-a a procurar um(a) médico(a) da especialidade ginecologia/obstetrícia:

“«A Amélia vai a uma ginecologista, fá-la com ela e ela é que a irá aconselhar o que se adapta ao seu corpo. Terá que fazer uns exames para ver se pode ou não. Isso também não é qualquer pessoa que toma, pode ter problemas... de saúde e que não possa tomar»”. Pronto, depois fui à minha médica... ginecologista... ela disse: «Sim, senhora, acho muito bem que entre nisso. E quanto antes». **A pessoa nunca deve deixar que entre mesmo na menopausa, portanto, já não ter período nenhum. Deve de ter esse tratamento antes que isso aconteça. Porque assim nunca tem uma paragem de período...** E pronto, depois fiz análises, vários exames, incluindo ... .. Chamam-lhe o Papanicolau. Um exame que nós fazemos ao colo do útero. Ver se táva tudo bem, tudo bem, tudo bem, sim senhora, tensão... e mais coisas que se foi ver se táva tudo bem... problemas de tensão não tem... pode tomar... e pronto a partir daí comecei a tomar.”  
(Amélia)

Parece-me útil percorrer os argumentos desses médicos na sugestão da THS; e posteriormente confrontá-los com a experiência de cada uma das entrevistadas. De salientar desde já a confiança que todas depositam nas decisões e conselhos desses profissionais; nenhuma revelou contrariedade ou relutância em começar a terapia hormonal. **A confiança no discurso e decisão do especialista imperou.** O testemunho de Rosário ilustra esta ideia:

“**Aceitei ... .. Secalhar se tivesse sido outro médico qualquer que não estivesse ligado ao ramo, ou não tivesse ligado a essa área,** portanto eu penso que... Eu lembro-me, na altura, de falar no outro médico qualquer sobre isso, que fazia esse tratamento, e os médicos ignoravam completamente. Portanto, por isso é que eu digo, aquele estava dentro da área e tinha conhecimentos nesse sentido e achou que eu deveria fazer esse tratamento. E então eu segui. **Quer dizer, a gente confia, não é? É das tais coisas: ele operou-me, disse-me que era para fazer aquilo e eu fiz. Secalhar se ele mandasse atirar a um poço... é quase... não é bem assim, não é?** Mas a pessoa acaba por confiar e fazer aquilo, porque pensa que à partida... E até à data eu tenho-me dado bem...”  
(Rosário)

Rosário, para além de ter sido aos 22 anos submetida a uma cirurgia na qual lhe removeram a totalidade dos ovários, foi, em 2002, submetida a uma outra cirurgia na qual lhe removeram o útero; em ambas as cirurgias imperou a confiança no conselho do médico. Também Cecília e Adriana foram submetidas a cirurgias no aparelho reprodutivo: ooforectomia e histerectomia respectivamente. A confiança nos especialistas imperou mais uma vez. Cecília é, destas três entrevistadas, a que revelou um papel mais activo na decisão de proceder à ooforectomia:

“**Foi uma opção minha,** quer dizer, eu tinha um mioma, mas estava muito no princípio, nem sequer me incomodava... mas como aquilo ia crescer, porque todos os miomas

crecem, eu decidi logo com a minha médica, disse: «*Ai eu tenho um mioma? Então vamos tirar!*» Acabou. Foi mesmo assim. Então vamos tirar! Foi logo, marcou-se logo com o cirurgião para ir tirar ... .. Foi na hora! Não quero! **Ai tenho mioma? Era só o que me faltava ficar com um problema para me chatear a vida daqui a uns anos!** Eu agora estou bem, vamos tirar já. ... .. Não! **Eu já não precisava do útero para nada!** Não é? **Ou seja, é assim, eu tinha decidido que tinha, não tinha mais que 2 filhos, tinha decidido que tinha os filhos até aos 30.** Depois dos 30 não tinha mais nenhum. Já tinha 40 e tal, 47, já nem sei, que o tempo já passa e a pessoa secalhar já nem se lembra se tinha 47 ou tinha 46... secalhar já foi há 3 anos, secalhar, e vai fazer este ano 4, provavelmente... **portanto, estava completamente fora de hipótese ter mais algum filho.** ... .. Para quê o útero? Já não tinha utilidade nenhuma... então ppppfffft! Adeus. **Olha, menos um sítio para ter cancro.**” (Cecília)

Adriana revelou alguma dúvida e contrariedade face ao diagnóstico do seu médico; em virtude de um mioma, cujo tamanho aumentava significativamente, esse médico considerou que Adriana deveria submeter-se a uma histerectomia. Inicialmente Adriana concordou em fazer a histerectomia, pois o seu médico já cuidava de si há muitos anos e confiava nele, no entanto Adriana chegou a recuar nessa decisão e disse-o ao médico; este acabou, no entanto, por convencê-la de que a operação seria o mais sensato.

A existência de miomas ou pólipos no útero parece ser uma realidade frequente nas mulheres na meia-idade. Em 2002, também Ana Teresa se confrontou com este diagnóstico. No entanto, ao contrário das anteriores entrevistadas, Ana Teresa não necessitou, até este momento, submeter-se a nenhuma cirurgia. O seu médico tranquilizou-a e informou-a da naturalidade desse diagnóstico: “*mas não é nada que se preocupe, porque isto é próprio da idade, é próprio da situação agora da menopausa... acontece muitas vezes isto aparecer... .. e até com o tempo e com estes comprimidos vai provavelmente diminuir*”. Já Amélia, em virtude da existência de miomas no útero, foi aconselhada pela sua médica ginecologista a submeter-se a uma cirurgia na qual lhe removeriam não só o útero, mas igualmente os ovários; após esta cirurgia Amélia deveria levar mensalmente uma injeção que, segundo a médica ginecologista, proporcionar-lhe-ia bem-estar e impediria o surgimento de afrontamentos. Este diagnóstico foi recebido por Amélia com grande apreensão, dúvida e tristeza. Aliás, Amélia tem continuamente adiado a cirurgia, até porque os exames que tem feito indicam que os miomas não têm crescido. Nas palavras de Amélia:

**“Vou continuar a adiar até que o médico diga que eu não estou em perigo.** Porque eu já fiz várias perguntas a vários médicos, diferentes, ginecologistas diferentes, e eles dizem: «*Não é cancro os seus... são miomas, não são quistos, e os miomas não têm origem cancerosa... só podem é... o perigo que a Amélia tem é os miomas têm tendência*”



*a crescer e um dia a Amélia tá muito bem num sítio qualquer e tem uma hemorragia enormíssima e ser operada de urgência por motivo de hemorragia»* E eu então digo... então eu prefiro ter os meus cuidados, ir adiando, visto que não tenho outros riscos, adio a operação porque eu estou bem, não me apetece ficar mal! (...) Porque eu a dizer assim: «*Eu vou para a operação amanhã*», eu não consigo dizer «*Eu vou*». Porque eu estou bem e não sei se depois eu vou ficar mal. É assim um pulo muito... **Porque eu até aqui eu não tenho queixas... felizmente não tenho queixas, eu tenho força, para fazer tudo, de cabeça também me sinto muito bem, a funcionar, uma pessoa com bastante rapidez de raciocínio, uma memória muito boa ... Não tenho uma queixa que eu diga entrei na menopausa e tenho esta fraqueza, reduzi nisto ou naquilo, de maneira nenhuma...**” (Amélia)

A **prevenção** subjaz assim ao conselho, por parte dos profissionais médicos, em submeterem as suas pacientes a cirurgias no aparelho reprodutivo. Na medida em que os pólipos ou miomas podem crescer e degenerar em algo mais perigoso é melhor retirar o órgão na sua totalidade.

“filhos já não vai ter, pronto... útero irá... tira-se tudo. E depois os ovários, mais tarde, a Amélia pode ter um probleminha, porque há muita gente com problemas de ovários, e porque não aproveitar a mesma operação e tira-se... são duas coisas que já não lhe fazem falta, a Amélia nem dá por isso!” (Ginecologista de Amélia)

O argumento da prevenção está igualmente presente na aceitação da mulher do diagnóstico médico. **E assim o útero é**, com base nas próprias declarações de Cecília e Adriana e dos médicos de Rosário, Amélia e Adriana, **dispensável sempre que a mulher já não pretenda ter filhos e esteja numa idade em que a reprodução já não socialmente se promova**. A importância do útero advém do papel essencial que representa na gestação. Esta associação e (sub)-valorização é entendida por Christiane Northrup como reflexo de “... preconceitos culturais em que assenta esta sociedade. O útero é visto como a potencial casa de outrem e é valorizado enquanto pode desempenhar potencialmente este papel. Depois de terminada a função de acomodar uma criança, ou quando uma mulher escolhe não ter a criança, a medicina moderna considera que o útero não tem valor inerente. Os ovários também são em muito vistos sob este prisma (...) As mulheres são basicamente educadas para viver segundo esta ordem de ideias – válidas na sua função de serem mães ou companheiras de alguém, sem valor inerente a si mesmas” (Northrup, 1994: 160).

Finda a utilidade do útero, a sua remoção justifica-se por razões de prevenção: “embora para pouco ou nada contribua, o órgão envelhecido está sujeito a degeneração e doença grave” (Northrup, 1994: 162). Como vimos anteriormente têm vindo a multiplicar-se as críticas contra a facilidade com que se procede à remoção de órgãos

reprodutivos femininos por razões de prevenção. Postulam que o útero desempenha um papel na regulação hormonal, e a sua remoção não é aconselhável, a menos que absolutamente necessária. Outras vozes sugerem que as mulheres sujeitas a histerectomia têm maior propensão para uma osteoporose mais precoce que outras mulheres, mesmo com a permanência dos ovários. Por outro lado, ainda existem dúvidas acerca das consequências dessas cirurgias a nível sexual.

**Creio que o factor mais influente na recuperação (psicológica, física e sexual) da mulher sujeita a qualquer cirurgia visando a remoção de órgãos reprodutivos, por questões de prevenção, é o livre-arbítrio, ou seja, se essa cirurgia advém de uma escolha consciente e é o resultado de uma opção pessoal ou se é imposta pelo médico e, assim, a sua aceitação provém da influência do medo e do temor.** Esta ideia relaciona-se com a tese de Karen Ballard quando esta salienta que a THS se pode assumir para algumas mulheres como um procedimento positivo e indutor de controlo sobre as suas vidas porque deriva de uma escolha pessoal (Ballard, 2001: 410). Vimos como a decisão de proceder à ooforectomia partiu de Cecília, e é Cecília também que salienta a sua rápida recuperação:

“E pronto, depois também aquilo também foi em 15 dias fiquei bem... também **recuperei rapidamente...** eu, ao fim de 15 dias, estava na escola a dar aulas, não é? Normalmente... ao contrário das minhas colegas que diziam: *«Que horror, fez agora, vai se sentir muito mal»*” (Cecília)

Um outro factor que influenciou positivamente em toda a experiência de cirurgia das entrevistadas (Rosário, Adriana e Cecília) foi o apoio familiar e conjugal:

“Sim, aquilo... sim, **para já não, aquilo é uma área que eu não tenho, que a família não tem nada a ver com isso, era logo a primeira questão. Era uma questão minha. Não é? Não tinha que pedir... apoio, digamos, digamos... é daquelas questões... que nem sequer para mim fazia sentido... estar a dizer ao meu marido: «Olha lá, achas que eu deva tirar?» Não! Era um questão minha. Portanto, eu só lhe disse que ia fazer. E ele também achou muito bem, se era isso que eu queria não havia problema.** Quer dizer, se eu tinha um problema, que podia ser um problema de saúde ele quer é que eu esteja bem de saúde e que eu não tenha problemas nenhuns. Acabou-se. Portanto, tudo bem. **Ele na altura até não estava cá em Portugal e veio... de propósito. Portanto, nesse aspecto, para mim, também era uma questão importante, do ponto de vista psicológico. Saber que ele tava cá na altura em que fiz a histerectomia.**” (Cecília)

Das consequências da histerectomia a nível sexual iremos dar conta mais à frente; no entanto, merece aqui a pena salientar que nenhuma das mulheres, sujeitas à

histerectomia, referiu alguma afectação psicológica ou uma fragilização do seu sentimento de mulher como decorrente dessa cirurgia.

Retomando a questão da terapia hormonal afluída anteriormente, podemos afirmar que **os médicos procederam à prescrição da THS por duas ordens de razões: para solucionar os “problemas” mais imediatos sentidos pelas mulheres (afrontamentos, hemorragia, instabilidade psicológica) e como forma de prevenção (problemas a nível sexual, dissolução óssea)**. Os argumentos mais extensos pró-THS foram dados pelos médicos de clínica geral de Amélia e Mariana:

“Olha, na América, as pessoas têm, prolongam o período até aos 60 anos ... .. Portanto, há um tratamento e a pessoa toma aquele medicamento... **só traz é bem-estar a todo o nível. Não vai ter afrontamentos, não tem problemas de relações sexuais**, porque sabe que as pessoas começam a ter a secura da vagina... e dá dores mesmo, não é... mudança de problemas de pele, mudança óssea, tudo isso a Amélia, pronto, passa a não ter porque toma aquilo ... .. toma uma pilulazinha todos os dias”. (Amélia)

“Porque pronto... ele depois dizia... depois vem aí a **irritabilidade**... vem aí o **stress**... e veio, realmente veio, veio... a gente não se apercebe que é disso, percebes?... as coisas não vêm assim... vêm vindo gradualmente, devagarinho...” (Mariana)

E as entrevistadas? Que benefícios e inconvenientes encontram na THS? Com base nas declarações das entrevistadas que fazem THS é possível imputar a esta terapia os seguintes benefícios: **paragem de hemorragias - fluxo abundante de menstruação** (Ana Teresa), **reposição da massa óssea/muscular** (Ana Teresa, Mariana), **evitamento de afrontamentos/suores nocturnos** (Mariana, Rosário), **acção positiva no humor e alívio da irritabilidade** (Mariana, Rosário). Rosário salienta repetidas vezes ao que ponto a sua vida seria diferente se não tivesse feito a THS; acredita que o seu organismo estaria muito carente. Até 2002, altura em que foi submetida a uma histerectomia, a terapia hormonal fazia com que Rosário tivesse um período artificial e que, na sua opinião, funcionava como uma espécie de **limpeza do organismo**:

“Parecendo que não, isso também fazia com que... **Eu acho que isso era bom porque eu notei... era bom, no sentido de que o organismo, parecendo que não, vai fazendo uma limpeza**, não é? Portanto, a gente não percebe bem do processo mas... o que eu notei desde que, eu também deixei de fumar nessa altura, e notei que engordei bastante, a partir dessa altura. Desde que fui operada agora, ao útero. Por isso é que eu digo, eu acho que o facto também de já não ser menstruada, mesmo que seja de forma artificial ou chamem-lhe lá o que quiserem, eu acho que isso fez com que eu engordasse um bocadinho. Também sou um bom garfo...” (Rosário)

Valerá a pena explorar com maior minúcia a ênfase de Ana Teresa na acção positiva da THS na reposição óssea. Desde os 40 anos, altura em que lhe foi

diagnosticada osteoporose, que Ana Teresa revela preocupações em relação à reposição óssea através da alimentação e presentemente através do exercício físico. Segundo Ana Teresa: “quando eu fiz os 40 anos senti a modificação maior do que hoje sinto com a menopausa”; Ana Teresa começou a sentir um mal-estar geral, uma dificuldade em respirar, um sentimento de cansaço e desgosto sem causa ou razão aparente. Estes eram os sintomas da osteoporose. Depois desse diagnóstico Ana Teresa iniciou tratamentos (spray, comprimidos) para repôr o tecido ósseo e:

“Depois acabei o tratamento... fui novamente fazer o exame e já tinha acima da média, do nível normal... já estava a subir. Depois, nunca mais fiz nada em relação ao tratamento da osteoporose, porque todos os anos faço e tenho sempre a massa óssea a repor, mesmo sem ter tomado mais nada.” (Ana Teresa)

Actualmente Ana Teresa tem tido muitas dores nos ossos, principalmente no tornozelo, e admite que isso esteja relacionado com a osteoporose: “*não é que me doa... Parada não me dói propriamente. Mas tenho ... .. no andamento... tenho alturas de muita dificuldade*”. E é o seu historial de osteoporose e as preocupações daí decorrentes que estão subjacentes à vontade de continuar com a terapia hormonal:

“Às vezes penso assim: agora devia ser de vez, que acabasse, para uma pessoa não tar com aquela preocupação de ter que tar a tomar medicamentos... e pronto. Pa continuar... Mas, eu também percebo que se **enquanto continuar a tomar os medicamentos, eu vou ter uma vida melhor em relação aos meus ossos e a tudo mais**. Porque vou tendo a compensação das hormonas, que quando deixar mesmo de ter o período vou ter que ainda tomar mais medicamentos.” (Ana Teresa)

Amélia é a grande defensora da THS e ao longo da entrevista não se cansou de exaltar os benefícios desta terapia a nível físico/estético, psicológico e sexual:

“a minha ... .. **prevenção, que tou a fazer para a menopausa, que não a tenho, eu acho que só tive a ganhar, só estou a ganhar com isso...** e tenho falado com muitas amigas e aconselho a que toda a gente faça o tratamento que tou a fazer ... .. **só posso tar a falar do tratamento... do bem que eu me encontro, derivado do tratamento. Porque possivelmente táva muito mais com queixas do que ao que eu não tenho...**” (Amélia)

Amélia acredita que antes de fazer a THS o seu corpo estava a sofrer alterações, inclusive sexuais, que não eram imediatamente visíveis:

“**Depois de ter tomado achei melhora, recuperação, acabei por me aperceber que eu estava a perder sem... dar conta...** Eu só consegui saber que estava bem, táva melhor... falando sexualmente, que estava melhor, e fiquei ... «*Realmente eu nunca me apercebi que estava a ir para trás e agora estou melhor*». Portanto, eu acho que tudo isso... posso agradecer à compensação.” (Amélia)

Amélia refere ainda que todas as mulheres devem começar a fazer a THS antes da menopausa; aliás, é este o conselho que dá a todas as mulheres (amigas, colegas de trabalho, conhecidas) com quem fala sobre o assunto “*a pessoa nunca deve deixar que entre mesmo na menopausa, portanto, já não ter período nenhum. Deve de ter esse tratamento antes que isso aconteça*”. Dessas conversas conclui que, embora a THS esteja a ser mais divulgada agora do que na altura em que iniciou o tratamento, muitas mulheres ainda não estão suficientemente informadas dos seus benefícios. A THS deve, segundo Amélia, ser entendida como uma forma de cuidados de saúde:

“eu acho que é um cuidado a que nem toda a gente chega a pensar como eu pensei, tão antes de vir a menopausa, e por isso já não conseguem cuidar da saúde. Eu acho que isto é cuidar da saúde, não é? ... .. **se a pessoa se cuidar entrando, antes de chegar a menopausa se cuidar, eu acho que ela consegue recuperar uns bons anos e não mostrar nem ter aquela decadência de que alguém tem quando entra na menopausa. Porque eu sei que há muito gente que se deixa entrar na menopausa, tão meses e meses sem período e depois o médico já não a consegue recuperar, fazer vir o período**”. (Amélia)

Para Amélia os benefícios da THS estendem-se aos seus familiares mais directos: ao marido (“*o marido que também se sente vaidoso de ter uma mulher que não tem ar de velha, nem que lhe chamam velha, nem gorda*”) e à filha (“*muito mais vaidosa ainda que adora andar com a mãe e dizer que é mãe...*”).

Todas as entrevistadas que fazem a THS (Ana Teresa, Mariana, Rosário e Amélia) detêm uma posição similar no que respeita à continuação, por mais anos, dessa mesma terapia. Ou seja, todas pensam continuar a fazer a THS até que os respectivos médicos as aconselhem do contrário e até se sentirem bem em fazê-la. Amélia gostaria de nunca deixar de fazer a THS:

“... nós acabamos de tomar os comprimidos ao fim de 4 dias o período aparece, temos 7 dias de paragem, sem os tomar. O período volta... e nós temos uma vida normal. **Foi uma maravilha! ... .. Espero ir tomando até que o médico diga já não toma... Eu já tenho 53 anos... já estou portanto há 7 anos e por mim não os deixava porque realmente eu sinto-me bem, mas bem, mas bem...**”. (Amélia)

Rosário é talvez a entrevistada que revela uma maior apreensão face à THS, talvez porque já faça esta terapia há cerca de 20 anos. Rosário confessa que leu um artigo que dizia que a THS só deveria ser feita no máximo durante 5 anos e inclusive falou com o seu médico sobre isso ao qual ele respondeu: “*pois, isso... cada caso é um caso. E isso é a partir de uma certa idade, portanto, não é no seu caso que ficou sem as hormonas*”

*que devia ter logo muito cedo*". Rosário afirma que o seu médico ginecologista é da opinião que deverá continuar a terapia hormonal por mais anos.

De salientar ainda a opinião de Mariana que entende que muitas mulheres não fazem a THS pois têm medo do cancro de mama. Mariana sabe disso, mas afirma que tem feito todos os exames e que tem estado sempre tudo bem:

"Eu outro dia ouvi na televisão um ginecologista a falar sobre esse... esse disco, e que a maior parte das mulheres dizem que não usam porque provoca cancro da mama e... eu graças a Deus tenho feito sempre ecografia, anual, sempre, e tá tudo bem. Não tenho sintomas de nada, nem de nada... E eles dizem que em mil mulheres pode acontecer uma que tenha cancro da mama... por causa de, de, de repor as hormonas." (Mariana)

No seguimento das dúvidas e associações negativas da THS sugeridas pelas entrevistadas há a referir ainda o único "inconveniente" que Amélia identifica com a terapia hormonal:

"Uma coisa só que eu sinto... que **o peito cresceu ... .. sinto alteração, desde que eu tou a fazer a compensação**. Também li e diz que sim. Porque são hormonas, não é? Que tomamos... e as hormonas fazem crescer ... .. no resto do corpo não engordo, não tenho retenções de líquidos, até porque também faço muitos exercícios ... .. cada vez que vou ao médico ponho-lhe essa dúvida, porque eu sinto que o peito está maior, e ela diz: «*O que é que queres filha? Tás a tomar hormonas, é natural que isso, o peito é uma das coisas que desenvolve logo... Não é por nada, porque eu como lhe digo faço a mamografia anual, não tem nada que possa justificar o volume, mas o médico diz que sim, que é da compensação, pronto, são hormonas que se tomam*». (Amélia)

Parece-me útil discorrer um pouco sobre os conceitos de normal e anormal. Ou seja, para Amélia a sua vida é normal porque faz THS; mas curiosamente, o "normal" seria Amélia já não estar menstruada uma vez que este prolongamento da menstruação foi induzido pela ingestão precoce da THS, não foi algo que o seu corpo tenha "naturalmente" (internamente) feito. Amélia associa a normalidade à THS, e inversamente a anormalidade (os afrontamentos) à ausência de THS e, assim, a uma menopausa natural. A "vida normal" a que Amélia se refere é a vida que sempre teve, de mulher menstruada, que não tem afrontamentos, e ainda pode ter filhos, que tem os seus ovários e útero a funcionar. Mas a "vida normal" (usual) para uma mulher de 53 anos, não sujeita a THS, é a ausência de menstruação, a não possibilidade de ter filhos e em alguns casos os afrontamentos. Em Amélia o que se denota, aliás como ela própria indica, e que iremos desenvolver mais à frente, é a negação de um processo natural do corpo feminino e a sua associação a uma decadência com consequências negativas a nível físico/estético, psicológico e sexual para a mulher.

A associação entre THS e normalidade é igualmente postulada por Mariana:

“Às vezes até secalhar sou capaz de tar uma semana que nem ponho [os discos], mas depois... vêm logo aqueles calorzinhos! Tu estás aí um bocadinho... Eu hoje por exemplo não tive o calor para tirar o casaco ainda aqui, né? **Se tivesse no meu estado anormal já me teria dado um calorzinho, já teria despido o casaco, mas eu prefiro tar no meu estado tranquilo e normal do que andar sempre aí uns dias com calor, outros dias com frio**, ou vais para a cama tens muito frio depois acordas tens muito calor e depois arrefeces tens outra vez frio... e estás... e muito instável psicologicamente...” (Mariana)

Mariana não detém um discurso tão exacerbado como o de Amélia, mas também ela associa a normalidade a um estado corporal induzido por mecanismos extrínsecos ao corpo da mulher. O normal seria o corpo feminino adaptar-se, mediante os seus intrínsecos mecanismos, às alterações hormonais que acompanham a menopausa, numa espécie de homeostasia.

Todas as entrevistadas (Rosário, Ana Teresa, Amélia e Mariana) referem que quando estão sem fazer a terapia hormonal sentem mais afrontamentos (Amélia: “*eu digo tanta vez... estou desejando de começar a tomar o comprimido. Amanhã já é dia, já tou a começar a ficar com calores*”) e algumas estão mais propensas a alguma irritabilidade. Rosário então afirma que: “*podia ser psicológico mas eu acho que não, tinha outra vez uns afrontamentos, percebe? E pronto... podia notar... estar mais irritada ou não, percebe?*”

A terapia hormonal também não é prescrita de igual modo mas é ajustada tendo em conta o status menstrual da mulher e o seu próprio corpo. Por exemplo, Ana Teresa conta o primeiro dia em que lhe vem a menstruação, 15 dias depois começa a tomar, durante 10 dias, os comprimidos (THS) e depois descansa. “*E depois ao fim de 5 dias de ter parado aparece-me o período. Na mesma como fosse normal*”. A terapia hormonal que Amélia faz consiste igualmente nuns comprimidos que contêm estrogénio e progesterona; durante 22 dias Amélia toma estes comprimidos, depois conta 7 dias sem os tomar e estes 7 dias correspondem à altura em que lhe aparece o período. Por seu turno, a THS de Mariana consiste nuns discos que contêm estrogénios e que são colocados na zona da cintura (umbigo ou parte de trás da cintura) preferencialmente num sítio onde haja mais gordura. Por semana Mariana é capaz de gastar 3 discos (“*tira-se um, mete-se outro, tira-se um mete-se outro*”). A terapia hormonal prescrita a Rosário é mais complexa, talvez por esta ter entrado em pós-menopausa aos 22 anos:

“Ainda hoje o faço. Portanto, é um comprimido que é metido aqui debaixo da pele, aqui nesta zona, na zona mais ou menos onde é os ovários mas... portanto, não sei se podia ser noutra sítio qualquer mas ali secalhar também tem mais gordura, não sei. E, então...

levo ali aquele comprimido ... .. Mais ou menos de ano a ano. Uma vez por ano mais ou menos ponho ... .. Porque é assim: eu meto este comprimido debaixo da pele e depois todos os meses tomava um género de uma pílula... não sei qual era, não me pergunte. Não sei. Eram uns comprimidos que o médico me mandava tomar mas não me lembro agora o nome porque isto entretanto... [Tomava-se como se toma uma pílula normal?] Uma pílula e ao fim daquele tempo eu parava e vinha-me o período, está a perceber? Pronto.” (Rosário)

Todas as entrevistadas na pré-menopausa, excepto Paula e Cecília, relatam a ocorrência de sensações corporais que o modelo biomédico identifica com a menopausa, a saber: afrontamentos, calores e irregularidade menstrual. Estas mulheres, no entanto, revelam alguma dificuldade em discernir se estas sensações são ou não devidas às alterações hormonais (menopausa).

Paula, Cecília e Ema, embora não os tenham ainda sentido, identificam os calores, os suores frios ou os afrontamentos enquanto apanágio da menopausa. Ema aliás refere-se aos afrontamentos com alguma apreensão:

“Olhe, por acaso em relação à menopausa neste momento até estou com algumas preocupações, nada de... que me tire o sono, por enquanto!... Até estou a pensar realmente em ir à minha médica porque há 2 meses que não estou com o período. E eu sei, por alguns exames que já fiz médicos, e por algumas conversas que tive com a minha médica, que sou capaz de vir a ter uma menopausa um pouco precoce. Uma vez como já lhe disse tenho 47 anos, normalmente a menopausa começa a partir dos 50... e tais anos! Portanto, não é igual para todas as mulheres, porque isso depende... ah mas de facto sou capaz de vir a ter um problema precoce de menopausa. (...) **uma coisa que me assusta, não é bem que me assuste... pronto, é não sei se vou conseguir lidar muito bem com aquelas coisas que dizem... que as mulheres ficam muito aflitas com afrontamentos, que deve ser um bocado, pronto, não deve ser nada agradável... uma pessoa estar num local e sentir realmente aqueles afrontamentos.** Já falei com algumas senhoras da minha idade e que dizem realmente que tiveram dificuldade em lidar com essa situação. Às vezes isso assusta-me um bocadinho, mas não é nada que me tire o sono, pronto!” (Ema)

Paula de facto não relata nenhuma alteração (afrontamentos, irregularidade menstrual) que possa ser atribuída à menopausa. Salienta, no entanto, que qualquer alteração no seu corpo pode ser atribuída à depressão crónica (“*o meu sistema de vez em quando anda muito alterado, mas isso é da depressão*”). Essa depressão foi diagnosticada, após vários exames e o recurso a uma psiquiatra, aos 37 anos. Esta época foi particularmente crítica para Paula: emagreceu muito, não comia, tinha dores em todo o lado e não queria sair da cama. Essa depressão foi consequência:

“Depressão crónica que eu tive... e isto veio do antecedente de eu ter vivido com uma moça e depois separei-me dela e senti a falta dela, senti-me muito em baixo e sentia a



falta da companhia dela... e aí fui-me muito um bocado a baixo, mas aí fui aos 47 quilos!” (Paula)

Quase todas as entrevistadas demonstram conhecimento e interesse em obter informações sobre a menopausa. Esta informação provém de conversas [amigas, o(a) ginecologista]; da televisão e de leituras efectuadas, especialmente de revistas médicas, panfletos:

“... a partir daí é que comecei a... a tentar ler tudo o que me aparecia sobre menopausa. Vou a um médico, vou ao ginecologista... há sempre uns **papelinhos de informação**... e eu agarro naquilo tudo e leio tudo. Trago tudo para casa e leio. Tenho lido bastante sobre a menopausa.” (Amélia)

“Tenho lido, tenho conversado, tenho ouvido, tenho... não procurado propriamente. As coisas surgem normalmente... surgem de **conversas**, surgem de... coisas que aparecem à minha frente e que leio... inclusive há a **revista que costuma estar na farmácia da Interfarm**, acho eu, que tem artigos muito interessantes sobre saúde (...) enquanto estou na farmácia quase sempre pego na revista, vejo os títulos, vejo... às vezes levo, se me interessam levo para casa e leio. Portanto, há sempre. E nesse caso são **informações especializadas**... sobre o tema, sobre esse tema ou sobre outros.” (Carmo)

Ema, Adriana e Adélia são as únicas que revelam pouco interesse em obter informações sobre a menopausa; isto não quer dizer que não estejam minimamente informadas, mas também não demonstram interesse em saber mais. Poderia dizer que assumem uma **atitude passiva na busca de informação**: não procuram, mas também não a desprezam caso surja em algum programa televisivo ou em conversas com outras mulheres. Ema e Adriana detêm uma postura similar na medida em que consideram desnecessário estar, por antecipação, a procurar informações e a conceptualizar algo que, embora se saiba que acontecerá (menopausa), poderá assumir diferentes contornos; e, assim, preferem esperar e deparar-se com as situações quando elas acontecerem e então aí procurar a melhor maneira de com elas lidar:

“Em relação realmente a esse assunto eu não tenho lido muito (...) E não tenho tido assim grande... não tenho procurado saber muito sobre menopausa. Aquilo que vejo realmente na televisão... às vezes alguns programas informativos sobre esse tema eu procuro tentar saber... **mas eu sou uma pessoa que prefiro deparar-me... portanto, na altura eu vou tentar saber como é que é, porque acho que realmente não vale a pena estar a pensar como é que vai ser porque realmente todos os casos são um caso e o que acontece a umas mulheres pode não acontecer comigo e então estou à espera realmente de saber quais são as coisas que me vão acontecer... e depois a pouco e pouco vou tentando saber e vou tentar lidar o melhor possível com essa situação com a ajuda da minha médica.**” (Ema)

“... se calha conversar tudo bem, algumas que já estão e que tão a fazer a compensação hormonal... o tratamento... e por vezes se calha conversar converso, **mas não tenho**

**particularmente interesse em tar a dissecar e a ver como é que é. Quando chegar a altura certa... o médico dirá como é que é e eu nessa altura farei.”** (Adriana)

A THS já foi, aliás, tema de conversa entre Ema e Adriana e os respectivos médicos ginecologistas. É interessante avaliar os argumentos que a ginecologista de Ema utilizou para promover a terapia hormonal e que permeiam também o próprio discurso de Ema:

“Já, já. A minha médica já me falou nisso. De... se por acaso eu tivesse uma menopausa precoce, portanto para eu não ficar preocupada porque **já há muitos meios para suavizar a menopausa nas mulheres e para eu não me preocupar porque seria... portanto, adequado um tratamento. Na altura certa portanto seria adequado um tratamento hormonal para eu não sofrer tanto. Antigamente as coisas não eram assim. Portanto, as mulheres sofriam mais, hoje penso que as coisas estão mais evoluídas e isso é muito bom.** Porque, as mulheres hoje em dia têm uma vida profissional e não podem estar com, com problemas, portanto, como havia antigamente.”  
(Ema)

Os anteriores testemunhos evidenciam a confiança que Ema e Adriana depositam nos seus médicos ginecologistas na condução da sua “transição da menopausa” tal como demonstraram também Rosário, Mariana, Amélia e Ana Teresa; um discurso semelhante é possível verificar em Cecília (também na pré-menopausa):

“Na altura que se colocar essa questão é natural que eu vá recolher, nessa altura, então muito mais informação, neste momento... **eu não gosto muito de me preocupar com, não tenho muita a... não me preocupo antes dos problemas aparecerem, e é, e é se for um problema!** Que eu não tenho a certeza se vai ser... Que as pessoas podem reagir de maneira diferente à questão da menopausa (...) Na altura em que o tiver... vou ter de estudar muito bem se vou fazer se não vou fazer, quais as consequências... É assim, **eu não quero engordar. Eu tenho mesmo um problema que é o problema de ser gorda ou não deixar de ser gorda ...** ... Portanto tenho que ver muito bem se o fazer a Terapia Hormonal me vai provocar aumento de peso. Se me provocar aumento de peso provavelmente vou ponderar muito bem se vou fazer ou não. E vou ver, a não ser que realmente o não fazer a Substituição Hormonal me causasse mesmo também perturbações, e eu tenho de ponderar então entre ser um bocadinho mais gorda e viver melhor, secalhar vou fazer. **Mas é uma questão para mim, eminentemente médica, que eu terei na altura de ponderar e ir estudando os efeitos com o médico.**” (Cecília)

Das restantes entrevistadas é possível dizer que: Carmo devido a problemas coronários está impossibilitada de fazer qualquer tipo de terapia hormonal para *“regular o ciclo e para me ajudar. Por causa do coração ... Assim como agora com o problema do cálcio também não posso. Não posso tomar cálcio. Porque calcifica-me as válvulas, o cálcio vai-se depositar a nível valvular”*. Carmo, e como consequência das leituras e das conversas com outras pessoas, associa alguns benefícios à terapia hormonal: evita o

aparecimento de pêlos (“*que às vezes acontece com as mulheres quando entram na menopausa*”), proporciona um melhor bem-estar, evita os suores e o mal-estar. Como vimos anteriormente, Adélia começou a fazer a terapia hormonal imediatamente após a menopausa mas, temendo engordar, interrompeu-a passados 15 dias. Por seu turno, Madalena é a única entrevistada que demonstra relutância em submeter-se à THS:

**“Porque não quero. Porque acho que isso faz mal à saúde. Eu acho que a natureza tem que seguir a sua evolução normal. Se é para acabar é para acabar. O ser humano é feito assim. (...) Só se eu me sentisse mal fisicamente para ser obrigada a isso. Caso contrário não quero.”** (Madalena)

Paula desconhecia, aquando da entrevista, o que era a THS, e em virtude das suas declarações é impossível prever qual seria a sua decisão, se confrontada com a necessidade de proceder à terapia:

**“Tenho que ir que é para fazer exames e para falar com ele, mas também **tenho medo de ir porque eles às vezes receitam uns medicamentos e ainda faz a pessoa ficar mais gorda**, e eu como tenho a **fobia das pessoas gordas**, da gordura, não gostava de passar mais do que isto, para mim isto já é muito, que eu tenho uma alimentação muito ... .. muito controlada.”** (Paula)

Desta última declaração de Paula há a reter duas ideias que me parecem essenciais: uma declarada aversão à gordura e, em consequência, uma preocupação com a alimentação. Essa “**fobia à gordura**” também está patente em Cecília e Adélia; a primeira referiu que essa fobia condicionaria a aceitação ou não da THS e a segunda desistiu dessa mesma terapia devido ao medo de engordar.

Este “cuidado com a boca” é revelado por todas as entrevistadas, mesmo que no início o relativizem. **A alimentação é fundamentalmente determinada por: motivos de saúde (prevenção) e por uma preocupação com o corpo (fobia da gordura); sendo que ambos podem exercer uma influência conjunta no que é ou não preterido a nível alimentar.**

Madalena e Carmo preocupam-se com a alimentação por questões de saúde; Madalena opta por cozidos e grelhados em detrimento dos fritos, das gorduras e açúcares. Carmo foi obrigada a eliminar o sal da sua dieta na medida em que “*a comida salgada faz com que haja uma retenção urinária maior*” e a sua ingestão faria com que Carmo “*inchasse*” e tivesse problemas respiratórios; Carmo substituiu a comida salgada por ervas aromáticas e, por uma questão de gosto, começou a comer sopas e deixou de comer fritos e gorduras. Mas salienta: “*estou a começar a gostar mais de doces, dantes*

*não ligava importância nenhuma aos doces, agora estou a gostar mais de doces, é capaz de ser uma contrapartida a ter deixado os salgados...”*

Ana Teresa, para além da preocupação em abolir gorduras e fritos em benefício de grelhados e fritos, procura compensar a falta de cálcio e prevenir-se contra a dissolução óssea (osteoporose) bebendo leite e derivados; esta mesma preocupação é manifestada por Adélia.

As restantes entrevistadas relatam preocupações semelhantes a nível alimentar e essas opções tendem a derivar por uma preocupação com a “linha”: comer mais peixe que carne (Ema, Ana Teresa, Amélia); evitar fritos (Cecília); beber muita água (Ema, Amélia, Cecília); evitar/não comer muitos doces (Cecília, Amélia); evitar as gorduras – *“não comer molhos, nada, não comer manteiga gorda, nem queijo gordo, nem iogurtes gordos, nem leite gordo... tudo magro, tudo magro”* (Mariana); introdução de soja na alimentação (Ema). Preocupações com o corpo manifesta igualmente Adriana que aquando da entrevista estava a fazer dieta (dieta do Dr. Atkins).

Rosário é talvez a única que demonstra pouco interesse em condicionar a alimentação:

**“Eu sou uma pessoa que como de tudo. Como legumes, como... como de tudo. Não faço, assim, nenhuma alimentação de especial. Se me perguntar se bebo leite, não bebo leite, porque os meus intestinos não gostam de leite, a minha colite também não gosta de leite, percebe? E eu evito. Sou capaz de comer uns iogurtes e não sei quê mas, quer dizer... não vou assim muito, muito. Agora como verduras, como fruta... como de tudo, percebe? É daquelas coisas... Também como bolos... Por isso tou gorda...”**  
(Rosário)

Em jeito de conclusão podemos fazer uma breve síntese. **A prevenção assume-se como a justificativa**, sabiamente instrumentalizada pelos profissionais da medicina, **para se proceder quer à prescrição da THS quer à remoção de órgãos reprodutivos femininos**. Vimos como a THS é sugerida na medida em que existe uma preocupação no seio da medicina com a qualidade de vida das pessoas (Lopes, 1994: 41). Os órgãos reprodutivos femininos, principalmente o útero, numa altura em que a mulher prescinde da sua capacidade reprodutora, são considerados dispensáveis face à pseudo-ameaça de doenças degenerativas. Este pensamento permeia os discursos de alguns dos médicos das entrevistadas, assim como de Cecília e Adriana. **A prevenção/promoção de saúde, aliada à preocupação com o corpo, está também subjacente nos cuidados com a alimentação.**

Face à confiança que caracteriza a relação médico-paciente parece-me que a decisão por parte da mulher em fazer a THS ou em se submeter a cirurgias visando a remoção de órgãos reprodutivos está dependente da opinião do especialista. Nesta última decisão subjaz, para além da confiança no especialista e da prevenção enquanto factor decisivo, a consideração de que a condição ou essência de ser mulher não passa pela existência de menstruação ou de útero. Somente Amélia, como vimos, contraria esta tendência.

Vimos como grande parte das entrevistadas tem uma **atitude benevolente face à THS**. No momento da entrevista algumas estavam já a fazer a THS, outras admitem fazê-lo no futuro caso o seu médico o aconselhe; essa decisão passa sempre por uma avaliação dos custos (aumento de peso) e dos benefícios (melhoria da qualidade de vida). Madalena foi a única que demonstrou relutância em fazer a THS.

Antes de iniciar o trabalho de campo estava à espera que a aceitação da THS por parte das entrevistadas fosse menor, dado que os dados estatísticos indicam que em Portugal a terapia hormonal ainda é pouco prescrita quando comparado com a Alemanha ou os EUA. Uma das razões frequentemente apontadas para este facto é a de que as mulheres portuguesas detêm sentimentos positivos e encaram a menopausa com naturalidade; como teremos oportunidade de ver, grande parte das entrevistadas encaram de facto a menopausa como um “evento natural”, como “mais uma fase da vida”. No entanto, esta visão da menopausa como natural não é impeditiva de fazerem (ou pensarem em fazer) terapia hormonal. Também não me parece que subjacente à aceitação da THS esteja a preocupação com a prevenção (doenças cardiovasculares, osteoporose); mais do que a prevenção as mulheres querem é solucionar os seus problemas mais imediatos (afrontamentos, hemorragias, instabilidade psicológica). Mais do que o futuro é o presente que é privilegiado e, assim, a THS visa uma melhoria da qualidade de vida presente.

Para entender as razões da menor incidência da THS em Portugal por comparação aos EUA ou à Alemanha parece-me fundamental perceber como os profissionais médicos encaram a menopausa e que meios disponibilizam às suas pacientes para lidarem com esta nova fase da vida; pois, pelo que vimos dos depoimentos, as entrevistadas acataram sempre os conselhos dos seus médicos sempre que estes promoveram a terapia; apenas Adélia desistiu da THS com medo de engordar. De salientar que a postura da SPM (Sociedade Portuguesa de Menopausa) é a da prescrição da THS em todas as mulheres, antes do seu último período menstrual final,

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

desde que não apresentem os seguintes diagnósticos: adenocarcinomas do útero e da mama, sangramentos vaginais não esclarecidos, acidentes trombo-embólicos agudos, doenças graves do fígado e nódulos da mama de causa não esclarecida (<http://www.spmenopausa.pt>).

A atitude pró-THS encontrada na grande maioria das entrevistadas causou-me alguma surpresa. Esta constatação permite avançar com duas ideias. Em primeiro lugar, as entrevistadas vivem num meio (eixo litoral – distrito de Lisboa) onde o acesso à informação está facilitado e as idas a médicos de clínica geral (de família ou privados) e/ou a especialistas de obstetrícia/ginecologia são uma frequente realidade. Em segundo lugar, para grande parte das mulheres portuguesas, vivendo fora da faixa litoral e dos grandes centros urbanos, a ida ao médico pode ser ainda uma realidade pouco comum e o abordar de assuntos tão íntimos como a menopausa e a exposição do corpo a um(a) estanho(a) podem ainda constituir motivo de vergonha ou embaraço e, assim, dificilmente estas mulheres terão acesso a informações sobre a THS. Não nos podemos esquecer que muitas mulheres, na faixa dos 50-60 anos, cresceram nos tempos da ditadura onde as questões relativas à intimidade, ao corpo e à sexualidade, como demonstraram algumas das entrevistadas, deviam ser veladas. É certo que, por exemplo, Ema, Cecília e Ana Teresa, embora na infância/adolescência tenham sido confrontadas com esses tabus, em idade adulta, e no relacionamento com os seus filhos, procederam a uma reversão desses valores e a um diferente entendimento do corpo e da sexualidade. Porém, não podemos extrapolar essa “desconstrução” para todas as mulheres portuguesas suas contemporâneas. Posto isto talvez se possa compreender porque é que as mulheres portuguesas comparativamente às mulheres americanas ou alemãs não fazem THS.

A menopausa é entendida pela medicina como uma fase da vida da mulher que necessita de tratamento. Esta ideia é de algum modo partilhada pelas entrevistadas; algumas fazem actualmente THS e outras não colocam de parte a ideia de a fazer.

## Representações da menopausa

Se anteriormente foi a experiência mais objectiva da menopausa que mereceu atenção, a saber: a data da última menstruação, os sintomas, as terapias e cirurgias e subjacentes motivações, as fontes de informação sobre menopausa, agora é a altura de explorar a experiência subjectiva da menopausa naquilo que ela tem de mais oculto. Afinal: **o que sentem as mulheres relativamente à menopausa? E conseqüentemente o que sentem face à perda da menstruação?**

A menopausa é encarada com **naturalidade** e **pragmatismo** para todas as entrevistadas à excepção de Amélia; é algo que faz parte do “ciclo da vida” (Madalena), constituindo apenas uma “fase diferente” (Ana Teresa). Algumas entrevistadas, assumindo uma atitude de resignação perante algo que é inevitável, natural, salientam o paradoxo da menopausa; ou seja, a menopausa dita o fim da sua capacidade reprodutiva, mas também não a coloca a causa, dado acontecer numa idade em que ser mãe já não constitui um projecto de vida. A grande maioria encara assim com naturalidade o facto de ter deixado ou de ir deixar de ter menstruação.

Emily Martin, com base nas entrevistas que realizou, sustenta que a maioria das mulheres encara a menopausa de um modo positivo, contrariando assim o modelo biomédico da menopausa como “decadência”, “deficiência hormonal”, “estado de vulnerabilidade” (Martin, 1987: 175-176).

Para a grande maioria das mulheres a menopausa acontece de facto numa idade em que o desejo de ter filhos já não se coloca. Mas o que dizer de Rosário que teve a sua menopausa aos 22 anos, logo após o seu casamento? Rosário afirma, de um modo muito peremptório, que o facto de ter tido, em muito jovem, a menopausa não afectou a sua vida:

**“... aquilo nunca me afectou nem... Eu não posso dizer que o facto de ter entrado em menopausa, seja por ter sido acompanhada ou não, me tivesse afectado alguma coisa à minha vida,** está a perceber? Acho que não... não sei ... .. Também, só secalhar se eu tivesse um padrão em relação a outras pessoas, dizer assim, aquela pessoa que teve isto ou teve aquilo e eu dizer assim: «olha, também senti...»” (Rosário)

**“O capítulo menopausa eu englobo-o no todo,** porque é assim: se me falar... é como lhe digo, **eu entrei realmente em menopausa mas acabei por não ter nada que me... o facto de entrar em menopausa não me afectou nada na minha vida,** está a perceber?” (Rosário)

A realidade que a menopausa precoce lhe impôs foi a impossibilidade de ter filhos de um modo convencional:

“Na altura mexeu um bocadinho, mexeu... um bocadinho, mexeu um bocadeco com a minha maneira de encarar a vida e isso. Não digo que tenha mexido muito, porque é assim: eu gosto muito de miúdos, porque gosto. Mas nós acabamos por... nos mentalizar. Eu penso assim: eu podia já ter adoptado um filho, porque com estes anos todos já podia ter adoptado. Inclusive podia tê-lo feito, porque houve médicos que me chegaram a falar nisso se eu queria o tal bebé proveta. Mas, o proveta é assim, os óvulos não eram meus, para ter os óvulos mais parecidos com os meus tinha que ser ou da minha irmã ou da minha mãe, mas mais lógica da minha irmã. Eu acho que isso é tudo muito bonito mas mexe com a cabeça das pessoas, percebe? E eu nem nunca falei nisso à minha irmã, e tar a ir buscar fora... para isso adopta-se uma criança! Uma pessoa que não pode ter e tar a ir buscar um óvulo de outra... Podia ser, realmente o esperma era do Vasco, sim senhora, mas o óvulo não sendo meu, porque eu já não tinha... é um bocado complicado na cabeça. Acho que ainda ia complicar mais ... .. Eu acho que para mim complicava-me mais na minha cabeça do que adoptar... O adoptar também foi uma coisa que fiquei sempre um bocado renitente.” (Rosário)

Essa impossibilidade foi, ao longo do tempo, trabalhada emocionalmente por Rosário com a ajuda do seu marido, sua incondicional fonte de apoio:

“E o Vasco [marido], o Vasco tem dito isto muita vez, já não é a primeira vez que ele diz isto. Ele diz assim: «*eu quando me casei contigo não era por causa dos filhos que tu me ias dar*». Oh pá, eu acho que isso, à partida, diz tudo.” (Rosário)

Rosário encontra uma contrapartida para o facto de não ter filhos: o seu tempo e as suas energias são canalizadas para os outros membros da família, pais, irmãos e principalmente aos sobrinhos que têm assim colmatado a ausência da prole. Mas por vezes Rosário é sobressaltada pela possibilidade de, num tempo mais futuro, se arrepender de não ter adoptado uma criança. A perspectiva da solidão, característica das fases mais tardias da vida, faz com que esse medo ganhe uma maior força, mas relativiza-o: “*mas isso é tudo um bocado relativo. E, por ser tudo relativo e por a gente ver casos que são de sucesso mas também ver casos que não são de sucesso, acabamos por deixar as coisas andar*”.

Para Mariana a menopausa é um “*conflito interior que a gente atravessa inconscientemente sem a gente querer*”. Esta declaração parece remeter para ideia, esboçada no enquadramento teórico, de que a menopausa pode suscitar sub-repticiamente na mulher uma sensação de perda de controlo sobre si mesma, e de fragmentação do seu *self*, como se uma poderosa força externa tomasse conta de si e se impusesse a contragosto (Martin, 1987: 167).



Como vimos anteriormente, a menopausa é muitas vezes entendida pelas mulheres como a “**mudança de vida**” ou simplesmente a “**mudança**” (Northrup, 1994: 437). O “termo mudança de vida” foi, aliás, ao longo do tempo utilizado para designar aquilo que o modelo biomédico entre o século XVIII e XIX definiu como menopausa (Hepworth, 1998: 281). Este entendimento é visível nas declarações de Adélia:

“não. Não. Eu reagi bem. É engraçado que eu reagi bem à, pronto, à Mudança! Como nós mudamos para... quando somos pequenos para jovens, há uma mudança no nosso corpo. E nós para, vá lá, para 50 ou 50 e... há pessoas que ainda aos 60 são, não é? Mas eu não. Reagi muito bem. Não tive problemas nenhuns.” (Adélia)

Madalena utiliza o termo mudança para aludir à meia-idade e ao conjunto de transformações que acontecem nesta fase, incluindo as sexuais. A “mudança” é igualmente aludida quando Amélia relembra as palavras do seu médico de clínica geral a propósito da menopausa e de como esta acarreta a “*mudança de problemas de pele, mudança óssea*”.

Para as mulheres para quem a menstruação foi durante anos entendida como um estorvo ou um incómodo, a menopausa pode ser vivida como uma libertação. O advento da menopausa determina ainda o fim das preocupações com uma gravidez indesejada (Martin, 1987: 175-176). A menopausa pode então ser vivida como uma libertação:

“No caso das mulheres que têm problemas com tudo e não querem ter filhos secalhar é... secalhar pensam... «agora estou livre». Talvez se... realmente não tiverem outros problemas de maior talvez seja uma libertação.” (Ema)

Algumas mulheres podem exprimir algum desgosto por deixar para trás os seus anos reprodutivos. Durante muito tempo, aproximadamente trinta e oito anos, o seu corpo abrigou ciclicamente aquilo que muitos consideram como o “comprovativo” da feminilidade: a menstruação. A feminilidade e a condição de “ser mulher” podem ser postas em causa pelo fim da menstruação e conseqüentemente pela menopausa? A grande maioria das entrevistadas não procedeu a estas associações; embora o tenham feito Paula, Amélia e Cecília.

“Ai vou-me sentir normal, a não ser que tenha algum problema físico ... .. **não me vou sentir menos mulher que aquelas mulheres que têm o período. É uma coisa normal. Faz parte do ser humano.** O problema de ficar sem a menstruação... não... não... a mim... eu só tenho um bocado de receio que a mim que me vá afectar ou psicologicamente ou fisicamente... de resto o período passou, **já sei que não posso ser mãe, também nunca foi uma coisa que eu pretendi sempre, nunca pretendi, foi uma coisa que teve sempre fora da minha agenda, ser mãe...** gosto de crianças, mas não, nunca tive o estatuto para ser mãe, não tenho, nunca tive. Podia ter sido mãe, hoje podia ser mãe solteira... tive montes de hipóteses, montes de hipóteses com uma pessoa só, não

foi montes de homens a proporcionar isso, a ficar com casa, com boas... mas eu nunca quis isso, não...” (Paula)

Para Cecília deixar de ser menstruada (em virtude da histerectomia) constituiu uma delícia e, ironizando, revela algum pasmo perante o desgosto de algumas mulheres em perder a menstruação:

**“... não sei muito bem porque é que as pessoas têm uma pena desgraçada de ficar sem menstruação. Eu acho que foi uma delícia!** Mas para mim é um dos mistérios, nesse aspecto não percebo porque é que se fica desgraçado... **eu acho que foi ótimo, deixar de tar menstruada.** Não é que a menstruação alguma vez também me preocupasse, propriamente, só que é uma chatice... lá tava eu com o penso, e depois a porcaria do penso resvalava, e depois eu esquecia-me, depois sujava a cueca, e depois era mais a saia... era mais por causa disso ... .. Era uma trapalhada. Pronto. Mas a menstruação preocupa-me por estas coisas comezinhas. Não é que eu ficasse maldisposta, nem ficasse com dores, nunca tive esses problemas! E sempre tomei banho, e sempre lavei a cabeça que na época quando eu comecei a ser menstruada, no princípio dos anos 60, havia montes de mitos à volta da menstruação. ... .. Portanto, eu sempre tomei banho, sempre lavei o cabelo, sempre tomei coisas geladas, sempre tomei banho na praia ... .. Portanto, não, não, não percebo porquê que se fica tão transtornada... por se deixar... para mim é um absurdo... não consigo perceber ... .. isso é para mim ridículo, no mínimo. **Para mim, ser mulher, não teve nada a ver com a menstruação... nada!** É que nem percebo o problema, percebe? Nem percebo o problema!

[Mas acha que é um problema para muitas mulheres ou não?] Para muitas mulheres parece que sim! Mas não consigo perceber porque é que é. **Para mim é um mistério.**”  
(Cecília)

Amélia é a única que detém uma visão negativista da menopausa natural. A associação da menopausa a mal-estar, depressão, deformações do corpo (“*a pessoa incha*”), a velhice e a sofrimento (“*mas ela sofreu muito, com muitos afrontamentos... portanto, já, já não foi a tempo de lhe aliviar o sofrimento quando fez*”) levou-a a iniciar, antes da menopausa acontecer, a terapia hormonal. Amélia é a única mulher na pré-menopausa que exprime desgosto por haver uma altura em que deixará de ser menstruada.

**“... eu, como mulher, não estava preparada para aceitar a menopausa. Chocou-me muito. Chocou... quando senti que estava a entrar na menopausa chorei, senti-me triste, senti-me diminuída, senti que ia ter problemas e ia entrar... na velhice.** Isso em mim conta um bocadinho, porque eu sou uma pessoa com um estado de espírito muito... muito vivo, não aceito muito bem... a idade. A sério que não aceito muito bem...” (Amélia)

A associação entre menopausa natural e envelhecimento está muito enraizada no discurso de Amélia. E é esta associação que a faz adiar continuamente a cirurgia na

qual lhe removerão o útero e, assim, a menstruação; esta operação é encarada com grande apreensão pois ditará o advento da velhice, velhice esta que Amélia aos 53 não sente devido à THS. Após esta cirurgia Amélia tem receio de “*ficar em sofrimento como aquelas mulheres têm menopausa, normal como qualquer ser humano tem*” e de “*passar a ter deformações no corpo*”. Quando deixar de ser menstruada Amélia afirma que vai sentir-se diminuída, sentir-se-á “*menos mulher que as outras mulheres porque não tem o que todas as outras têm*”:

“... acho que o período, a falta de período... tudo aquilo que nós temos no nosso corpo para nos fazer funcionar com o período, tudo isso nos faz entrar na velhice muito mais rápido, e eu acho que quando eu deixar de ter o período, e que entre então na menopausa... aí é que eu posso dizer que estou na menopausa porque já não tenho período e aí eu sinto-me, acho eu, que me vou sentir a envelhecer... Eu não sei se só eu só que penso assim, mas eu não tenho outra maneira de esclarecer. **Eu acho que quando entrar na menopausa, quando deixar de ter período, entro então na menopausa, e aí eu já vou... já espero os sinais do envelhecimento...** pronto. O que eu até aqui não sinto... que tivesse envelhecido assim.” (Amélia)

Adélia tem uma visão curiosa da menopausa. Por um lado, afirma que do ponto de vista mental estava preparada para deixar de ter menstruação, e que a sua vida não sofreu alterações após a menopausa, mesmo os afrontamentos foram suportáveis, e agora até estão menos intensos; mas por outro lado, e do ponto de vista linguístico, refere-se à menopausa como um processo facilitador de complicações (“*a gente depois da menopausa trás muitas complicações*”), associando-o ainda a sofrimento, por exemplo quando fala da experiência da sua irmã:

[Portanto, ainda tem menstruação ou já está... já acabou também?]  
“Não. Também já não tem. Também já não tem. **Ela sofre muito mais que eu ... Porque cada pessoa tem o seu sistema de corpo a reagir... como é que reage ou não reage, não é? O meu, por acaso, não reagiu muito mal, graças a Deus!** (...). Os afrontamentos é horrível! A minha irmã mais nova até pinga! ... O suor até pinga. **Sofre muito bastante.** Eu, por acaso, nesse aspecto... Não quer dizer que não possa sofrer... Agora quando for ao ginecologista, novamente, possa ter qualquer coisa derivada a estes anos em que não tomei mais nada.” (Adélia)

Nos discursos das entrevistadas houve como que uma **banalização do conceito de sofrimento**, e aqui não estou a procurar minorar as respectivas experiências de menopausa, quero somente lançar luz sobre o facto de muitas das vezes se utilizar as palavras “sofrimento” e “sofrer” sem uma efectiva comprovação real. O conceito de sofrimento encerra em si tal intensidade que me parece incompatível com as experiências relatadas pelas próprias entrevistadas. A escolha da palavra sofrimento, para caracterizar a experiência da menopausa, parece-me, em alguns casos, exagerada; mas essa escolha, o

seu uso em termos linguísticos, adquire uma extrema relevância na medida em que aponta para o substrato cultural que ainda associa a menopausa a sofrimento.

**Na juventude a maioria das entrevistadas não pensava muito na menopausa; não é que não ouvissem as mulheres mais velhas falarem sobre isso, mas era algo que não constituía fonte de preocupação pois estava ainda num futuro muito longínquo:**

“Ouvia as pessoas... apanhava uma conversa ou coisa assim... Não. Não. A gente quando somos novas não pensamos. Nesses problemas, claro. Eu, pelo menos, não pensava.” (Ana Teresa)

Ema salienta que só começou a pensar na menopausa mais recentemente e Paula e Cecília enfatizam que não pensavam e que ainda hoje não pensam muito, nem se preocupam com a menopausa. De salientar que estas três mulheres se encontram na pré-menopausa. As únicas entrevistadas que mencionaram pensar sobre a menopausa foram Adélia, Amélia e Carmo; esta última foi, por razões profissionais, obrigada a pensar e a lidar com as questões da menopausa (e da sexualidade) pois trabalhava num Centro de Saúde (sito numa vila do distrito de Lisboa e sede de concelho) e mais especificamente no Planeamento Familiar e Sexualidade.

Quatro mulheres (Adélia, Carmo, Mariana e Amélia) revelaram possuir na juventude uma ideia de menopausa esboçada mediante as conversas que ouviam de outras mulheres, mais velhas. Dessas conversas a menopausa aparecia como algo, no mínimo, desagradável.

Mariana relata que aos 12 anos ouvia, quando ia lavar para o rio, as senhoras falarem da menopausa e para elas a **menopausa** era **sintoma de velhice** e **morte**, um **infortúnio**, e assim era “*como ... .. mulher já tivesse acabada ... .. completamente para a vida*”. Consequentemente, foi esta a imagem com que Mariana ficou da mulher na menopausa: “*a ideia que eu fazia era que realmente, quando uma mulher chega à menopausa é uma mulher acabada para a vida...*”. Com o tempo e com a experiência da vida Mariana apercebeu-se que a menopausa não é “*nenhum fantasma*”, e a mulher “*não é nenhuma mulher acabada*”, o que ouviu não a traumatizou: “*aquele tipo de conversas para mim eram iguais a tantas outras, assim, patéticas que havia, na altura*”, eram “*conversas de pessoas da aldeia pouco cultas*”.

Quando era mais nova Adélia costumava pensar na menopausa pois havia pessoas que falavam consigo acerca disso. E contavam-lhe que a menopausa trazia certos problemas às mulheres:

“Diziam que... trazia certos problemas. E eu dizia: «eh pá se trazia certos problemas, quando chegar à minha altura... ainda ultrapassa os problemas, ultrapassa os problemas». Muitas pessoas diziam, raparigas novas diziam para mim: «eh pá eu, chega uma altura que a gente ... .. o período não vem». Eu disse: «olha, a mim graças a Deus veio-me sempre». E diz assim essas pessoas: «porque a gente sofre tanto depois com a menopausa». (Adélia)

Adélia, Carmo e Amélia afirmam que, para a ideia que tinham da menopausa, a sua própria experiência é positiva. De salientar que para Amélia o seu bem-estar físico, sexual e psicológico advém da THS:

“... eu imaginava que quando entrasse na menopausa ia engordar, como toda a gente me dizia que engordava, e ia sofrer de calores, de afrontamentos... A pessoa ia pensar que ia ficar assim com ar de velha, toda enrugada, toda deformada porque acho que se faz retenções de líquidos e a pessoa não só engorda como incha e deforma as feições, tudo isso... e eu pensava isso... e então estou encantada ... .. Porque nada disso se passou por mim! Eu sinto como se tivesse 30 anos em todos os aspectos” (Amélia)

Assim, se não fosse esta terapia tudo aquilo que lhe diziam sobre a menopausa natural (deformações do corpo, velhice, sofrimento) sucederia consigo. Segundo Amélia, se não houver nenhum problema grave de saúde, as mulheres só envelhecem se quiserem, se não se descuidarem. Devem acima de tudo cuidar da saúde, sendo que cuidar da saúde é fazer a THS, antes da menopausa chegar. Neste sentido, recuperam anos e não evidenciam a decadência das mulheres que têm menopausa natural. Amélia entende que “*está na própria mão da pessoa lutar contra a idade... contra o envelhecer ... .. a mulher de 50 anos pode fazer o mesmo que faz a de 30...*”. De salientar a linguagem um pouco bélica que, sobretudo, Amélia, mas também Ema, utiliza: “lutar”/“lutar contra a idade”.

Alguns autores entendem que a menopausa pode assumir-se como uma motivação para a mulher adoptar uma nova filosofia de vida onde as suas próprias necessidades, os seus desejos, ao invés dos dos outros, ocupam um lugar prioritário (Massé, 2001: 48-50). A menopausa pode ainda ser conceptualizada como um tempo de viragem, um tempo de renovação, potenciador de nova energia, em que a mulher é atravessada por uma forte necessidade de auto-expressão e afirmação (Martin, 1987: 176-177; Beedell, 58; Northrup, 1994: 443). Terá a menopausa servido de mote para as entrevistadas mudarem algum aspecto das suas vidas? **Nenhuma entrevistada revelou, de um modo directo e contundente, ter alterado algum aspecto da sua vida em virtude da menopausa, talvez por algumas ainda estarem também em pré-menopausa.** No entanto, Paula refere-se à experiência das suas amigas:

“eu tenho um grupo muito pequeno de amigas que não se... ficaram sem o período algumas... a menopausa foi aos 46, 47 anos, muito mais novas do que eu, e não as sinto nada afectadas, nada! Elas fazem uma vida normalíssima, não, não, não as afectou absolutamente nada. Isto é daquilo que eu sei porque convivo com elas ... .. quer dizer, continuam a fazer a vida delas normal, arranjam-se, vestem-se, compõem-se, **algumas até ficaram mais... mais... preocupam-se mais com elas próprias.**” (Paula)

Como vimos Carmo associa a menopausa à sua irritabilidade e à falta de paciência para ouvir os outros; e Ana Teresa afirma estar numa fase em que não tem medo de dizer o que pensa aos outros. Talvez a postura de Ana Teresa se enquadre na esteira da ideia de Joan Borysenko quando esta afirma que na menopausa a mulher está mais inclinada a dizer a verdade que em qualquer outra altura anterior da vida, e menos disposta a desculpar os outros (in Northrup, 1994: 238).

“Viver o presente”, “viver o dia-a-dia”, **“viver um dia de cada vez” parece ser a palavra de ordem para a grande maioria das entrevistadas**, apesar de algumas se deterem, inevitavelmente, a recordar o passado ou a equacionar o futuro:

“Passa o dia e cada dia que passa tá tudo bem. Eu tando bem, e não me doendo nada, tando com saúde, tendo os meus trocos para eu ir gastando... não penso no futuro, é cada dia que passa (...) Não estou à espera de nada da vida, já. Nada! A sério. Nada, nada, nada, nada...” (Mariana)

**“... quando se é jovem nós fazemos muitos planos para o futuro, queremos fazer isto e aquilo e aqueloutro. E eu... tenho... agora outra filosofia que é: aproveitar o tempo todo que me resta, aproveitar a vida, sem planos. Não posso fazer planos!... Já fiz... o que tinha fazer, e de mais importante. E não fiz nada daquilo que queria fazer! Daquilo que planeei para a minha vida só houve uma coisa que realmente realizei que foi ter filhos. Tive os meus filhos. Desejei ter 3 filhos, tenho 3 filhos, desejei casar, mas isso não era o mais importante! ... .. mais que o casamento eu desejava ter os filhos...”** (Carmo)

A anterior declaração de Carmo assim como as de Ema e Ana Teresa indiciam que essa **valorização do presente** mais não é que uma “filosofia de vida”, uma estratégia para melhor viver, estratégia que resultou de um processo construtivo. Não sabemos se a menopausa poderá ter influído nessa nova filosofia de vida que as entrevistadas sugerem:

“... não, não tou presa e vivo o dia-a-dia. Consegui perceber que a gente é melhor ir vivendo o dia-a-dia, do que fazer grandes projectos”. (Ana Teresa)

“... foi depois dos 45 anos... não sei muito bem porquê... talvez porque penso realmente que a velhice está a chegar num instante e que quero aproveitar o momento, cada momento o melhor possível, e dentro das minhas possibilidades, tento aproveitá-lo o melhor possível. Eu não tou a pensar no futuro porque não sei o tempo que vou viver,

nem sei o futuro que me espera, e acho que é, não tem jeito eu tar a pensar numa coisa que não sei o que me vai esperar.” (Ema)

Cada uma das entrevistadas foi convidada a pronunciar-se sobre se o passado e o futuro constituíam objecto de pensamento ou preocupação. Pretendia-se assim saber se o passado era pensado com saudosismo, porque associado à juventude, e o futuro, porque associado à velhice, com apreensão.

Apenas 5 entrevistadas (Adriana, Madalena, Ema, Adélia e Mariana) confessaram pensar, por vezes, no passado. Porém, embora o seu passado corresponda inevitavelmente à sua juventude não é no distanciamento actual face a essa idade que parece residir a tristeza. O passado é sempre recordado em forma de “balanço ou retrospectiva de vida” (Adriana); e pode ser recordado com alguma angústia (Madalena, Ema, Adélia e Mariana).

“Sim, costumo pensar no passado... depende do estado de espírito! E faço retrospectivas do que já se passou... acho que toda a gente pensa naquilo que já viveu, como tem sido o seu trajecto até aqui... de vez em quando, faço um balanço. Depois, o meu trajecto de vida não tem sido muito comum. Não tem sido um rame-rame. Tenho tido situações, menos comuns, melhores ou piores... não sei. Mas diferentes por certo. Ora isso faz-nos pensar! Vivi 13 anos fora de Portugal... os meus filhos foram criados noutra país, numa cultura completamente diferente...” (Adriana)

Para Ema são as suas **recordações de infância** o motivo de tristeza e revolta:

“... no passado penso na minha infância que não gostei dela. Fui criada com uns tios... em que... acho que não me criaram da melhor forma... muitas das vezes não me tratavam como filha, apesar de dizerem que eu era filha e que me tratavam de igual como o filho deles. Era mentira. E hoje às vezes quando penso na minha infância sinto-me um pouco triste da maneira como eles me trataram. Porque eles depois às outras pessoas, cá fora, demonstravam uma coisa, e as pessoas tinham uma maneira muito errada, tinham, e têm ainda hoje! Pensam que foi uma coisa e no fim não foi! E isso à vezes magoa-me interiormente. Mas, portanto, tento viver o melhor possível, com isso, mas magoa-me... (Ema)

Adélia começou a pensar mais intensamente no passado há cerca de 2 anos; e é com alguma amargura que procede nessa “viagem no tempo”:

“... penso muito naquilo que passei na vida ... .. vá lá, **até aí aos 45, passei uma vida, assim, muito má, muito má ... .. A nível de casamentos ... ..** E agora, parece que... não sei se é com o passar dos anos... que nós vamos buscar o... o que a gente passou... o que a gente passou... O que eu passei na vida... Pronto. O que a gente tem que passar na vida... **Eu digo sempre que isto é o destino, é o que está traçado.** O que a gente tiver que passar, passa e passa mesmo.” (Adélia)

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

Madalena confessa que, se pudesse recuar no tempo, daria um rumo diferente ao que a sua vida acabou por tomar:

“... estudava, tirava um curso superior... tenho muita pena de não ter estudado, pois queria ter mais cultura, mais conhecimento e **secalhar também não me tinha casado, o meu casamento só vale pelos meus filhos.**” (Madalena)

Madalena afirma que só se sente bem quando algum dos seus filhos está em casa. Por conseguinte, Madalena é a entrevistada que evidencia com maior acutilância a “síndrome do ninho vazio”: “sensação de isolamento e inutilidade da mulher, agora pouco solicitada pelos filhos já adultos que abandonam o lar, e ignorada pelo marido em alta produtividade” (Lopes, 1994: 116). De todas as entrevistadas que vivem em situação conjugal (casamento ou união de facto) Madalena é aquela que indicia um maior descontentamento face à relação que tem com o marido. Apesar de casada, ressent-se da solidão e do isolamento e confessa que gostaria de sair mais de casa, mas que não o faz devido à inércia do seu marido que prefere ficar por casa.

Mariana é, destas entrevistadas, a única que procede a uma comparação entre o seu passado, o seu presente e o seu futuro e o modo como neste processo a juventude e a agilidade se vão perdendo:

“Penso que cada vez **o meu futuro vai encurtar mais e o meu passado vai ficando para trás...** aquele passado que me deu muitas coisas boas na vida, e muitas coisas más, mas que eu gostei dele, percebes? Mesmo assim (...) o saudosismo do passado, secalhar é o saudosismo de não ter sido feliz como eu gostava (...) **saudosismo é... dessas coisas, de eu querer fazer aquilo que eu fazia há 10 anos atrás e hoje já não ser capaz de fazer ... .. portanto, passamos a pintar... e a ler, e isso serve para preencher o nosso vazio porque a gente precisa d’ alguma coisa que nos ocupe a nossa mente, o nosso espaço.** Mas eu ainda não tou praí só pra pintar e só pra ler” (Mariana)

Sobre se o futuro constitui objecto de pensamento também Adriana, tal como Mariana, salienta a “perda”:

“... pois é nessa parte da minha vida, ou seja, **naquela parte em que deixamos de ter o brilho que tínhamos, em que os filhos se vão.** Enfim, é por certo algo que me deixa invariavelmente triste”. (Adriana)

As restantes entrevistadas, que revelam pensar no futuro, centram-se em situações passíveis de acontecer e que podem constituir motivo de contentamento (Carmo) ou tensão (Rosário, Madalena, Paula).

Carmo, apesar de inicialmente referir que “*não posso fazer planos, não quero fazer planos*”, acaba por confessar o que gostaria de fazer num plano futuro:



“... eu não me atrevo a pensar no futuro ... .. **mas às vezes tenho uma vontade enorme de voltar para Paris, voltar a estudar**, voltar a pegar-me... assim, a sério ao microscópio que tenho estado a abandonar muito, tudo, e... esse era o meu maior desejo. Era aquilo que eu gostava de voltar a fazer ... .. Quando temos realmente uma certa for... esperança que os sonhos se podem tornar realidade eles vão para frente. Mas quando começamos a sonhar e à partida já estamos vencidos ... .. não sei ... .. **Faltam algumas coisas, faltam condições, faltam-me as condições que não podem... que não dependem só de mim, dependem de outros... nós às vezes temos de fazer opções ... .. Mas nós temos que fazer opções ao longo da vida ... .. vamos ter que optar durante a vida toda... desde pequeninos. E as nossas opções que aparentemente podem não ser muito importantes acabam por ter influência no nosso futuro.** Constantemente, constantemente. E só muito mais tarde é que vamos a descobrir...Olha, eu fiz isto... levou-me a isto... se eu tivesse optado de outra maneira certamente não estava nesta situação... Mas, mas... as nossas opções, quando somos novos, vão ter influência, imensa influência mais tarde, sempre, sempre, sempre.” (Carmo)

Rosário, apesar de pensar no futuro e no que pode acontecer, denotando por vezes um certo pessimismo nas suas conjecturas, afirma não ficar “presa” ao que pensa; a sua maior apreensão é de no futuro se arrepende de não ter adoptado uma criança:

“Normalmente o que é que a gente vai buscar? Não é coisas positivas, é normalmente coisas negativas: pode acontecer isto, pode acontecer aquilo... Se a pessoa se prende a isso, então... fica maluquinha, não é? E então também, é assim, penso no futuro mas não... não penso assim muito (...) Mas ao mesmo tempo como penso, não vale a pena pensar, porque é assim: o tempo tudo dirá o que é que as coisas vão... O que é que vai acontecer. O que é que a vida... Porque a gente também às vezes está aqui a matutar-se e depois de hoje para amanhã dá-nos uma coisa e morremos e no fim acabou.”(Rosário)

Num plano futuro, a **falta de saúde “para viver com boa disposição”** ou a morte da actual companheira parecem ser o que mais assusta Madalena e Paula, respectivamente, embora afirmem que não pensam no futuro.

“Por enquanto ainda não cheguei lá, não, não, não, vivo, **vivo o dia-a-dia, vou vivendo o dia-a-dia, não penso muito no futuro, nem no passado... mas assusta-me o futuro!** Assusta... assusta-me o futuro porque... não sei se me vai faltar a minha companheira um dia, eeee... porque eu tenho tudo organizado... eu, eu, eu quando chegar... eu não vivo com uma pessoa assim à balda, eu tenho a casa no meu nome, se houver uma fatalidade a casa tá paga, tenho seguro, desconto para a segurança social há 20 anos...” (Paula)

O pessimismo de Adélia em relação ao futuro advém da sua solidão actual e da desconfiança face à possibilidade de encontrar alguém “nobre de sentimentos”:

“Que a pessoa fosse sincera... não fosse mentirosa e que eu me sentisse bem. Não quer dizer que vamos ganhar grande amor, que isso é mentira. Já passei por várias coisas e era amor. Mas... pronto... uma simpatia, uma pessoa tar bem ao pé doutra pessoa... eh... um companheiro... Vem a noite, a gente conversa, a gente ri, a gente diz uma palavra, a gente sai... Pronto, há outra maneira de ser.” (Adélia)

A **temática da morte**<sup>31</sup> está presente nas declarações de algumas entrevistadas, entre elas Cecília. Segundo Cecília a sua actual incapacidade para perspectivar o futuro reside no:

“... processo das mortes que tive agora no ano passado... que foi em muito pouco tempo morreu-me o meu pai em Julho e esta minha prima em Setembro, em Outubro ... .. colocou-me com muita dificuldade de pensar o futuro. **Neste momento estou com muita dificuldade de pensar o futuro. Não consigo vê-lo. Não consigo equacioná-lo. Tou muito imediatista ... .. eu realmente não consigo neste momento perspectivar o futuro. Estou com uma completa incapacidade.**” (Cecília)

Como vimos, **a menopausa é considerada para a maioria das entrevistadas como um evento normal, natural e inevitável.** As entrevistadas não demonstram ter sentimentos positivos em relação à menopausa. O que reina é um certo pragmatismo e uma rendição face a um evento que faz parte da condição de ser mulher. Não vale a pena lutar contra algo que é suposto acontecer. Somente Amélia refere que a menopausa interfere com a sua identidade e condição feminina; a menopausa é concebida como algo inerentemente ligado ao processo de envelhecimento. É ainda Amélia que entende a remoção do útero como uma forma de anulação da sua feminilidade, com repercussões na sua auto-imagem, auto-estima e sexualidade.

As crenças que algumas das entrevistadas herdaram do passado destoam da sua própria experiência de menopausa criando nelas um sentimento de regozijo pessoal.

---

<sup>31</sup> A temática da morte será retomada e desenvolvida no capítulo “O corpo como objecto de culto”.

## O corpo enquanto “fonte de desejo”

A sexualidade está intrinsecamente ligada e visa uma obtenção de prazer. De acordo com as entrevistadas a sexualidade é partilha, é cumplicidade e pressupõe o corpo (e a sexualidade) de outro alguém. O sexo é importante para a felicidade, para a relação saudável, de um casal; esta ideia é directamente salientada por Ema, Paula, Madalena e Amélia. A sexualidade faz com que a mulher se “sinta bem”, se “sinta mulher”, “se sinta mais viva” (Ema).

**“... sem dúvida que tem a ver com o desejo, o desejo do prazer ligado ao corpo... acho que tem a ver basicamente com isso... o desejo... o desejo, a procura do prazer, sempre a partir do contacto corporal ... .. a sexualidade tem sempre como finalidade o prazer... não associo a mais nada, é puro acto de prazer. De prazer mútuo, não é? De satisfação, de satisfação ligada ao prazer, obtenção de prazer.”**  
(Cecília)

**“Para mim a sexualidade é prazer, prazer de dar, de partilhar, de acarinhar, de ser acarinhado, de ser acariciado, são carícias, são... sexualidade não é só o acto em si é... todo... são todos os preliminares que há anteriormente,** e os preliminares começam na voz, nós somos muito sensíveis, os nossos ouvidos são muito sensíveis... e a tonalidade ... .. da voz... é que nos dá depois logo a primeira referência sobre o interesse sexual e faz despoletar qualquer coisa cá por dentro ... .. só depois é que vem o tacto, a carícia ... .. que é mais aceite, mais desejada, se estamos no período fértil, principalmente quando não tomamos a pílula o período fértil é terrível. É terrivelmente bom É terrível para o mau, é terrível para o bom. A sexualidade é uma coisa muito boa, muito boa, muito boa! Não haja dúvida! Porque nos põe bem dispostas, porque nos faz física e psicologicamente bem. As duas coisas, é uma rica ginástica! No entanto não é o mais importante da vida! Não é, lá isso não! Ah, mas é uma boa componente!” (Carmo)

Apenas três entrevistadas (Rosário, Ana Teresa e Adriana) salientaram que a finalidade da sexualidade também passava pela reprodução, embora o prazer venha sempre em primeiro lugar. As demais entrevistadas somente salientaram o factor prazer como o grande móbil do acto sexual.

Uma das ideias que frequentemente se associam à menopausa é a de que esta é responsável por uma diminuição da lubrificação vaginal assim como do interesse e do desejo sexual. A vivência da sexualidade na transição da menopausa está dependente das expectativas da mulher e da sua própria experiência sexual. A maioria das entrevistadas - Ana Teresa, Ema, Madalena, Paula (pré-menopausa) e Carmo e Rosário (pós-menopausa) - não têm uma opinião formada sobre essa relação, talvez porque a maior parte ainda se encontra em pré-menopausa. Paula afirma que: “ *não sei... não posso falar*

*por experiência... daquilo que eu vou vendo... de amigas... elas não notaram diferença... mas não sei... deve ser diferente, não é? De mulher para mulher*". Ana Teresa afirma que tem ouvido mulheres dizerem: *"eu sou muito mais feliz agora, porque não estou a pensar que posso ficar grávida"*. Mais uma vez a menopausa vista como libertação.

Por seu turno, Mariana, Adélia, Amélia e Adriana concordam com essa interferência da menopausa no domínio da sexualidade; as duas primeiras baseiam-se na sua própria experiência pessoal, ao passo que as últimas fundamentam-se em algo que ouviram ou leram.

Logo a seguir à menopausa (*"essa mudança repentina"*) Mariana sentiu desinteresse sexual: *"desinteresse, desinteresse, completamente, desinteresse... muito frígida. Sabes? Não havia... não havia nada, não havia. Na altura notei."* Mariana não encarou esta nova situação de ânimo leve e procurou o seu médico:

**"... eu sentia que faltava-me qualquer coisa... não é... por mais, de repente sentes... tás muito bem e de repente sentes... que aquilo tudo parece que... foi! E isso afecta também psicologicamente. Tu tás ali a tentar... esforçares-te e... tás a tentar... a achar o teu conteúdo e não encontras!** Percebes? Não encontras, não consegues!" Na altura, o seu médico encarou a situação com normalidade, interpretando-a como consequência da menopausa, *"... isso tudo tinha a ver com o perder da ovulação, com o perder da sensibilidade, da lubrificação, do stress, daquela coisa toda, do não dormires bem, de ficares muito sensível..."* (Mariana)

O médico de Mariana receitou-lhe uns comprimidos naturais para solucionar o problema da frigidez salientando no entanto que: *"essas coisas também tem que ser com amor e carinho que é para a gente ter tempo"*. Agora, Mariana, mediante a THS sente-se *"perfeitamente normal"*. A experiência de Adélia é, de algum modo, similar à de Mariana, dado que também ela sentiu uma perda de desejo sexual logo imediatamente após a menopausa:

*"... afectou um bocadinho nos primeiros meses mas depois voltei ao normal (...) Pronto, não puxava muito... pa fazer sexo, é assim mesmo! Não puxava muito. Mas, depois passado... o quê?... cinco, seis meses voltei ao norma (...) Tudo ao normal. Pronto, tenho desejo como as outras pessoas têm na mesma. Só como digo: «não há». Paciência!"*.

Adélia não falou com ninguém a respeito dessa falta de desejo: *"não me sinto à vontade pa falar com outro alguém, tá a ver Catarina? Depois podiam-me dizer: «olha, tá maluca!» Eu então preferi guardar para mim mesmo e foi a pior coisa que eu faço."* Adélia refere que antes da menopausa sentia um desejo maior:

“... isto activa... não é tanto. Pronto. Temos, temos aquele desejo mas não é aquele desejo como era antigamente há uns anos atrás, antes do período acabar ... .. a gente antes do período acabar... temos mais desejos ... .. ao passo que depois da menopausa já é menos. Há, mas é menos ... .. Por exemplo, todos os dias podia fazer, vá lá, uma vez por dia ou duas. Agora faz-se uma e tá feito ... .. Sente-se menos vontade com a menopausa... comigo! Com outra pessoa pode até dar mais resultado. Mas, a mim não...”. (Adélia)

Adélia não sente pesar ou revolta com esta mudança: “porque penso sempre: pronto, isto faz parte da nossa vida. É como eu penso. Realmente a nossa vida é feita assim, assim, assim e é assim que leva.

Adriana, embora não falando com conhecimento de causa, acredita que a menopausa interfira com a sexualidade: “*pelo menos consta que sim, que as pessoas ficam mais secas portanto não lubrificam com a facilidade que lubrificavam antigamente*”. Tal como Adriana, Amélia, tendo em consideração as leituras que tem feito e as conversas com o seu médico, acredita que a menopausa interfere com o domínio da sexualidade:

“E passa a ter mais dor do que prazer... e segundo o que também o médico me disse passamos a ter, deixamos de ter portanto a... passamos a ficar ... .. menos lubrificadas, não se tem a lubrificação vaginal, que depois causa dor. Portanto, tudo isso, além de não se ter prazer também se tem mal-estar. Isso é uma das, é um dos avisos que o médico nos faz , e do que eu tenho lido... de que deixamos de ter a lubrificação vaginal, e por isso depois... que nos faz falta para o acto e que passamos a ter dor, o que eu nunca senti graças à compensação...”. (Amélia)

A problematização de algumas das entrevistadas a respeito da sexualidade parece ir ao encontro da ideia expressa pela médica pertencente à SPM:

“em relação ao problema da secura vaginal é que há quem coloque como órgão sexual máximo a vagina e a vulva quando eu pessoalmente até acho que nem é. **O órgão sexual mais importante é mesmo a cabeça.** Não sei se está a entender a situação... **Quer dizer quando a cabeça não funciona e não quer, ou tem inibição, culturalmente ou socialmente, ou sei lá o que for... haja algum problema a esse nível, então vai haver montes de problemas tenha a vagina lubrificação ou não tenha, esteja seca ou não esteja.** Está a perceber? Portanto, a meu ver, o órgão sexual mais importante, tanto do homem como da mulher, mas secalhar a mulher mais ainda que o homem... é mesmo a mente, o.k.?”

Algumas entrevistadas (Ema, Carmo, Rosário, Cecília, Amélia), a propósito da influência da menopausa na sexualidade, destacaram a **importância de factores psicológicos e mentais na predisposição para e no desejo sexual.** Vemos assim como as próprias entrevistadas incorporam a visão da médica da SPM. A disponibilidade

mental parece ser determinante na fruição sexual. E, assim, quando confrontada com a hipótese da menopausa interferir com a sexualidade Ema refere:

“... não sei muito bem se isso acontece com algumas mulheres... Comigo, até agora, portanto, e só posso falar de mim mesma, não. A minha vida sexual é normalíssima. **Eu penso que realmente só é afectada se as pessoas quiserem porque às vezes a mente comanda muito o corpo. E se nós pensarmos que vai afectar, vai afectar!** E eu como gosto de ultrapassar essas coisas, porque como já lhe disse acho que realmente o sexo é muito importante na vida do casal porque realmente... também lhe digo... os feitios das pessoas são um pouco difíceis no dia-a-dia. Porque há sempre choques de feitios, mas quando realmente a outra parte é compensada vale a pena viver. **E então eu penso... por mim, é que a mente não pode comandar o corpo, ou aliás, eu penso é que nós temos de pensar «não, isso não me vai afectar», e se me afectar vou procurar a minha médica, vou tentar realmente arranjar uma solução para o caso.** Eu vou fazer isso! Penso que a maioria das mulheres se fizessem isso secalhar facilitava-lhes muito a vida.” (Ema)

Para ilustrar como a sexualidade é fundamentalmente um mecanismo psicológico Carmo salienta a possibilidade das pessoas “*terem relações através do telefone*”:

“.. **há possibilidades de a pessoa ter sexo através do telefone! E no entanto não há contacto físico! Não há nada! Há, há... a pessoa sente vontade, sente interesse sexual, sente quase, quase um orgasmo, às vezes sem se tocar nem nada! Só de pensar no assunto!** Portanto, não sei... é difícil, é difícil, é uma coisa muito difícil esta história... quando entra logo a parte psicológica também à mistura, torna-se difícil, não há apenas a parte física... **a parte física é o que menos importa neste assunto do sexo. Importa muito mas é menos, menos interessante que a parte psicológica, a parte mental...** E aqui há um jogo, este jogo da nossa cabeça... mas é bom! Interessante! O que é mais engraçado... e depois... se fosse apenas físico, não havia surpresas... quase! No fundo o nosso estado psicológico é que faz com que surjam as surpresas e os encantamentos ahhhhh... e as desilusões. Pois é!” (Carmo)

Rosário, que teve a sua menopausa aos 22 anos, relata não saber em que medida a menopausa interferiu com a sua vida sexual. Salienta que a THS pode ter contribuído para essa situação, na medida em que um dos benefícios que, na altura, o seu médico lhe imputou era o favorecimento da vida sexual. Rosário afirma que não consegue ter a percepção da sua sexualidade antes e depois da menopausa, se estava melhor ou pior. Podemos talvez referir que a cirurgia que ditou a menopausa foi feita logo após o seu casamento. Para Rosário, na esteira de Carmo e Ema, a sexualidade está mais dependente da cabeça, da mentalidade, do que do corpo, “*é a cabeça que comanda tudo e há que aprender a viver com o nosso corpo e temos de tirar partido daquilo que ele nos dá*”. E este seu entendimento ganha ainda maior relevância quando fala da sua vida sexual após

a histerectomia. Rosário afirma que a sua vida sexual não sofreu alterações pelo facto de já não ter útero, e que para esse facto muito contribuiu a atitude do seu marido:

“Claro que o Vasco nesse aspecto também... É assim, **há homens que secalhar são, desculpe lá, uns podões, que é assim mesmo, e que secalhar se a mulher tirar o útero aquilo acabou... Não é? Depois depende da mentalidade das pessoas.** Não, eu para mim ter tirado ou não... mas, realmente da parte do Vasco também nunca vi ele dizer-me... Não! Pelo contrário. É uma pessoa que tentou sempre acompanhar-me e tentamos tirar partido daquilo que temos e que, no fundo, nos dá prazer. Isto é assim, não vou estar a... há coisas que me dá prazer... Há pessoas que não gostam, eu dá-me gozo realmente ... .. e por me dar prazer e por saber que consigo tirar prazer do meu corpo, tenho que ver onde é que ele tem de ser estimulado ... .. **E quer dizer, também lhe posso dizer que a nível de dizer assim, sensações... pelo facto de ter o útero tinha mais sensações ou que tinha menos sensações... Não. Ou tentei procurá-las na mesma, quer dizer, não notei.**” (Rosário)

Tal como Rosário, Cecília, também submetida a uma histerectomia, não relata alterações a nível sexual como decorrentes da histerectomia. Contrariamente, Adriana confessa que a cirurgia interferiu com a sua vida sexual:

“**eu acho que sim, acho que fiquei diferente** já que... depois da operação e talvez depois de eles terem retirado, e cosido e mexido e não sei quê mais... deixei de sentir tanto na parte sexual ... .. **não sinto da mesma forma que sentia, portanto, é diferente. Durante o acto sexual não se sente o mesmo que se sentia antigamente. E suponho que o meu marido também não sente o mesmo. Ficou diferente, alguma coisa tá diferente** ... .. porque isto é como um carro quando vai à oficina... é a mesma coisa. Se tem uma batidela e se é arranjado nunca mais fica igual e eu suponho que quando se faz uma operação como esta em que a operação foi toda feita através da vagina ... .. as coisas é impossível ficarem da mesma maneira”. (Adriana)

Adriana relata conversar bastante com o marido sobre esta situação e afirma que é possível contornar o “problema”:

“porque há outras formas ... .. Também é, digamos, voltar a aprender a fazer sexo com uma situação um pouco diferente. Portanto, as pessoas têm que procurar os sítios que lhes dão prazer. E é basicamente isso. Mas não ficou o mesmo”. (Adriana)

No entanto, apesar de existirem “outras formas” Adriana pretende confrontar o seu médico com esta situação:

“eu só fui ao médico depois uma vez e **o médico perguntou se tava tudo bem e de facto tá tudo bem, nada me dói e tá bem, mas eu não entrei em detalhes com ele porque ele também assumiu que estava tudo bem. Porque é o que eles querem... é que esteja.** Mas tenciono falar com ele... suponho que não há nada a fazer já que isto é cosido... e as coisas nunca ficam iguais.” (Adriana)

Mediante a anterior declaração podemos extrair três ideias: Adriana optou por não entrar em pormenores com o seu médico a respeito da sua (e a do seu marido)

intimidade, talvez por pudor, e apesar de ter sentido uma alteração na sua experiência sexual; Adriana derivou o seu estado de bem-estar ou normalidade tendo somente em conta o aspecto físico (ausência de dor); finalmente, Adriana descredibiliza, na minha opinião, a classe médica (“*ele também assumiu que estava tudo bem. Porque é o que eles querem... é que esteja*”).

**Uma das perguntas com que as entrevistadas foram directa ou indirectamente confrontadas foi se, com o envelhecimento, com o passar do tempo, a mulher tende a perder o interesse e o desejo sexual. A grande maioria sublinha não a perda de desejo, mas a diminuição da frequência sexual.** De acordo com Adriana: “*o interesse está lá sempre... o desejo também*”; segundo Carmo, a felicidade humana passa sempre pelo amor e pelo interesse sexual e as pessoas “*descobrem outras maneiras*”.

Para Mariana, com o passar do tempo, há uma tendência para o ser humano se desinteressar pela parte sexual. Comparando os sexos é na mulher que se verifica mais esta perda de interesse sexual; segundo ela, a mulher pode ter desejo sexual mas não ter interesse sexual. Ou seja, a mulher não perde com o tempo o desejo sexual, perde é o interesse em ser sexualmente activa. Para Mariana quando um homem perde o interesse sexual é porque já não consegue ter uma erecção. Podemos então supor que, segundo Mariana, esta perda de interesse é forçada e seria talvez mais fidedigno pressupor então não uma falta de interesse, mas uma falta de capacidade, pois segundo Mariana: “*enquanto ele a tiver ele vai tentar sempre que ela aconteça*”. Portanto, no homem há uma razão física que impossibilita a actividade sexual. Na mulher há uma razão mental que impossibilita a actividade sexual:

“... a mulher eu acho que é assim... não quer dizer que a gente não tenha vontade, só que a gente... ficamos ... .. é assim, nós ao recordar a nossa meninice, a nossa juventude, a nossa adolescência, as coisas eram tão bonitas que agora não conseguem ser iguais. Então, se não conseguem ser iguais, às vezes já também nem interessa que elas aconteçam, estás a ver?” (Mariana)

Para Mariana a finalidade da actividade sexual resulta da junção entre amor e sexo, se não houver esta mistura não vale a pena partilhar a sexualidade com mais ninguém:

“... finalidade para mim de sexualidade... tem que ser... não sinto, sexo por sexo não existe para mim. Tem que ter amor e sexo. Essa é que é a finalidade de sexo para mim, é misturar as duas coisas, amor e sexo ... .. a vontade existe, mas tem de haver também amor, uma afinidade... sexo por sexo não quero. Se não há amor também não há sexo. É assim. Eu gostaria que houvesse as duas coisas, mas se não houver a junção...” (Mariana)



A postura de Mariana perante a sexualidade vai de encontro à ideia de Gerson Lopes e Mônica Maia. Estes autores entendem que “em especial nos países desenvolvidos, observamos a diminuição do interesse sexual. O desinteresse sexual pode estar desvinculado das alterações físicas e estar relacionado com as modificações na forma de perceber e vivenciar a sexualidade. O coito perde a importância principalmente para as mulheres maduras, se comparado à ternura e às carícias” (Lopes, 1994: 86). A não existência de ternura, carícias e afecto (o amor), como constituintes do acto sexual, determina a vivência por parte de Mariana de um celibato auto-imposto.

**As entrevistadas adiantaram algumas razões que subjazem à diminuição (e ausência) da frequência sexual na mulher e no casal**, estas razões podem ou não derivar da sua própria experiência: **diminuição da resistência física da mulher/cansaço** (Cecília, Rosário, Adélia), **não existência de um companheiro** (Mariana, Adélia), **vontade/capacidade do companheiro(a)** (Ana Teresa, Paula) e **problemas conjugais** (Madalena, Carmo).

Madalena confessa que a sua vida sexual é influenciada pela “qualidade” da sua relação conjugal, ou seja, a actividade sexual diminui sempre que se instalam os problemas conjugais: “*como temos problemas de vez em quando estamos muito tempo afastados*”. Madalena afirma que esta situação já não a chateia muito, já houve tempo que ligou mais. Por seu turno, a atracção e o entendimento que se tem com o companheiro interferem positivamente com a sexualidade em qualquer fase da vida (Rosário, Cecília, Ema).

Ana Teresa e Paula, socorrendo-se da sua rede de sociabilidades, relatam a possibilidade da sexualidade da mulher ser posta em causa pela **incapacidade/impotência masculina**; assim, a vida sexual da mulher é contextualizada na vida sexual do próprio casal. Paula tenta perceber as causas da impotência masculina:

“Portanto, eu não sei se isso deriva do aspecto físico, se psicológico... se a pessoa tá doente, se tem a ver alguma coisa com a doença... que a pessoa tenha algum problema. Se será por a pessoa ... .. por acaso essa pessoa reformou-se muito cedo, ficar inactiva... tudo isso eu acho que tem influência. Há aquelas pessoas que têm muita mais actividade aos 70 e tal anos e são pessoas que ainda têm relações sexuais com as mulheres e que têm uma vida ainda, uma vida normal... Não é? Eu acho ... .. Agora eu tou convencida que há pessoas que chegando a uma certa idade, ou por imposições físicas ou psicológicas, que as pessoas concerteza que vão perdendo o apetite sexual, vão...”  
(Paula).

Atendendo às declarações de Ana Teresa e Rosário podemos dizer que, embora a sexualidade, em termos de frequência sexual, mude ao longo do tempo, ela permanece coerente e de algum modo contínua face a anteriores estágios da vida:

**“Quer dizer, quem se calhar... praticou muito vai ter se calhar na mesma com menos intensidade, mas mais vezes. Aqueles que têm menos, que nunca foram umas pessoas... vá lá... que tivessem... muita sexualidade, se calhar vão reduzindo...”**  
(Ana Teresa)

De acordo com Rosário no início de um casamento, quando as pessoas são jovens, a frequência sexual é mais intensa, mas com o passar do tempo a tendência é para diminuir. No entanto, isto não traduz uma diminuição do desejo: *“a vida muda-se assim mas não quer dizer que a gente não tente tirar partido. E repare, é o que eu lhe digo, eu para mim, acho que a cabeça é o que comanda tudo.”*

Cecília comunga da visão das anteriores entrevistadas, ou seja, de que o tempo tem o efeito de diminuir a frequência da actividade sexual por comparação aos tempos de juventude. Cecília insurge-se contra o que considera uma tendência da sociedade: a imposição de padrões em relação à satisfação/frequência sexual. Estes ditames sociais derivam a satisfação/felicidade sexual de uma intensa actividade sexual. Para Cecília a menor frequência sexual por comparação à juventude é certamente dramática para muitas pessoas:

**“... eu acho que em relação ao sexo, também, há um conjunto de equívocos porque meteu-se na cabeça das pessoas que há padrões que é uma coisa completamente caricata, mesmo em relação à satisfação sexual. Não há padrões! Quer dizer, as pessoas podem ter menos vezes e estarem completamente felizes e realizadas... quer dizer, a ideia que se tem de ter uma actividade frenética do ponto de vista sexual para se ser feliz é uma ideia completamente abstrusa, quer dizer que se convencionou um bocado e secalhar algumas pessoas perseguem esse ideal e andam altamente frustradas quando podiam andar felizes e contentes! Com a vida sexual que tinham. Porque secalhar chegá-lhes perfeitamente! Acho que realmente criou-se, quer dizer, nós somos realmente uma sociedade em que se criou um conjunto de, digamos, de... construções sociais que as pessoas têm que corresponder e metas... penso que são... é completamente idiota! Mas realmente as pessoas vivem um bocado obcecados por isso... parece-me.”** (Cecília)

**O stress, o cansaço, a correria, os problemas do dia-da-dia e acontecimentos mais dramáticos, como uma morte ou uma doença parecem assumir-se como dissuasores do desejo e da actividade sexual.** De acordo com Rosário, o ritmo diário faz com que os estímulos sexuais se vão perdendo, a correria do dia-a-dia pode até fazer com que as pessoas se esqueçam do sexo:

“... a pessoa anda na correria e até se esquece. Mas eu acho que estas coisas a gente não se pode esquecer. **Porque se a gente se esquece depois é tão fácil de esquecer...** e as coisas depois ... .. Eu acho que o nosso corpo também precisa delas. É assim: se tu tens uma coisa boa e podes usufruir, se não usufruis dela, o organismo habitua-se a não ter nada. Mas parece que ficamos assim um bocadinho... falta-nos qualquer coisa. Isto é na minha óptica.” (Rosário)

Rosário entende que a televisão desvia a atenção das pessoas para o sexo: “eu acho que a televisão é bom, faz-nos companhia, por outro lado, tira-nos, absorve-nos muito. Nós vemos isto, vemos aquilo, vemos aqueloutro e a nossa cabeça e o nosso corpo também não aguenta tudo.” (Rosário)

Adélia e Mariana são as únicas entrevistadas que, no momento da entrevista, relataram não terem nenhum relacionamento afectivo/sexual, sendo qu ambas são divorciadas. Adélia salienta que não tem ninguém e que “*também não vai à procura*”, mas isso não quer dizer que não sinta desejo: “*olha, eu não tenho. Não há, paciência! Quando tiver, terei a mesma reacção que tinha antigamente... pronto... sexo*”. No caso de Mariana a vontade e o desejo sexual também existem, e por vezes sente-se sozinha, mas a pessoa habitua-se.

Carmo sentiu nos últimos tempos uma diminuição de desejo e uma perda de interesse sexual. Não sabe se esta situação deriva da menopausa ou “*à falta de amor que se sente pelo parceiro que está ao nosso lado*”.

“... eu não sei se perdi por causa do companheiro que tenho se estimulada por outra pessoa não seria capaz de ser sexualmente mais activa ... .. mas a verdade é que perdi. Perdi muito interesse. Mas tenho a impressão de que... se encontrasse outro companheiro que era capaz de a coisa ficar boa! ... .. de qualquer maneira perdi um pedaço de interesse sexual, perdi, perdi. Perdi vitalidade e perdi interesse sexual. Com a menopausa.” (Carmo)

Carmo ficou um pouco abalada com esta situação:

“Custou-me muito, eu sentir que não tinha vontade... antigamente... tive sorte também com o marido que encontrei. Nós tínhamos relações com muita frequência e a muita frequência é... eu estava menstruada 5 dias... portanto, 25 dias por mês... pelo menos! Às vezes era repetido e portanto dava mais que as 25 vezes por mês. Mas menos que 25 vezes nunca havia! Portanto, nós tínhamos uma vida sexual muito activa!” (Carmo)

Paula confessa que “*ultimamente tenho rejeitado ... .. tenho feito assim um bocadinho... com estes problemas que tenho tido tenho feito um bocadinho de esquecida do sexo*”. Admite estar há muito tempo sem ter relações sexuais, mas afirma sentir-se bem assim, tal como a sua companheira. Paula esclarece que a sexualidade nunca foi algo a que atribuisse muita importância, existem outras manifestações de afecto que

valoriza mais (companheirismo, meiguice, carinhos): “*por exemplo eu tar sentada a ver televisão com a São, tar de mão dada ou dar-lhe um beijinho ou fazer-lhe uma festa eu para mim já fico satisfeita*”. Para Paula este desinteresse sexual não advém do facto de não se sentir atraída pela companheira actual, mas acontecimentos externos à relação (doença do pai e da mãe) fazem-na desvalorizar o acto sexual. Por outro lado, “e depois ... .. eu tomo montes de comprimidos... por causa da depressão e isso também, a nível sexual ... .. tira um bocado o apetite sexual”.

Cecília admite que, com o passar do tempo, e em virtude da sua actividade profissional intensa (“*trabalhar estupidamente*”; “*processo de trabalho absorvente e muito cansativo*”), a sua vida sexual sofreu alterações em termos de frequência, porém: “*em termos qualitativos acho que é igual, ou seja, tem sempre a mesma finalidade, obtém-se sempre o mesmo prazer, às vezes mais outras vezes menos, porque também essas coisas nunca são iguais. Todos os dias, não é?*” Cecília enfatiza que o importante não é ter relações sexuais muitas vezes mas que, sempre que se tenha, se atinja prazer. E esta obtenção de prazer está dependente da cumplicidade gerada com o parceiro, do que é bom para um e para o outro, assim como de uma predisposição para as mais variadas experiências. De acordo com Cecília existem razões subjacentes à sua falta de motivação sexual:

“... tive duas **mortes** muito difíceis ... .. uma sobretudo muito difícil de aceitar que ainda tá para mim um processo aberto e complicado, portanto, também entrei, digamos... há um certo **processo depressivo** do que estou a passar ... .. **Eu tenho muita consciência disso, portanto, é natural que, nestas circunstâncias, da profunda tristeza, a dor, etc., que a pessoa tenha menos vontade, tenha menos desejo (...)** Por isso, quando me pergunta: estou satisfeita? **Secalhar... não tou satisfeita com a minha vida, em geral, neste momento, porque não consigo afastar esta tristeza, não consigo descontraír completamente, quer dizer, e precisava disso...** Portanto, tem a ver com isso. **Agora, se tiver relações... acho que, acho que, o acto em si é satisfatório, posso é não tar tão disponível neste momento, ou não me apetecer tanto...** ou não tar disponível... são duas coisas... tá , tá a ver o que eu quero dizer? Não é dizer: «Ahh tem uma vida horrível...» Não, não é isso! Não. Se eu, secalhar, estivesse mais disponível, até tinha mais vezes... e quando tenho é bom.” (Cecília)

Resumindo, para as entrevistadas, **a sexualidade é fundamentalmente conceptualizada enquanto uma experiência a dois, onde a partilha, a cumplicidade têm lugar**. Este entendimento da sexualidade reflecte o mito presente na cultura ocidental segundo o qual “o sexo é uma experiência a dois” (Lopes, 1994: 120). Nenhuma menção foi feita ao auto-erotismo enquanto experiência sexual.

**A frequência sexual**, segundo a maior parte das entrevistadas, **tende a diminuir com a idade**. **A resistência física da mulher é menor e a sua sexualidade está dependente também da vontade e capacidade de outra pessoa**. Porém, o desejo sexual não diminui com a idade.

**As entrevistadas enfatizaram o aspecto mental da sexualidade e como a mente tem o poder de transformar, inibir ou soltar o corpo ou o sexo**. Mariana, Adélia e Carmo (pós-menopausa) afirmam ter sentido uma diminuição do desejo sexual após a menopausa, embora essa “frigidez” tenha desaparecido com o tempo. Mariana e Adélia estão actualmente divorciadas e não mencionam ter nenhuma relação afectiva e sexual no momento presente, embora ambas manifestem o desejo de ter um companheiro. Carmo é a própria a referir que se encontrasse outro companheiro era capaz de voltar a ter interesse sexual. Estas constatações tornam extremamente complicado averiguar até que ponto a menopausa, por si só, influi na sexualidade. As hormonas só por si não determinam o comportamento sexual (Choi, 1994: 128).

Vimos também como **a sexualidade, em idade mais avançada, é determinada pelo padrão de frequência da própria pessoa; e que quanto maior a frequência sexual menor será a probabilidade da mulher sofrer de atrofia vaginal e/ou perder o desejo sexual**.

## O corpo como “objecto de culto”

Dada a exaltação do corpo e a necessidade de o “trabalhar” nas sociedades contemporâneas, como experienciam as mulheres as alterações corporais associadas ao envelhecimento; darão importância aos conselhos promovidos pelos média, de promoção e conservação da jovialidade, ou aceitarão as alterações corporais com naturalidade, como uma consequência inevitável da idade?

No “universo” das entrevistadas verificamos uma profunda divisão entre aquelas que não se preocupam (Rosário, Ana Teresa, Carmo, Paula e Adriana) e aquelas que se preocupam (Ema, Madalena, Amélia, Adélia, Mariana, Cecília) com a aparência. De salientar que relativamente às entrevistadas para quem a aparência não é motivo de preocupação todas elas, exceptuando Adriana, encontram-se em situação de reforma (Rosário, Ana Teresa, Carmo) ou de desemprego (Paula). Portanto, o facto de passarem bastante tempo em casa fá-las preferir vestir algo mais prático e confortável. Por seu turno, todas as entrevistadas que se preocupam com a sua imagem são obrigadas a circular na esfera pública devido à sua profissão. Neste grupo, apenas Mariana está desempregada; porém, durante a semana faz algumas horas de trabalho numa loja de roupa.

**Com base nas declarações das entrevistadas podemos apontar algumas razões para a reduzida preocupação com a aparência: ter deixado de exercer uma actividade profissional** (Ana Teresa, Rosário), **passar mais tempo em casa/ “estar à vontade”** (Ana Teresa, Paula), **contenções monetárias** (Ana Teresa, Rosário), **desmotivação devido a problemas familiares** – doença dos pais (Paula), apatia/preguiça (Paula). Apesar de não terem grandes preocupações com a aparência (comprar roupa, ir a cabeleireiros, usar cremes) não deixam de fazer a sua higiene diária.

“Não muito. Não invisto muito. Não compro muita roupa, raramente vou a cabeleireiros... Faço a higiene normal e diária, o banho, hidratar o corpo, pôr creme na cara. Pinto o cabelo aqui em casa...” (Adriana)

Paula e Rosário salientam que, no passado, gostavam muito de se arranjar, “de se pintar”.

“Dantes todos os dias não saía de casa sem vir toda arranjada, sem me pintar, sem pôr rímel nos olhos... às vezes quando saio com as minhas amigas ponho base, ponho um bocadinho de baton nos lábios, ponho rímel, gosto de ir sempre com o cabelo arranjado...” (Paula)

Rosário confessa ter consciência de que devia arranjar-se mais, mas já não há a “*obrigação de sair*”, de “*obrigatoriamente se arranjar*”, pois encontra-se reformada. Existem regras que as pessoas obedecem quando trabalham e agora o seu contacto com o público é diferente. Paula mesmo quando sai à rua prefere andar à vontade: “*para fazer as compras e para tratar dos assuntos prefiro vestir um fato, uma camisola, mesmo que seja todos os dias igual*”.

Curiosamente, o aumento de peso, a gordura, parece ser uma preocupação generalizada para todas estas entrevistadas, excepto Carmo para quem são as rugas a fonte de tristeza. Portanto, quase todas demonstram um desejo de ser mais magras.

Rosário atribui o seu aumento de peso ao facto de ter deixado de trabalhar, mas também é consequência da histerectomia a que foi submetida e ao ter deixado de fumar. Segundo ela, este quadro foi o propiciador para o aumento de peso. Mas salienta que não se sente deformada e que gosta de si como está:

“Não me sinto mal, percebe? A minha imagem não é a imagem dos 20 anos mas também não sinto que esteja uma imagem assim muito má, percebe? E é assim, **eu acho que também o que conta muito é o nosso espírito e nós sermos bem-dispostos**, percebe?

Eu até podia ter uma casca muito bonita, desculpe lá a expressão! **Podia ter uma imagem muito bonita mas depois se não tivesse um bocadinho de sentido de humor, que eu acho que também é importante, se não conseguisse falar nada, também não valia a pena**. Não servia de nada. Portanto, eu acho que tem que haver um conjunto de tudo um pouco.” (Rosário)

Ana Teresa afirma sentir o seu corpo diferente. No seu caso, a maternidade impôs transformações de algum modo irreversíveis; a partir do segundo parto nunca conseguiu atingir o peso que tinha anteriormente. A transformação do corpo é uma inevitabilidade, mas Ana Teresa encara-a com naturalidade:

“Diferente. (...) pronto, em mais nova era magra e agora ... .. pronto, a gente vai, com os filhos, nascimento e não sei quê, a gente vai sempre... engordando e deformando o corpo ... .. **É uma ilusão as pessoas pensarem que quando têm filhos que ficam exactamente iguais, que nunca ficam iguais**. E, depois, se há estes problemas... logo.

Porque eu tive uma gravidez... e não foi perto. Foi 5 anos de diferença uma da outra. Podia ter, vá lá, recuperado na mesma como recuperei da primeira vez. Mas, da primeira vez era mais nova e, e com a idade as coisas vão-se modificando ... .. Eu acho que as pessoas têm que pensar que nós vamos evoluindo e as coisas vão-se modificando e o corpo também se vai modificando...” (Ana Teresa)

Se a preocupação com o corpo, e com o aumento de peso, é uma realidade para estas mulheres, poderemos indagar-nos se a prática de exercício físico constitui uma opção ou uma estratégia. Paula é a única que não pratica qualquer tipo de actividade física, embora tenha consciência que o deveria fazer. Este desejo é igualmente

manifestado por Adriana: “*mas devia fazer exercício... já pensei em fazer caminhadas... mas sozinha...*”.

Desde que se reformou Rosário pratica natação; Ana Teresa faz marcha e Carmo fazia, até há pouco tempo, 5 quilómetros de caminhada. Ana Teresa começou a fazer marcha há 5 meses por recomendação da sua ginecologista; esta aconselhou-a a fazer 40 minutos de marcha diários. Para Ana Teresa a prática de exercício físico é a melhor estratégia para quem quer emagrecer, assim como fazer várias refeições ao dia. Se tivesse começado a fazer exercício físico há mais tempo Ana Teresa acredita que nunca teria engordado tanto:

“Acho que, pelo aquilo que ouço muita vez de televisão e vejo muitos médicos a falar na televisão... Eles dizem que... ainda há pouco aquele médico espanhol... como é que ele se chama? (...) O Tallon. Ele disse: «*Cada um interprete à sua maneira aquilo que eu vou dizer mas uma coisa é certa... a pessoa que faz dieta mas que não faz exercício, engorda. A pessoa que come moderadamente mas que faz exercício, perde peso*». E eu acho que isso é muito verdade! ... .. É uma verdade que é muito, muito... que eu a mim, propriamente consegui perceber que era assim, porque logo que eu comecei a fazer o exercício, tive a curiosidade de ver o peso que tinha antes e... e pesar-me. E depois fui ver e: olha, perdi 1 kg!” (Ana Teresa)

Curiosamente quatro entrevistadas (Adriana, Rosário, Carmo e Ana Teresa) afirmam fazer da jardinagem uma prática quotidiana. A jardinagem, não sendo considerada uma actividade desportiva, permite exercitar o corpo, apaziguar a mente e juntar a família (no caso de Ana Teresa). A jardinagem e a caminhada têm um **efeito calmante** para Carmo:

“Gosto muito de jardinar... e então divido o meu tempo livre muito na jardinagem, obrigo-me, aliás, eu deixo a casa para poder fazer jardinagem! **Eu deixo o resto todo para poder ir para a jardinagem, creio que é como uma terapia... ocupacional a própria jardinagem.**” (Carmo)

“**outras vezes saio, ando, ando, ando, ando quando me irrita, quando estou muito irritada com o meu marido, muitas vezes, quando me zanga mesmo com ele... pego nos sapatinhos e ttsssstts! Á! Dou corda aos sapatos e ando um pedaço. Acalma tão bem, é tão bom! Acalma-me muito, mesmo.**” (Carmo)

Carmo é a única destas entrevistadas que se referiu às rugas como a contrapartida do envelhecimento. Há 7 anos atrás Carmo adoeceu gravemente devido a problemas de coração; foi nesta altura que começou a dedicar mais tempo a si mesma pois: “*eu envelheci em... em 15 dias envelheci imenso. Depois recuperei um bocadinho. Fiquei cheia de rugas porque a pele não estava a ser irrigada*”. Carmo indicia uma certa tristeza e pena quando fala das rugas; diz mesmo que tenta não olhar muito para o



espelho. Foi a partir desta altura que Carmo começou a usar um creme para as rugas, que parece ser aliás o único cuidado extra higiene diária que tem consigo.

Debruçemo-nos agora sobre as entrevistadas que revelaram uma preocupação com a aparência (Mariana, Madalena, Ema, Cecília, Adélia e Amélia). De entre todas estas entrevistadas aquela que revela uma maior preocupação com a aparência é Amélia.

Amélia começou a preocupar-se mais com a aparência quando *“começaram a aparecer as primeiras ruguinhas, nos cantos dos olhos”*, isto foi como que um “alerta”. Dos seus cuidados salienta:

“Então é assim... tento não mostrar os meus branquinhos, pinto com frequência vou fazer as minhas limpezas de pele duas vezes por ano, tenho os meus cremes de esteticista... que gasto muito dinheiro em cremes! Não consigo viver sem os cremes, o creme da noite, o creme d’ olhos, o creme do dia e da noite, o d’ olhos, o creme de pescoço porque se começa a ter... a pele mais flácida e é esses os meus cuidados, vou ao cabeleireiro com frequência, trato das mãos, trato dos pés, a minha depilação, não abduco da depilação todos os meses... e limpo a minha pele todos os dias antes de ir para a cama, desmaquillo-me, limpo, ponho o meu creme de noite, de manhã faço o mesmo, ponho o meu creminho de dia, trato de tudo o que eu ... .. também tenho tempo e acho que não consigo viver sem esses cuidados, acho que faz parte da higiene.” (Amélia)

As restantes revelam cuidados “normais”, “básicos”: higiene diária, hidratação do rosto e corpo, andar maquilhada, andar com o cabelo arranjado/ir ao cabeleireiro (*“O cabelo arranjado. Dá outro aspecto à senhora, seja ele qual for”* – Adélia).

Cecília procede a uma distinção entre os dias úteis e o fim-de-semana e, mais uma vez, constatamos como o trabalho impõe um certo número de normas de conduta e apresentação. Assim, é durante a semana que se preocupa mais com o aspecto físico, em andar mais arranjada: tem um maior cuidado com a escolha da roupa, e procura sempre *“uma maquilhagem que seja, que fique com ar natural mas que no fundo dá bom aspecto porque parece que não está mas afinal está, e tem outro brilho, mais formal, pois o contacto com o público assim o exige*. Ao fim-de-semana está mais desportiva, mais descontraída, e quase nem se maquilha.

Cecília detém-se longamente a falar dos critérios que subjazem à escolha da roupa. A decisão tem em conta o tipo e o estado da roupa. Existem roupas mais aconselhadas para ir para o trabalho e outras para o fim-de-semana ou para as férias. A escolha da roupa mais não é que um jogo, onde Cecília tenta ter um ar formal ainda que não excessivamente: *“procuro não dar um ar muito tradicional dentro de um certo tradicional (...) procuro fugir um bocadinho de um certo convencional. Dentro de um convencional sem querer ser muito convencional!* Cecília relata que, desde que começou

a dar aulas, percebeu que deve existir uma clara distinção entre o que é um professor e o que é um aluno e que esta diferença é mais facilmente construída se se fizer uso da roupa. A roupa é assim usada como suporte à construção de um papel social.

De salientar que Mariana procede a uma distinção entre a aparência física e o aspecto físico:

“... aparência é mais o que eu posso melhorar... roupa, cabelo... o aspecto... tem a ver mais com o corpo, com a pele... a aparência eu posso trabalhar... o aspecto é mais... difícil” (Mariana)

Mariana salienta que investe em si mas não a nível monetário, ela própria investe em si:

“Quando chegar à minha idade é que a gente tem que cuidar um bocadinho da imagem... o que é que nos fica bem, o que é que a gente parece ridículas e não parece ridícula. Há que ter uma meio termo também, não é? Não vou andar aí agora...” (Mariana)

Adélia afirma que desde sempre se preocupou com a sua imagem, mas salienta: *“e depois da menopausa tive... vá lá, um mesinho... mais ou menos... um bocadinho mais parada.”*

Todas estas entrevistadas afirmam sentir-se bem com a sua aparência física:

“Sinto... só posso... olho ao espelho e sinto que a minha cara mudou, tenho rugas de expressão, tenho rugas de idade, porque fisicamente, o resto do meu corpo, e interiormente, e no meu estado de espírito, tudo isso, nada mudou em mim. Eu sinto-me bem (...) como se eu tivesse 30 anos, não sinto mudança nenhuma, nenhuma. Só sinto mudança porque vou ao espelho e vejo que realmente tenho rugas de 53 anos como qualquer mulher tem. **Embora muita gente me diga que, eu não pareço que tenho 53 anos e... que estou muito bem e que fisicamente tomaria muita gente ter... o físico que eu tenho. Peso 55 kg com 53 anos. É um peso óptimo. Tenho a filha que pesa o mesmo que eu. Recebo muitos elogios, que realmente tou muito bem, que tenho muito bom corpo, que tenho boas formas, que tou muito bem.** Eu é que me sinto, no espelho, sinto que tenho, pronto... as minhas rugas, mas é só isso. Em todo o meu, em todo eu, eu só vejo rugas em mim que me diz a idade que tenho. De resto eu não tenho queixas...” (Amélia)

“... **eu até agora tenho conseguido manter um ar mais jovem do que sou**, em termos de idade, não é? Tenho consciência que... as pessoas olham para mim e não me dão a idade que eu tenho, e sempre que, que eu digo qual é a idade que eu tenho ficam sempre muito surpreendidas o que me leva um pouco, e genuinamente!... O que me leva a crer que eu tenho conseguido manter um certo ar jovem, jovem entre aspas, quer dizer... pronto... o ar que eu tenho não corresponde verdadeiramente à idade cronológica, não sei por quanto tempo isso vai... vai continuar, portanto também procuro que a roupa... mantenha, seja compatível com esse aspecto. Pronto. Agora é inevitável... a degradação do corpo, e da... o aparecimento das rugas, a flacidez, essas coisas...” (Cecília)

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

Cecília regozija-se pelo facto de, até ao presente, ter conseguido aparentar desde os seus 17/18 anos uma idade mais jovem que a real (distinção entre idade cronológica e biológica). Cecília adianta que talvez este facto derive de uma feliz conjugação genética, quer do lado materno (“*era tudo gente de boa pele, que não fazia rugas*”), quer paterno.

Cecília, tal como Ana Teresa, aponta para a **inevitabilidade da transformação do corpo**:

“É evidente que tenho consciência que, por exemplo, a nível do, do, do meu corpo... barriga, etc., não tem obviamente nem a lisura, nem a rigi, digamos a firmeza, de uma jovem de 20 anos. Pronto. E isso paciência!” (Cecília)

Ao contrário das entrevistadas que não revelavam preocupações com a aparência (Rosário, Paula, Adriana e Carmo e Ana Teresa), estas entrevistadas não se referem ao peso e à gordura enquanto realidades condicionantes do seu bem-estar físico. Nenhuma delas confessou sentir-se gorda, mas várias salientaram a preocupação em não engordar. Por exemplo, Cecília confessa que há pouco tempo fez um processo de emagrecimento natural e que:

“Eu tenho mesmo um problema que é o problema de ser gorda ou não deixar de ser gorda pronto. Devo dizer que essa é a minha única... A Mafalda [filha] acha então que eu sou completamente... sou uma anoréctica mental, como ela diz. Uma paranóica”.  
(Cecília)

Para algumas mulheres essa preocupação com a gordura esteve subjacente à decisão de praticar desporto (Ema, Amélia). Amélia pratica exercício físico há 13 anos; durante 10 anos praticou aeróbica, e há 3 anos começou a frequentar o ginásio. Neste momento vai ao ginásio 3 vezes por semana (“*tenho 6 horas de exercício por semana*”). Amélia começou a praticar ginástica por forma a controlar melhor o seu peso, embora tenha desde sempre procurado controlá-lo: “*houve uma altura em que eu fiquei assim com 5 quilinhos a mais e táva com dificuldade em os tirar e pensei em ir para a ginástica*”. O seu médico de família aprovou a ideia atendendo: à idade de Amélia, ao facto de ter a tensão alta e de ser uma pessoa com necessidade de expandir a imensa energia acumulada. O ginásio ocupa uma importância fundamental na vida de Amélia:

“e eu lá ando... encantada da vida. Adoro fazer exercícios. E depois descobri que adoro lá andar aos pulinhos e fazer exercícios, e fazer tudo aquilo... ainda por cima descobri depois que era uma das coisas que me realizava bastante. Chego a ter vício de ir para o ginásio!” (Amélia)

A prática de ginástica desempenha na vida de Ema um papel fundamental: é responsável pela boa forma/aparência física (“*acho que apesar de tar mais velha, a*

*aparência física agrada-me mais agora do que há alguns anos atrás*”), beneficia o seu plano mental e é fonte de prazer. Ema decidiu praticar ginástica há cerca de um ano por incentivo da filha e de pessoas amigas:

“... isso é uma das coisas que me agrada bastante... faz-me bem à mente, sinto-me... sinto-me muito bem porque **é um momento em que eu tenho que... é só meu... e vou com prazer realmente para a ginástica...**” (Ema)

Mariana, Adélia, Madalena e Cecília não praticam qualquer exercício físico. Mariana salienta que praticou durante muitos anos dança (dançava em discotecas), mas que o deixou de fazer, embora afirme que ainda é capaz de “*pular uma noite inteira na discoteca*”. Por vezes pensa em ter aulas de dança num ginásio, mas depois existe o problema de não haver sítio para praticar. Mariana afirma que não gosta de ir dançar sozinha e que para os “bailaricos das velhas” também não vai porque não se sente uma velha. Adélia entende que devia fazer ginástica pois sente-se:

“... presa... de pernas, de joelhos ... .. e mesmo de corpo. Mesmo assim o corpo ... .. Tou memo a pensar em ir fazer ginástica. Faz muito bem. Que nem toda posso fazer por causa do problema da coluna mas alguma que realmente que dá... Não faço todas mas faço alguma!” (Adélia)

Cecília deixou de praticar ginástica, actividade que fazia há 20 anos (2, 3 vezes por semana), desde que começou a trabalhar na Direcção Regional de Educação:

“... há uma coisa que eu deixei de fazer e que gosto de fazer que era ir à ginástica, fazer alguma actividade desportiva que eu neste momento não tenho tempo e as minhas costinhas coitadinhas estão a queixar-se!” (Cecília)

Todas as entrevistadas, quer as que não se preocupam com a aparência, quer as que se preocupam, afirmam que quando se arranjam é para agradar a si mesmas.

“Se eu me arranjo até para ir para a cama acho que é mesmo para mim. Se eu faço a minha depilação e passo o dia inteiro, anos de calças, ninguém vê se eu tenho pêlos ou não, mas eu não consigo estar sem fazer a depilação. Portanto, já... é realmente um sintoma de que eu me arranjo para mim.” (Amélia)

Amélia refere que, mesmo não saindo de casa, gosta de estar arranjada, maquilhada e perfumada. Esta posição contrasta com a de Ana Teresa que opta por “andar à vontade” em casa:

“Há pessoas que gostam muito de se arranjar durante o dia logo mesmo que não saiam... Não. Eu gosto de me arranjar e fazer a minha higiene mas nada de especial.” (Ana Teresa)

Cecília desconstrói a questão anterior e afirma que quando cuida de si, da sua imagem, fá-lo com o objectivo de agradar a si mesma, mas também aos outros:

“Eu penso que de certa forma nós fazemos, **se nós formos analisar porque é que nos arranjamos... por um lado, é porque gostamos de estar arranjadas, por outro lado, é sempre para agradar aos outros, de certa forma, nem que seja a um Outro abstracto, seja o mundo em geral! Quer dizer. Acho que no fim de contas as duas coisas estão implicadas.** Mas acho que fundamentalmente porque posso... Quer dizer, gosto de me arranjar...” (Cecília)

Não de um modo tão explícito como Cecília, mas também Amélia refere que, subjacente ao cuidar de si está sempre o desejo de agradar aos outros; Amélia afirma arranjar-se porque se preocupa, respeita e gosta de agradar às pessoas que vivem, trabalham e convivem consigo no dia-a-dia:

“Eu acho que também é muito agradável nós sermos bem recebidas num local de trabalho, e ninguém nos recusar porque estamos com o cabelo oleoso, porque cheiramos mal ou porque somos umas antiquadas e temos uma roupa tão... tão fora, tão fora do contexto de todas as colegas que trabalham connosco. E eu acho que isso é muito importante, para mim conta muito...” (Amélia)

**O envelhecimento é identificado**, pela grande maioria das entrevistadas, **como a perda de capacidade física e/ou mental** (Cecília, Paula, Madalena, Ana Teresa, Rosário, Adriana). Envelhecer é “**estar dependente de alguém**” (Adriana, Rosário), é **ter uma “vida inactiva”** (Adriana, Rosário) sem objectivos, mesmo que pequenos: “*uma pessoa só é velha quando não consegue tratar de si própria, quando está física e mentalmente incapaz*” (Madalena).

**O envelhecimento é ainda associado:** a uma **maior propensão para situações de dor e de doença** – reumático, dores nas articulações (Ana Teresa, Amélia, Ema, Madalena, Adélia, Carmo); a uma **deformação do corpo** – aumento de peso, flacidez, celulite, rugas, celulite, aparecimento de pêlos – (Rosário, Cecília, Paula, Amélia) e a **problemas de saúde** - falta de visão, surdez, calvice – (Mariana, Rosário). Estas parecem ser as definições/associações mais consensuais.

Para Rosário a surdez é um dos problemas que associa ao envelhecimento e que constitui fonte de preocupação:

“... uma das coisas que eu acho que as pessoas... são raras as que não ficam surdas com os anos. Mas eu acho que isso é uma coisa horrível ... .. eu acho que é uma das coisas que mexe um bocado com as pessoas. Esse é que é um factor de envelhecimento que eu acho que por acaso mexe ... .. as pessoas ficam alheadas um bocado do resto”. (Rosário)

A maior propensão para situações de dor e de doença assume-se como a grande preocupação para a maioria das entrevistadas quando pensam no envelhecimento. Algumas afirmam mesmo que não se preocupam com o envelhecimento (Ana Teresa, Ema, Paula, Adélia, Cecília) naquilo que ele tem mais de estético/externo ou imediatamente visível (as rugas, alguma deformação do corpo), todavia a doença e a dor são de facto o grande motivo de apreensão para todas as entrevistadas.

Ana Teresa associa o envelhecimento à sabedoria; e a sabedoria advém da experiência de vida, “*com a idade a gente aprende muito!*”. Segundo Ana Teresa a passagem do tempo faz as pessoas ficarem menos tolerantes com os outros e com o que dizem. Confessa que hoje já não tem problemas em dizer (ou demonstrar) o que pensa, evidenciando por vezes algum desagrado perante os outros. Ana Teresa tem mais facilidade em demonstrar o desagrado às pessoas da sua idade, ou com “a sua abertura”, pois às “*peças com 70 anos ou com 80, eu procuro nem magoar. Porque às vezes apetecia-me dizer certas coisas e não digo*”.

As anteriores associações de Ana Teresa estão em profunda discordância com as de Mariana. Para Mariana o envelhecimento não é sabedoria. Com o envelhecimento as pessoas vão desaprendendo:

**“... ao contrário do que as pessoas dizem que quanto mais velho mais se aprende eu acho que não é verdade. A gente quanto mais velhas a gente vai desaprendendo, não vai aprendendo. A sabedoria da velhice é muito relativa. É para aquelas pessoas que têm uma memória muito fértil, é para aquelas pessoas que não tiveram muitas preocupações na vida para criar os filhos, que não tiveram de trabalhar muito... é muito relativo”.** (Mariana)

Contrariamente a Ana Teresa, Mariana associa o envelhecimento a uma maior **tolerância:**

“A idade traz-nos... a idade, a única coisa que nos traz, eu acho, é mais tolerância, é mais amor pra dar, nunca à espera de receber, sabes? É dares e dares e dares e dares. Isso para mim, a idade tem-me trazido é dar, dar, dar! Amor às minhas filhas, amor aos meus netos, amor aos meus amigos... e mais tolerante com tudo e quase tudo. Isso é a única coisa que a idade me tem trazido.” (Mariana)

Paula, Ema e Rosário revelam alguma dificuldade em definir o envelhecimento e em chamar as pessoas de velhas. Ema considera a palavra negativa, desagradável e chocante para quem a ouve, “*velhos são os trapos*”, e assim opta por chamá-las de pessoas de mais idade; as pessoas de mais idade são então as de 70/80 anos.

A grande maioria das entrevistadas, ao falarem sobre envelhecimento, distingue de um modo muito claro o envelhecimento do corpo e da mente (Ema, Paula, Madalena, Rosário, Amélia, Cecília). Segundo Ema está na mão das pessoas não envelhecer:

“Porque penso que realmente se nós pensarmos não, eu não tenho tanta idade e posso realmente lutar contra isso e acho que a mente realmente comanda muito, e é isso que eu tento fazer, eu muitas das vezes esqueço-me a idade que tenho”. (Ema)

Paula procede igualmente a uma distinção entre o envelhecimento do corpo e do espírito; ou seja, as pessoas podem ter alguma idade e possuir já as marcas do tempo (por exemplo, os homens serem barrigudos), mas terem um espírito jovem, serem pessoas activas, que gostam de rir e brincar. Portanto, **ser uma pessoa activa parece ser o antídoto do envelhecimento. Não envelhecer é manter uma vida activa, com objectivos, nem que sejam pequenos, fazer coisas, fazer a vida normal e sentir que o trabalho é útil.** Por exemplo, Rosário não considera os seus pais velhos porque eles ainda são pessoas activas, mexem-se, são dinâmicos, vão para aqui e para acolá. Têm os traços mais vincados, mas de resto não estão assim tão mais velhos que ela. As próprias roupas que usam não os fazem mais velhos.

Estas entrevistadas (Rosário, Paula, Ema, Amélia e Madalena) procedem a essa mesma distinção quando se referem a si mesmas. Por exemplo, Ema refere que:

“... eu não me considero velha nem nada que se pareça, considero-me uma pessoa já não muito jovem mas não me considero velha porque continuo com uma grande força de vida e... realmente não me sinto velha.” (Ema)

A dissociação entre mente e corpo, levada a cabo pelas entrevistadas, deriva, de um modo consciente ou inconsciente, da conotação negativa que, social e culturalmente, o envelhecimento ainda tem. Nas palavras de Madalena: “*se o espírito é sempre jovem a idade não conta para se estar feliz.*” Mas o que quer dizer um “espírito jovem”? O jovem é sempre conotado com algo bom ou positivo, o velho com algo mau ou negativo.

As declarações de Mariana e Carmo, embora não tenham dissociado mente e corpo, evidenciam o negativismo subjacente ao envelhecimento no sentido em que evoca uma perda, quer seja de uma disposição psicológica, agilidade física ou até da própria vida. Mariana associa assim o envelhecimento à **tristeza** no sentido de se “*perder aquilo que se teve e que não se encontra nunca mais*” e à **solidão**. Ao invés, a juventude é alegria e agilidade.

“... **para mim uma pessoa velha é a tristeza.** É, para mim uma pessoa velha é a tristeza. É a gente saber que somos um estorvo, que somos um fardo, que fazemos chichi

na cama, fazemos pelas pernas abaixo, que estamos sozinhas, que... para mim, para mim velhice significa tristeza”. (Mariana)

Carmo não associa o envelhecimento à tristeza, mas o envelhecimento entristece-a, na medida em que o associa a falta de energia, falta de entusiasmo e cansaço:

**“Não ter o entusiasmo pela vida que tinha anteriormente, não ter a capacidade, sentir-me muito cansada,** por exemplo, eu gosto muito de viajar, as viagens cansam-me, chego ao fim já com vontade de chegar a casa e deitar-me. **Não ter a genica para me divertir, para brincar, para trabalhar como tinha anteriormente e sentir os problemas corporais que se sente,** seja... hum... **mais dores,** de manhã quando me levanto dói-me os rins, dói-me as costas, dói-me os braços, dói-me as pernas ... .. Custa a aceitar esse tipo de coisas!” (Carmo)

Mariana associa ainda a velhice à morte: *“a velhice é um passo para a morte”*. Quanto mais os anos forem para a frente mais curto é o futuro. O futuro é mais curto que o passado.

“Penso que cada vez o meu futuro vai encurtar mais e o meu passado vai ficando para trás... aquele passado que me deu muitas coisas boas na vida, e muitas coisas más, mas que eu gostei dele ... .. Mesmo assim.” (Mariana)

Mariana é das entrevistadas que relata uma maior apreensão face ao envelhecimento:

“Porque o envelhecimento para mim, para mim, para mim, pessoalmente ... .. acho que é, é ... .. pronto, **não gostava de ser velha, gostava de manter-me sempre assim. Porque eu sou uma pessoa muito sensível e as pessoas de idade... as pessoas com idade, as pessoas com a idade marcam-me imenso,** sabes... Ou porque eu já tenho quase, tenho meio século de vida, não é? **E então eu conheci pessoas que na altura tinham a minha idade... e eu hoje vejo-as velhinhas, acabadinhas e eu olho para elas e digo assim: «elas estão bonitas, mas onde é que tá aquela juventude, aquela alegria, aquela agilidade que as pessoas tinham quando eu as conheci?»** Vai acabando, por isso é que eu acho que a velhice tem sempre essa variante.” (Mariana)

Tendo em conta as anteriores declarações de Carmo e Mariana, assim como a dissociação estrategicamente elaborada por algumas das entrevistadas (Rosário, Paula, Ema, Amélia e Madalena) vemos como o conceito de envelhecimento é sinónimo de perda, tristeza e apatia; é uma condição em que já não se espera nada da vida, a não ser a morte. A temática da morte esteve aliás presente em várias entrevistas (com Adriana, Rosário, Ana Teresa, Adélia, Mariana e Cecília). Não nos podemos esquecer que por muito bem que a mulher esteja a nível físico, psicológico, social, económico, sentimental, etc. a morte é uma inevitabilidade da vida. E a morte é susceptível de estar



mais presente no pensamento e no próprio contexto da vida das mulheres. Algumas entrevistadas relatam situações de doença por parte de familiares - mãe (Paula), pai (Carmo); ou a morte de familiares: pai (Paula, Cecília), mãe (Adriana), genro (Adélia) e prima (Cecília). Nas palavras de Adriana, os 50 anos:

“não sei bem porquê mas marcou, no meu caso marcou, e coincidiu também com a morte da minha mãe o que me fez também encarar o envelhecimento e a morte... muito mais a sério.” (Adriana)

Existem entrevistadas que têm uma postura de alguma indiferença ou resignação perante a inevitabilidade da morte.

“Oh! A gente já sabe que tem de partir e não temos... Eu não tenho medo da morte (...) Eu acho que... as pessoas que acreditam... eu acho que isto é uma passagem. E então a pessoa pensa assim: “*Ah... tar aqui agora a fazer grandes conjecturas...*” (...) Ainda há dias... achei graça, porque a pessoa que estava a falar na televisão sobre a morte dizia assim: “*Nós desde que nascemos estamos a caminhar para a morte*”. E eu comecei a pensar naquilo e disse: realmente é verdade! A gente cada dia que passa, mais perto estamos do fim. Mas não ligo muito a isso ... .. Não. Tenho mais medo da dor do que propriamente... Pensar assim: “*Ah vou morrer!*” Pffttt! Não...” (Ana Teresa)

“O que é que a vida... Porque a gente também às vezes está aqui a matutar-se e depois de hoje para amanhã dá-nos uma coisa e morremos e no fim acabou. Pronto. Encantado da vida. Também lhe digo, a gente ter uma morte dessas é uma morte santa, não há problema nenhum. E não se chateia e não (...) Sou daquelas pessoas que... eh pá, não gosto de sofrer, mas não tenho problema nenhum em morrer. Não sei se está a ver... Não é que eu não goste da vida. Gosto. Mas, há aquelas pessoas que vivem com medo da morte e não sei quê. Eu isso não tenho medo, percebe? Agora, se me falar, se eu gostava de ter as dores como eu já tive. Não gostava, percebe? Aí é, mas de resto... Vamos lá, não gosto que ninguém morra e prezo muito a vida das pessoas, não sei está a ver... E eu própria. Mas... há pessoas que vivem com medo de morrer. Não!” (Rosário)

Face às conotações negativas do conceito e do processo de envelhecimento e à inevitabilidade da morte o ser humano, neste caso as mulheres, desenvolve então um conjunto de estratégias, de mecanismos de defesa, como a dissociação entre mente e corpo, por forma a melhor viver.

Para Cecília “*o envelhecimento do ponto de vista físico é uma inevitabilidade genética*”, faz parte da condição humana e:

“... não há rigorosamente nada a fazer... penso que, acho que nós não podemos intervir ... .. portanto, não vale a pena pensar sobre isso ... .. **E acho um bocado caricato, se quer que lhe diga, aquela luta de algumas mulheres que fazem contra o envelhecimento... com as plásticas, com isto e com aquilo... acho que é perfeitamente... patético do meu ponto de vista, porque é inerente à condição humana...**” (Cecília)

Cecília advoga a existência de um envelhecimento intelectual; este sim deveria preocupar as pessoas, e não o envelhecimento físico. Segundo Cecília uma pessoa cronologicamente jovem pode ser velhíssima do ponto de vista intelectual e assim verifica-se um envelhecimento precoce.

“... em que é que eu acho, em que é que se manifesta o envelhecimento precoce? Será **rigidificação de atitudes, de... de cabeça, de mentalidade, de ideias, incapacidade de mudar, de aceitar o novo, portanto, isso é que eu acho que é o envelhecimento, é essa incapacidade ...** ... acho que é muito mais preocupante, e aí é que nós podemos controlar, **é o envelhecimento ao nível de ideias, de atitudes... para mim... isso é que eu acho que a gente pode fazer qualquer coisa, não é? Podemos procurar não envelhecer nesse aspecto e acho que é o que vale a pena!**”

Rosário também salienta a inevitabilidade da deformação física e a frustração que advém da constatação de que os corpos “reais” não são como as “*figurinhas 5 estrelas*” veiculadas pelos meios de comunicação.

A maioria das entrevistadas encara de facto o envelhecimento estético/exterior com naturalidade, é uma inevitabilidade, não constitui em si mesmo uma fonte de preocupação, e algumas até afirmam não pensar no envelhecimento (Paula e Adélia).

“Agora o envelhecimento... por enquanto a mim, talvez seja derivado ainda à idade, ou porque... eu não penso muito, não me assusta, quando tiver que ser velha vou ser velha. **Quer dizer vou andando, vou andando, eu acho que até as rugas é sinal de... oh pá sei lá! É natural as pessoas terem rugas, é natural haver um bocado de celulite, porque é natural... faz parte do corpo humano, faz parte da vida da pessoa. Porque a pessoa não pode tar sempre da mesma maneira! É lógico, os anos vão passando... as preocupações da vida, o stress da vida, ahh tudo isso vai envelhecendo a pessoa, não é? Que é normal... Portanto, eu não vou assustar-me com uma coisa que é normal. Desde que eu me sinta bem comigo própria não estou nada preocupadíssima com isso.**”  
(Paula)

Para Madalena não existem diferenças no modo como os outros em geral avaliam o homem e a mulher à medida que envelhecem. Há uma tendência para discriminar as pessoas mais velhas independentemente do seu sexo:

“... mas quando as pessoas envelhecem há uma tendência para serem postas mais à margem, homens ou mulheres, tanto faz, embora nem todas as pessoas o façam, claro.”  
(Madalena)

Todas as entrevistadas consideram que uma mulher de 50 anos é vista pelos mais jovens como uma “**quase velha**” (Ema), “**uma velha**” (Amélia, Madalena, Adriana, Carmo, Rosário, Ana Teresa), “**muito velha**” (Paula), uma “**cota**” (Mariana), “**uma peça de antiguidade**” (Cecília), “**uma antiquada**” (Adélia), “**meia-idade**” (Cecília):

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

“... se pensarmos em abstracto como é que falam de pessoas de 50 anos penso que nos qualificam, classificam, como **peçoas de meia-idade** ... .. se ouvirmos falar de alguém de 50 anos, por exemplo, estamos a ouvir um noticiário ou qualquer coisa... 50 anos é uma pessoa de meia-idade, pronto penso que é assim. Se depois em relação à pessoas concretas como é que as vêem isso não faço a mínima ideia, mesmo.” (Cecília)

Ema salienta a ambiguidade que reveste o estatuto da mulher de 50 anos na sociedade; Ema confessa que no seu dia-a-dia não é confrontada com situações ou pessoas que a façam sentir-se velha.

“... se eu neste momento ficasse desempregada pois teria muitas dificuldades em arranjar emprego porque uma mulher de 50 anos é considerada velha para a sociedade. Mas pronto, para algum tipo de coisas é, para outro não.” (Ema)

Mariana e Paula afirmam não se preocupar com o modo como os mais jovens definem uma mulher de 50 anos. Aliás, é com as gerações mais jovens que ambas gostam de conviver:

“... não estou nada preocupada como é que eles me olham, **mas que eu gosto de conviver com a juventude eu gosto! Eles podem-me chamar cota mas eu não me importo nada.** Tou na boa, tou muito bem! Enquanto eu me sentir assim, bem perto dos jovens, perto de toda a gente, tanto do lado inferior, como do lado superior, eu tou no meio, sinto-me bem no meio... do lado dos mais velhos e do lado mais novos.” (Mariana)

“Agora já não sinto tanto, porque já tenho 50 e tal anos... mas **procuro ir a sítios onde há jovens. Eu não gosto de ir para sítios onde há pessoas da minha idade, gosto mais de conviver com jovens, sinto-me bem no meio dos jovens...** quer dizer, se entrar num sítio que seja assim mais... há sítios que uma pessoa vai e é assim mais frequentado por pessoas de meia-idade... 40s e tais 50s... mas não é muito o meu ambiente, eu gosto mais de estar ao pé dos jovens, 20 anos, 20 e tal, 30 anos, 18, brinco com eles, gosto, gosto mais.” (Paula)

Ana Teresa e Madalena partilham da mesma opinião quando afirmam que: para as pessoas com uma mentalidade mais aberta uma mulher de 50 anos ainda é uma pessoa capaz e, assim, a idade cronológica é relativizada:

“Não sei, não vejo nada de diferente... acho que... pronto, secalhar aos olhos de muitas pessoas uma mulher de 50 anos já está a começar a ficar velha, não sei... para outras pessoas com uma mentalidade mais aberta, acho que não ... .. Quando digo mentalidade mais aberta quero dizer pessoas que não vejam na idade um problema para viver a vida de uma maneira jovem, aproveitando o melhor de cada dia sem pensar que os anos pesam.” (Madalena)

Amélia, mais uma vez, associa a menopausa ao envelhecimento e a uma perda do valor enquanto mulher; segundo ela, os homens e os mais novos vêem consideram a mulher de 50 anos uma velha:

“... eu acho que as outras pessoas, não falando em mulheres, porque nós mulheres nunca podemos pensar mal dos outros porque chegamos lá. «*Ela tá velha porque eu também lá vou chegar*»... Mas acho que a parte masculina e os mais novos também vêem a mulher de 50 anos... **está a entrar na menopausa está a entrar na velhice! Já não presta para nada! Acho que sim, acho que para eles... perdemos um pouco, como eu vou dizer?... do valor de mulher, acho que sim...**” (Amélia)

Nenhuma das entrevistadas parece, porém, importar-se com o modo como são avaliadas/catalogadas pelas gerações mais jovens; esta despreocupação advém do que em muito foi a sua própria experiência pessoal, na medida em que também elas foram jovens e também elas rotularam de velhas as pessoas de mais idade.

**Na sua juventude a maioria das entrevistadas considerava as mulheres de 50 anos como “velhas”, “muito velhas”, “muito estragadas”, “a entrar na idade”.** Apenas Ana Teresa, Paula e Adélia quebram esta tendência. Para Ana Teresa as pessoas de mais idade sempre foram consideradas “*pessoas maduras, pessoas sabedoras*”. Paula e Adélia, talvez por privarem desde sempre com pessoas de mais idade, afirmam nunca ter feito juízos de valor acerca delas. Paula salienta que alguns dos seus amigos, apesar de mais velhos, tinham um espírito mais reinadio que ela própria.

Com base nos depoimentos das entrevistadas parecem-me evidentes alguns pontos de convergência. Em primeiro lugar, uma declarada **mudança de opinião entre o que pensavam em jovens e o que agora pensam face às pessoas de 50 anos** (velhas/não velhas):

“... acho que os 50 anos marca a altura em que a pessoa, pronto, entrou na menopausa e passa a ser velha, é esta a ideia que eu sempre tive ... .. agora que já tenho 53... acho que realmente não é nada assim”. (Amélia)

Em segundo lugar, a **constatação de que o tempo esbate as diferenças entre as gerações** (Rosário: “*o tempo faz diluir um bocadinho as coisas*”), pois as idades aproximam-se, e, assim, talvez as gerações mais jovens considerem, no futuro, a mulher de 50 anos como uma mulher madura (Carmo). Segundo Ema a percepção da velhice muda quando a pessoa entra na faixa dos 40 e tal anos. Cecília conclui que: “*quando nós somos muito novos, vemo-nos, vemos a partir de nós e então quem se começa a afastar muito da nossa idade parece mesmo muito mais velho*”.

Em terceiro lugar, a **percepção de que, no passado, as mulheres com 50 anos tinham um ar muito mais envelhecido que as mulheres da mesma idade nos dias de hoje:**

“Acima de tudo **eu tenho a impressão de que eram mesmo muito mais velhas do que nós somos agora, porque vestiam-se mais de preto, não brincavam, tanto, eu creio que as pessoas antigamente envelheciam mais depressa.** Depois eram capazes de estar velhinhas durante muitooooos anos, mas eu lembro-me de que havia uma, havia as velhotas à frente da minha porta e eu sempre as vi velhas, sempre (...) **Até que elas morreram, sempre as considereei pessoas velhas,** e no entanto vivi, vi-as durante 20 anos, que estive ali a viver, prái, elas sempre foram, acho que elas sempre foram velhas.”  
(Carmo)

“**Uma mulher com 55 anos era completamente velha! De lenço na cabeça, muito encorilhada, muito mal cuidada (...)** Hoje em dia com a medicina, a estética, tudo isso, as pessoas podem-se conservar durante mais anos, mais jovens, mais bonitas...”  
(Mariana)

“Eu acho que **via-as mesmo como velhas** (...) quando eu tinha uns 15, 16 anos, vivia, era nos anos 60, enfim, Portugal nos anos 60 não era a mesma coisa que os países europeus nos anos 60, não é? **Pelas razões particulares do nosso país, de qualquer forma, ahhh... as pessoas mais velhas, cá está, no tal vestir... o vestir era muito mais convencional, muito formal, e as pessoas ficavam com um ar muito envelhecido.** Portanto, eu olho para as fotografias das minhas primas, tenho primas mais velhas, mais de 7 a 13 anos, mais velhas que eu, e olhava para as fotografias em que elas tinham 20 e tal e pareciam mulheres muito mais velhas. Tinha a ver com o tipo de penteados, com o tipo de roupa, pronto.” (Cecília)

Em quarto lugar, **a roupa parece ter exercido, nas últimas décadas, um papel fundamental no esbatimento das diferenças entre as mulheres de diferentes gerações:**

“Hoje, diluíram-se, atenuaram-se muito mais as distâncias na roupa entre a, entre as mulheres e as jovens, podemos dizer que de certa forma nós vestimos praticamente todas as mesmas coisas, mais ou menos não é?” (Cecília)

Relativamente ao papel da roupa como factor de integração social ou de não exclusão geracional convém introduzir as declarações de Cecília, Mariana e Amélia. Estas entrevistadas enfatizam o medo de cair no ridículo mediante o uso de determinadas roupas, de algum modo interditas a uma mulher da sua idade:

“... é este tipo de roupa que elas agora muitas vezes usam, um determinado tipo de calças, mais... quer dizer, que uma pessoa mais velha, eu acho que no mínimo, fica um bocado caricato. **O que é que parece? Parece realmente uma velha, por muita plástica que tenha, a tentar imitas as... a tentar ser aquilo que não pode ser!** Eu acho que a ideia é essa, percebe?” (Cecília)

Ironicamente Cecília, com o acentuar da idade, considera as gerações mais novas cada vez mais jovens, considerando-as sempre mais jovens do que o são realmente.

Para Rosário as mulheres de 50 anos estão diferentes, têm um ar mais leve, arranjam-se, vestem-se de outra maneira, a postura mudou, já “*não tem aquele aspecto da velhinha, aquele estereótipo que havia dantes*”:

“O facto de se arranjarem, o facto de se vestirem de outra maneira. **Não há aquele estereótipo que havia da velhinha com o lenço na cabeça e não sei o quê.** Hoje já se vê pouco velhinhas com lenço na cabeça. Não! As pessoas hoje já têm um tipo diferente, mais leve, não é? E faz com que não pareçam tanto, tão velhas, ou, ou... que não pareçam tanto a idade que já têm, não é? Eu acho que isso faz com que as pessoas não lhes dêem... Quem está de fora não ponha um peso tão grande na idade de quem está do outro lado, percebe? Eu acho que é um bocadinho mais aligeirado, nesse sentido.”  
(Rosário)

As questões alusivas ao envelhecimento foram bastante profícuas, mas difusas. As entrevistadas, quando convidadas a pronunciar-se sobre se o envelhecimento é pior para o homem ou para a mulher, remeteram as suas respostas fundamentalmente para as preocupações com o envelhecimento (Paula, Rosário): qual dos dois sexos se preocupa mais com o envelhecimento, e não qual dos sexos envelhece mais e porquê.

O processo de **envelhecimento é pior para o homem** na opinião de Ana Teresa e Mariana. Ana Teresa atribui relevância à maternidade e ao parto e à forma como dota a mulher de uma maior força e maturidade. Mariana, partindo do seu próprio contexto e experiência actual (vive sozinha), refere a autonomia da mulher ao longo da vida e assim à sua maior capacidade para lidar com a velhice e a solidão.

“Os homens se calhar quando se sentem velhos ou que lhes venha a doença são mais... mais mariquitos, mais miudinhos. Têm mais medo. **As mulheres estão mais preparadas para envelhecer.** Eu acho que a mulheres, porque já passaram, por exemplo... Os homens não têm o problema do parto e isso... amadurece muito. Eles com qualquer dorzinha ficam aflitos. E quem já passou por outras coisas tem outra calma.” (Ana Teresa)

“... **porque eu vejo os homens com mais idade sentirem-se mais sozinhos porque a mulher foi habituada a cuidar-se, a fazer a sua vida, a ter as suas companhias, o homem não, o homem é do tipo mais maltês,** alguns não sabem... coitados fazer uma comida, não sabem passar uma peça de roupa a ferro. Eu pessoalmente acho que será mais penoso para o homem, não é? Que eu não tou na pele deles... mas é o que eu acho.”  
(Mariana)

Adélia é a única entrevistada que considera que **a mulher envelhece mais rapidamente**, pois é a ela que trabalha mais e tem mais preocupações (fora e dentro de casa), e estas duas realidades determinam um envelhecimento mais precoce. Segundo Adélia, o homem é mais bem estimado, chega a casa e está tranquilo: “*chega a casa do seu trabalhinho, tá descansadinho, janta, tá sentadinho na sua sala, não se rala com*

*mais nada e nem preocupações pa comer nem nada*”. Porém, Adélia salienta que existem homens que podem envelhecer (mental e fisicamente) mais que as mulheres, e assim a sua portura é ambígua:

“... é o stress que o homem também por vezes levam, depois chegar a casa não há aquele carinho que deviam ter, certos casos, porque... há ... .. Pronto e não estão bem na vida! E isso faz o homem envelhecer muito ... .. E muito triste a pensar no seu dia-a-dia... quando chega a casa, o que é que vai dar com a mulher... pronto, sempre a ralhar com o homem... O homem também sente ... .. Se não tiver um bocadinho de estimaçãõ e de carinho, também sente. Envelhece, envelhece ... .... Sim senhora.” (Adélia)

De acordo com esta definição o envelhecimento do homem está dependente da mulher, do amor desta, se esta o estima ou não. As razões que para Adélia fazem com que a mulher envelheça mais (excesso de trabalho) são as que fazem o homem envelhecer menos (estimação).

Para Madalena, Carmo, Adriana, Ema, Cecília e Amélia o envelhecimento é semelhante para os dois sexos. Ema acredita que não é o sexo das pessoas que influi no processo de envelhecimento, mas sim a mente e o modo como se sentem perante a vida.

“Ninguém gosta de sentir as fraquezas do corpo ... .. nós envelhecemos mais ou menos da mesma maneira, eu não creio que haja grandes diferenças, acho que não, não sei, nunca pensei nisso, mas **acho que os homens também sentem, sentem dificuldades sexuais como nós sentimos, sentem fisicamente que as coisas também não estão bem como estavam anteriormente**, e então eles disfarçam procurando miúdas mais novas para ver se conseguem excitar-se, mas é só para se disfarçar que são novos, de resto sofrem a velhice como nós sofremos, acho que é muito semelhante! **Não vejo grandes diferenças...**” (Carmo)

Cecília, Adriana e Ema, apesar de considerarem que o envelhecimento é similar nos dois sexos consideram, tal como Paula e Rosário, que **o envelhecimento físico preocupa mais as mulheres**, *“porque as mulheres gostam sempre de se sentir bonitas... elegantes... querem ter sempre aquele espírito jovem!”* (Paula).

“... se falar no exterior, eu acho que para a mulher, percebe? Eu não sei... não sei... cada caso é um caso. Eu também acho que cada caso é um caso. É verdade. Porque há homens que não aceitam, nem aceitam ficar carecas, nem aceitam ficar... Pronto, há homens que... têm... sei lá, eu acho que a auto-estima deles vai muito abaixo se realmente notarem, especialmente o cabelo que é aquilo que é o pior. Mas, eu acho que as mulheres é pior. Especialmente mulheres... olha então... senhoras que têm problemas de calvice... isso então!” (Rosário)

Cecília salienta o facto de a sociedade portuguesa ser ainda uma sociedade sexista, onde o valor da mulher passa pela sua beleza (*“a mulher era suposto sempre ser*

*um objecto muito bonito*”), portanto é provável que as mulheres sintam mais que os homens o declínio do corpo:

“... por razões, eu acho que por razões meramente... sociais ... .. Daquilo que... da maneira que elas foram muitas vezes criadas, educadas para considerar que elas valiam pela sua imagem, não é? **Quer dizer, quando uma mulher é muito educada e interiorizou completamente que o que ela vale tem a ver com a sua imagem e quando essa imagem física se degrada deixa de ter tanto valor... isso, digamos... e sobretudo para ela deixa de ter valor porque o valor dela, no fundo, está um pouco nos olhos dos outros, não é?** Quando uma mulher, e **admito que muitas mulheres ainda para elas... o seu valor tem a ver um bocadinho, digamos... depende da apreciação dos outros sobre ela, do ponto de vista físico, então elas preocupam-se com o envelhecimento, não é?** Admito que isso seja assim.” (Cecília)

Para Ema, ao contrário de Cecília, são as mulheres que impõem a si mesmas preocupações de ordem estética, e não é tanto a sociedade que o exige. Resta saber se as mulheres não o fazem porque inconscientemente interiorizaram que o seu sucesso na esfera pública advém da sua boa aparência.

Cecília, Paula, Amélia, Carmo e Rosário entendem que, **no caso do homem, é o envelhecimento sexual que constitui motivo de preocupação** (Paula, Cecília, Amélia, Carmo e Rosário) e **problema** (Paula, Amélia, Carmo e Rosário). Cecília, Carmo e Amélia detêm uma posição similar na medida em que primeiramente consideram o envelhecimento igual para os dois sexos, mas depois procedem a algumas distinções. Cecília como vimos considera que apesar de similar as mulheres preocupam-se mais com o envelhecimento estético e os homens com o envelhecimento sexual. Porém, para Carmo e Amélia os homens são realmente os mais prejudicados no plano sexual com a passagem do tempo.

“Eu acho que a maior parte das pessoas sabem muito bem que os homens têm também a sua, andropausa ... têm a sua idade de envelhecer, sexualmente também, como nós (...) eles também (...) falando sexualmente têm uma perda bastante grande. **Eu acho que perdem mais os homens com a andropausa, a nível sexual, mais que as mulheres. Mas isso está provado! Que eu já comentei isso com o médico...** e ele também diz que sim ... .. mas o meu médico disse que sim, que **as mulheres têm muito mais facilidade de manter o seu prazer sexual e não se vão, não perdem essas sensibilidades... e o homem não, o homem precisa de estar mais homem, de ter ... .. de estar no seu auge... de erecção... para poder fazer o seu acto sexual... é muito mais difícil eles conseguirem isso e uma mulher, se estiver bem-disposta, consegue atingir o seu prazer sexual quando, pronto... quando a dois se conseguem...** não é a menopausa que tira... se, não é a menopausa como quem diz... se a pessoa já tiver os seus 60 anos e que não tenha sido tratada pronto pode também perder e acho que sim, mas o homem tem mais, fica mais sensível a isso, sexualmente.” (Amélia)



A postura de Carmo merece ainda uma maior explanação. Por um lado afirma que os homens e as mulheres têm um envelhecimento sexual similar (“*eles envelhecem da mesma maneira que nós*”), e o que distingue os homens das mulheres é o maior constrangimento em abordar a sexualidade e os problemas sexuais:

“Acho que é o medo de não serem tão homens, de serem considerados menos homens, creio eu ... Os homens... A verdade é que não se abrem sobre esse aspecto ... eles não se confessam tão facilmente como nós... e creio que há ainda, mesmo a nível médico e tudo, fala-se muito da menopausa e dos problemas da menopausa mas não se fala da andropausa, não se fala dos problemas dos homens... parece que... eles não têm problemas? Aparentemente parece que não têm. Porque não se ouve uma conversa dessas na televisão, não se ouve nos médicos, não se ouve nunca!” (Carmo)

Por outro lado, apesar da sinuosidade das declarações de Carmo creio que é legítimo entender que, para ela, o envelhecimento sexual é uma realidade mais forte para o homem:

“... e tão graves como nós e custa-lhes, dói-lhes tanto como nos dói a nós ou talvez mais porque a eles é o ... **nós... melhor ou pior, com prazer ou sem prazer, conseguimos ter relações sexuais. Eles é que se não tiverem uma erecção dificilmente têm prazer sexual**, embora, também sei, que eles são capazes de se estimular com menos, com menos força que anteriormente, mas conseguem também... retirar algum prazer, mas a maior parte das vezes eles sentem-se é frustrados por não conseguirem a erecção, porque querem sempre mostrar-se homens, e então, sentem frustração por não o conseguirem mostrar à companheira com quem estão.” (Carmo)

Cecília salienta que até há bem pouco tempo as preocupações masculinas em relação ao envelhecimento estavam mais ligadas à dimensão sexual, ao desempenho sexual, à virilidade. Mas hoje em dia o envelhecimento físico também parece constituir um problema para os homens, traduzido na ida a ginásios e em dietas de emagrecimento. Ema aponta também para esta tendência; segundo ela, a sociedade actual constrange mulheres e homens, de igual modo, a preocuparem-se com a aparência física. Cecília refere que há 20 anos atrás esta era uma realidade impossível. Porém, a sociedade têm sido palco de mudanças ao nível dos comportamentos, do que é ou não socialmente aceitável; as questões relativas ao corpo e à aparência tornaram-se também objecto de preocupação para os homens (homossexuais ou não). A publicidade de produtos de higiene masculina anunciada em revistas traduz esta tendência. Cecília salienta a possibilidade de, no universo masculino, serem secalhar os homossexuais os mais preocupados com o corpo; e traça o perfil do consumidor de produtos de higiene: homens das gerações mais novas, urbanos, com uma determinada formação académica.

Cecília entende que a origem de classe é determinante embora não especifique qual a classe social cujas preocupações com o corpo seriam mais prementes.

Face à questão: o envelhecimento é mais penoso para o homem ou para a mulher, as entrevistadas remeteram, nas suas respostas, para vários aspectos do envelhecimento e a sua comparação torna-se difícil na medida em que versam coisas diferentes. Porém, parece-me possível proceder a uma síntese. O envelhecimento foi compartimentado e as entrevistadas falaram de: envelhecimento físico (nomeadamente envelhecimento estético/exterior), mental, intelectual e sexual. O envelhecimento, enquanto conceito e processo, reveste, para a grande maioria das entrevistadas, uma conotação negativa ainda que o demonstrem de um modo inconsciente.

**Qual dos sexos envelhece mais depressa? É impossível extrair uma tendência, cada caso é um caso, mas a inclinação é para as entrevistadas afirmarem que o envelhecimento atinge de igual modo quer homens, quer mulheres (envelhecimento real). O que me parece notável é a divisão de género que algumas entrevistadas efectuem nas preocupações com o envelhecimento (envelhecimento percebido).** Assim, **as mulheres preocupam-se mais com o envelhecimento físico** (a sua aceitação social e valorização passa pela aparência) **e os homens com o envelhecimento sexual** (a ideia do “macho viril”). “Impotência, em termos etimológicos, significa falta de poder, ou seja, a qualidade pessoal e sexual do homem é avaliada por sua função eretiva” (Lopes, 1994: 88). No que concerne ao envelhecimento sexual parece-me consensual que para as entrevistadas entendem que são os homens que envelhecem mais a nível sexual.

**O corpo transforma-se com a idade. Esta parece ser uma premissa que a maioria das entrevistadas entende como verdadeira.** As rugas, o aumento de peso e a flacidez podem causar alguma tristeza, mas nenhuma entrevistada revelou possuir um sentimento de frustração perante tal facto. Nenhuma afirmou sentir-se mal com a sua aparência, mesmo as que revelaram desejar ser um pouco mais magras. Mas nestas mulheres, este desejo não as levou a mudar radicalmente os hábitos alimentares nem a praticar desporto de uma forma intensiva. Estes dois cuidados, quando existentes, são também o resultado de uma preocupação com a saúde, uma forma de prevenção.

**A transformação do corpo é encarada com naturalidade para a maioria das entrevistadas.** Assim sendo, os conselhos promovidos pelos média de promoção da jovialidade e exaltação do corpo não fazem eco na sua consciência. É claro que algumas

## **Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social**

entrevistadas (Amélia) tentam contrariar a tendência da transformação do corpo e, se esse esforço não é de agora, provavelmente nunca tiveram motivo para sentir frustração.

O envelhecimento estético não preocupa as entrevistadas, o que as preocupa é a perda de faculdades físicas e mentais no sentido de não serem autónomas e dependerem de terceiros para fazer a sua vida. Essa é a marca do tempo.

## O controlo do corpo

A menopausa constitui-se como um processo dotado de complexidade na medida em que remete para várias dimensões (física, psicológica e social) cujas fronteiras nem sempre são rígidas, mas ao invés flexíveis e ténues. Por conseguinte, apesar de *O Verão Indiano* ser uma abordagem sociológica ao estudo da menopausa, e assim brotar no seio de uma específica ciência, houve a necessidade de procurar e integrar as contribuições de outras áreas do saber, em concreto a medicina e a psicologia. Este ecletismo não é sinónimo de uma falta de coerência, muito pelo contrário, discutir a menopausa somente à luz da sociologia revelar-se-ia difícil e arriscado, porque redutor. Aliás, desde a década de 80, do século passado, que as fronteiras entre as diversas disciplinas, particularmente entre as ciências sociais e as humanidades, tendem a esboroar-se.

Tentar resumir o que até aqui foi dito revela-se uma tarefa ciclópica, até porque foram tecidas conclusões à medida que os resultados foram analisados. Detenhamo-nos então nos aspectos que me parecem mais relevantes.

A medicina ocupa, em todas as sociedades, um papel de inestimável valor e prestígio. A medicina (e os seus profissionais) lida em primeira instância com aquilo que de mais valioso o ser humano possui: a vida. Neste sentido, na preservação da vida e no combate à enfermidade, ou a situações a ela conducentes, o ser humano deposita nos médicos o seu corpo e a sua vida. No entanto, conforme foi mais atrás demonstrado, a benevolência, a neutralidade e a objectividade da medicina começam a ser cada vez mais questionadas à medida que o “olhar clínico” se debruça sobre populações saudáveis e medicaliza comportamentos e estados como se de doenças se tratasse.

A menstruação (síndrome pré-menstrual), a gravidez, o parto (depressão pós-parto) e a menopausa são definidas pela medicina como estados de “maior vulnerabilidade” que devem ser vigiados e controlados pelos seus profissionais de modo a proporcionar à mulher uma maior qualidade de vida. Em termos práticos este desejo de proporcionar uma maior qualidade de vida às populações abre espaço a que a medicina invada os corpos independentemente do seu estado (saudável/doente) e, assim, se torne ainda mais poderosa e proporcione à indústria farmacêutica, sua aliada, lucros cada vez maiores. Esta tendência da medicina tem sido alvo de críticas por parte do movimento feminista que a acusa de, desde a sua institucionalização, continuamente servir os

interesses de uma sociedade patriarcal e de orientar a sua conduta segundo preconceitos misóginos que visam o afastamento da mulher dos órgãos de poder e decisão. Porém, vozes dentro do movimento feminista têm chamado a atenção para: a **possibilidade das mulheres não serem um elemento passivo face ao poder da medicina, mas serem um elemento de contra-poder**, e assim a relação entre médico/paciente ser caracterizada pelo conflito e pela negociação; para a **possibilidade das mulheres entenderem como benéficos os constantes avanços da medicina e a sua “intromissão” em esferas cada vez maiores do corpo feminino**; e a **possibilidade das mulheres exercerem um auto-controlo sobre os seus corpos e o dos outros**. Esta última ideia deriva da consagração da saúde como um bem e um direito universais; assim sendo, todas as medidas que visam a sua protecção devem constituir a preocupação e objectivo de cada indivíduo. Iniciativas que visam o encorajamento dos indivíduos a mudar comportamentos considerados de risco (fumar, não praticar exercício físico), dando-lhes a conhecer os riscos implicados nesses comportamentos, são socialmente valorizadas. A saúde passa a ser uma obrigação moral do indivíduo consigo mesmo e com os outros e, assim, consciente e/ou inconscientemente ele exerce um poder disciplinário sobre o seu corpo (auto-regulação) e sobre o dos outros. Estas relações de poder são invísíveis e dispersas e podem ser voluntaria e continuamente perpetuadas.

A incerteza está entranhada em cada pedaço dos corpos e é essa incerteza que impele os indivíduos a procurar a medicina quando não existem situações de dor ou desconforto, em consultas periódicas ou exames de rotina, porque o corpo pode estar silenciosamente a degenerar em algo perigoso. No entanto a “dor” (anormalidade) continua a ser a grande determinante do recurso dos indivíduos ao sistema médico. É a ausência de dor (normalidade) que tem determinado a recusa de Paula e Adélia em se submeterem ao “olhar clínico”. No entanto esse elemento de “secreta incerteza” está presente quando Paula afirma que:

“De resto até hoje... **eu sei perfeitamente que preciso de ir ao médico...** porque é muito natural... mas quer dizer em relação à menopausa não sinto absolutamente nada! ... .. **mas lá ir ao médico ainda não fui, porque eu vejo que tou... quer dizer, eu não vejo em mim vantagem para ir ao... ao ginecologista... devia de ir para fazer exames, mas como não sinto nada... nada de anormal que não se tivesse passado aos 30 e tal anos**, por aí fora, vejo tudo normal ... .. e de facto ainda não fui mas eu tenho que ir, não é? Tenho que ir que é para fazer exames e para falar com ele...” (Paula)

A medicina aparece como que se de um “mal necessário” se tratasse, particularmente na fase da vida em que estas mulheres se situam; alterações na fisiologia

do corpo serão na meia-idade diferentemente interpretadas do que se se manifestassem na juventude. O corpo torna-se mais vulnerável à medida que o tempo passa:

“... para ir ao ginecologista novamente, porque **na nossa idade temos que andar sempre vigiadas**. Infelizmente tem que ser... que aparecem coisas que a gente tá sempre com medo...” (Adélia)

“Não tenho notado nada, **o que não quer dizer que não precise de ir ao médico que já tou com uma idade para ir ao médico dizer: “Sr. Doutor, eu tenho 52 anos o período continua-me a vir, eu pretendo saber se de facto é preciso tomar alguma coisa, se não é preciso tomar alguma coisa”**. Ainda não fui porque tenho uma fobia aos médicos... uma coisa incrível!” (Paula)

Creio que dificilmente as mulheres terão consciência, quando recorrem ao sistema médico, das relações de poder que o movimento feminista lhe reconhece com a sociedade patriarcal. Quando falam sobre menopausa o discurso das entrevistadas é, com maior ou menor grau de apuramento, o discurso da medicina, mas também foi a medicina que criou a designação de “menopausa” e todo o “quadro sintomatológico” que lhe associa. **E o poder da medicina é este mesmo: o do seu discurso invadir o nosso discurso, naturalmente, pois a medicina é identificada com a verdade. Este discurso é usado estrategicamente para atingir determinados fins e é contextual; a linguagem não existe num vácuo mas está envolvida em contextos sociais, políticos e históricos.** O discurso está impregnado de valores morais. Assiste-se a um cada vez mais forte reconhecimento de que a linguagem e o discurso constituem e suportam a ordem social e as noções de realidade. E são os indivíduos os principais canais por onde a cultura é falada, apresentada e construída.

**A penetração do discurso médico no discurso corrente é facilitada pelos órgãos de comunicação social que lhe dão cobertura e protagonismo.** Os média, assim como outras instituições, são usados para sustentar a posição de interesses instalados e grupos sociais. As entrevistadas que orgulhosamente referem procurar informar-se sobre a menopausa destacam a televisão e as revistas especializadas como fontes privilegiadas de informação. Mas de facto estes dois canais estão permeados pelo discurso biomédico que se faz assim veicular por via indirecta.

Tendo em conta o trabalho empírico verifica-se que as entrevistadas interpretam a própria menopausa de maneiras muito variadas denotando-se assim uma não total correspondência com o discurso biomédico. Ou seja, para o discurso biomédico a menopausa corresponde ao último período menstrual o qual só pode ser definido

retrospectivamente mediante 12 meses de amenorreia, constituindo-se assim como um evento específico. No entanto, algumas entrevistadas entendem a menopausa como um estado permanente como se a sua vida fosse caracterizada pela menstruação e, na ausência desta, pela menopausa. Vários são os testemunhos que dão conta do carácter ininterrupto da menopausa:

“E eu sei, por alguns exames que já fiz médicos, e por algumas conversas que tive com a minha médica, que sou capaz de vir a ter uma menopausa um pouco precoce. Uma vez como já lhe disse tenho 47 anos, **normalmente a menopausa começa a partir dos 50...** e tais anos!” (Ema)

“... mas se a pessoa se cuidar entrando, **antes de chegar a menopausa** se cuidar, eu acho que ela consegue recuperar uns bons anos e não mostrar nem ter aquela decadência de que alguém tem **quando entra na menopausa**. Porque eu sei que há muito gente que se **deixa entrar na menopausa...**” (Amélia)

A menopausa está assim sujeita a um amplo grau de interpretação por parte das mulheres que a experienciam, e não está totalmente sujeita a definições médicas. Ana Teresa, embora ainda seja menstruada, fala de si como se já tivesse a menopausa:

“... talvez aí quando fiz os 40 anos, quando eu fiz os 40 anos senti a modificação maior **do que hoje sinto com a menopausa**. Senti uma diferença tão grande!” (Ana Teresa)

“Tal qual normal... a minha vida sexual é normal, em relação àquilo que era **antes da menopausa**.” (Ana Teresa)

Portanto, há que considerar a hipótese das mulheres se definirem a si mesmas como estando na menopausa caso haja alguma mudança (irregularidade menstrual) no seu padrão normal de menstruação, ao passo que a medicina entende a menopausa como um evento muito específico.

De salientar também que duas das entrevistadas (Ana Teresa e Amélia) referiram-se à dificuldade, por si experienciada, em deter uma efectiva compreensão do vocabulário médico:

“Até porque eu acho que quando eu tenho dúvidas e não sei e há palavras, aqueles vocabulários de médico... eu apanho a palavra mas também gosto que ma traduzam em pormenor, o que ela quer dizer...” (Amélia)

Portanto, para além da menopausa ser apropriada pelas mulheres em termos (linguístico e conceptual) que não os definidos pelo discurso biomédico, verifica-se, mediante as entrevistas, que **a relação entre estas mulheres e a medicina não se pauta**

**pela completa passividade, mas que elementos de conflitualidade e negociação podem estar presentes nessa relação.** O caso mais flagrante acontece com Amélia.

Como vimos, Amélia é a entrevistada que mais tenazmente defende a THS; no entanto, não aceita a decisão e o conselho da sua médica ginecologista quando esta a adverte para a necessidade de proceder à remoção do seu útero e dos ovários devido à existência de miomas. Esta cirurgia ditaria o fim da menstruação de Amélia, e é esse desfecho que tenta evitar a todo o custo. As declarações de Ema, Adriana e Cecília (todas na pré-menopausa) indiciam que a sua aceitação em fazer a THS passará por uma avaliação, com os respectivos médicos, dos seus custos e benefícios. No entanto, a competência do respectivo médico, e a confiança e a deferência nele depositadas, é evidente em todas as entrevistadas; este reconhecimento da assimetria de competências e poder deriva da certeza de que se está perante alguém que estudou e se formou em determinada área.

**Porém, há que reconhecer a possibilidade das mulheres construírem a sua representação e vivência da menopausa recorrendo a uma multiplicidade de fontes e discursos. As pessoas constroem o seu entendimento sobre o mundo e as suas crenças a respeito da medicina através da sua interação com os outros e da sua própria experiência pessoal.**

Existem factores externos que influenciam o comportamento dos médicos e dos pacientes; ambos têm relações fora desse encontro que afectam a sua actuação. No caso das entrevistadas, **a partilha de experiências com outras mulheres é notória e pode por vezes contrariar uma decisão ou um conselho médico**; por exemplo, Adélia deixou de fazer a THS quando alertada pela sua irmã de que essa terapia poderia implicar um aumento de peso. Também Ana Teresa deixou de tomar um medicamento aconselhado pelo seu médico com medo de engordar; esta decisão resultou de conversas com outras mulheres que, também elas, notaram um aumento de peso com a ingestão do tal medicamento para a osteoporose. Ana Teresa, para além de ter deixado de o tomar por iniciativa própria, procurou ainda um outro médico. Ana Teresa confessa igualmente que somente fez contracepção (pílula) entre as duas gravidezes: *“controlo! Sei os dias. Pronto... Só por isso. Nunca tomei nada (...) Nunca fiz nada. E pronto. Consegui sempre equilibrar, de maneira que... Só quis ter aquelas duas e consegui.”*

Os anteriores exemplos servem de mote para referir que, **nas situações onde não existe risco de vida, a mulher tem uma maior liberdade para não aceitar de antemão as sugestões do seu médico, contrariar essas soluções e até procurar outros**



**médicos cuja actuação esteja mais em consonância com os seus desejos. Os médicos são objecto de avaliação por parte das entrevistadas.**

**A medicina convencional pode ainda coexistir com as medicinas ditas alternativas.** Rosário refere que, em virtude de uma dor nos braços, tem:

“... ido ali a um senhor que me tem tádo a fazer massagem aqui assim e eu tenho tádo melhor. Às vezes também punha aqui uns cremes e tal mas não eram suficientes e tenho andado melhor.” (Rosário)

A medicina permanece uma importante instituição de controlo social, mas o mais notável é que o seu poder se disseminou e não reside somente em instituições concretas e junto de grupos específicos. De facto, em virtude do processo de socialização, e dado que a medicina é cultura, os indivíduos aceitam os valores e as normas que a medicina definiu como ideias, reproduzindo-os. O poder da medicina é, na minha opinião, mais forte na medida em que está dissimulado e ininteligível para a maioria das pessoas (Lupton, 1994: 12). A sua opressão é posta em causa quando os próprios indivíduos se tornam eles mesmos agentes de opressão nos seus corpos e no dos outros.

Como vimos, apesar dos testemunhos das entrevistadas não serem simples regurgitações do discurso biomédico, fragmentos destes discurso estão inelutavelmente presentes. A capacidade para o ser humano experienciar o corpo está directa ou indirectamente medicalizada.

**Recorrendo às premissas do pós-estruturalismo, verifica-se que as mulheres não são agentes passivos, mas activos, e que o conflito de poderes e interesses e a negociação estão presentes no consultório médico,** ao contrário do que defendia o funcionalismo, **e que as mulheres podem resistir ao desígnio médico.** Mariana, a única entrevistada que confessou fumar, tem consciência que esse hábito é prejudicial para a sua saúde; o seu médico aconselhou-a a deixar de fumar e a deixar de beber café, mas Mariana entende que, mesmo assim, vale a pena os riscos que estes momentos de prazer pressupõem:

“E tem que ser assim, porque senão filha... então vão-me tirar tudo na vida ou quê? Tiram-me o café, tiram-me o cigarrinho, tiraram-me o marido, tiram-me as filhas, cada uma já tá no seu canto, e eu fico sozinha, sem nada? Sem um café, sem um cigarro... sem dançar?” (Mariana)

Actualmente exige-se racionalidade e controlo do corpo por parte dos indivíduos; estes são “moralmente” responsáveis pela sua saúde. A promoção da saúde passa pela adopção de comportamentos saudáveis; o auto-controlo e a auto-disciplina

sobre o corpo tornaram-se um valor ético. O auto-controlo do corpo é protagonizado pela totalidade das entrevistadas, por exemplo, no cuidado que têm na escolha dos alimentos e na sua confecção, assim como na prática de exercício físico. Por exemplo, Amélia afirma que sempre tentou controlar o seu peso. O controlo do corpo está igualmente presente quando as mulheres escolhem a altura e o local em que mostram o seu corpo

Segundo Frank “bodies pursue ends which are their own, but in so doing, they reproduce structures (...) Bodies discipline themselves, but they do so within institutions and discourses which are not their own” (in Lupton, 1994: 22). O exercício físico é considerado pela totalidade das entrevistadas como algo necessário e desejável; mesmo as que confessaram não praticar desporto manifestaram o desejo de contrariar essa letargia. O ímpeto para maximizar o exercício pode decorrer de uma preocupação com a saúde e/ou com a aparência física numa sociedade cada vez mais narcisista.

**A ideologia e o poder médico não são entidades externas mas constitutivas do corpo feminino e as mulheres podem elas mesmas actuar sobre o seu corpo ou o dos outros em consonância com o discurso biomédico.** Amélia insurge-se contra a falta de informação sobre menopausa e sobre a THS das suas amigas e colegas de trabalho, algumas das quais pessoas instruídas; sempre que pode Amélia informa-as sobre a THS e encoraja-as a fazerem-na. Ema reconhece e valoriza os avanços da medicina e o apuramento cada vez maior da tecnologia médica quando fala da menopausa:

**“Antigamente as coisas não eram assim. Portanto, as mulheres sofriam mais, hoje penso que as coisas estão mais evoluídas e isso é muito bom. Porque, as mulheres hoje em dia têm uma vida profissional e não podem estar com, com problemas, portanto, como havia antigamente.”** (Ema)

O discurso biomédico, o olhar da medicina, permeia também o corpo sexual. Verificamos que Ema e Rosário acreditam no valor da medicina e da sua tecnologia para resolver possíveis problemas de índole sexual que possam advir no futuro:

“também sabemos que hoje em dia a nível de... de tecnologias e de terapêuticas, mesmo para os homens, e tudo, se é preciso tem que se tratar, não é? Não somos nenhuns bichos...” (Rosário)

Rosário fala mesmo de que se tivesse algum problema com o marido e não conseguissem os dois geri-lo poderiam recorrer a “*pessoas entendidas no assunto*” (terapia familiar/sexual). O exemplo mais extraordinário da intromissão da medicina na esfera sexual é dado por Carmo:

“... um senhor mais velho que eu, mas não muito mais velho... que diz que se casou, a mulher não, não reagia aos estímulos dele, não conseguia ter prazer sexual, e ele tinha um grande desgosto com isso ... .. e foi a única pessoa que me falou sobre esses assuntos, não há homens a falar nisto! **E conseguiu convencer, mais tarde, a mulher a ir... a um psiquiatra, foi tratada, e ela actualmente... e uma das grandes alegrias dele é ver que ela reage bem e tem prazer sexual com ele...**” (Carmo)

O corpo sexual pode ser melhorado através pelos avanços da medicina; Amélia entende que o seu prazer sexual foi intensificado com a terapia hormonal.

Os avanços da medicina podem por outro lado “chocar” com os ideais éticos dos indivíduos. Rosário, cuja postura em relação aos avanços da medicina no domínio sexual e da terapêutica hormonal é a de agrado, permanece renitente em relação aos avanços da medicina no campo reprodutivo:

“... à partida não podia ter filhos, a não ser que fosse bebé proveta, já podia ser, está a perceber? Mas de qualquer das formas, eu também não tinha óvulo. Agora com a tecnologia as coisas passam qualquer dia a ser... mas na altura, as coisas eram assim. Podia ser com o óvulo de outra pessoa e não sei quê... mas nunca fiz isso ... .. Mas, o proveta é assim, os óvulos não eram meus, para ter os óvulos mais parecidos com os meus tinha que ser ou da minha irmã ou da minha mãe, mas mais lógica da minha irmã. **Eu acho que isso é tudo muito bonito mas mexe com a cabeça das pessoas, percebe?** E eu nem nunca falei nisto à minha irmã, e tar a ir buscar fora... para isso adopta-se uma criança! Uma pessoa que não pode ter e tar a ir buscar um óvulo de outra... Podia ser, realmente o esperma era do Vasco, sim senhora, mas o óvulo não sendo meu, porque eu já não tinha... é um bocado complicado na cabeça. Acho que ainda ia complicar mais...” (Rosário)

Que o discurso médico permeia a experiência da menopausa é uma realidade inegável; o quadro sintomatológico que a medicina atribui à menopausa é de tal modo inculcado nas e pelas mulheres que algumas reconhecem num estado mais depressivo ou numa irritabilidade um sintoma de menopausa. Porém, os afrontamentos são, na minha opinião, o sintoma por excelência decorrente das alterações hormonais. Este meu entendimento decorre da constatação de que todas as mulheres presentemente na pós-menopausa os sentiram, em menor ou maior grau, em algum momento da sua transição; os afrontamentos foram igualmente sentidos por algumas mulheres ainda na pré-menopausa. Por último, os afrontamentos ocorrem somente nas mulheres na transição da menopausa. Vimos igualmente como a sexualidade das entrevistadas é mais afectada por estados psicológicos e pela ausência/predisposição do(a) companheiro(a) do que pelas alterações hormonais.

A menopausa é culturalmente considerada como um período de vulnerabilidade psicológica, susceptível de conduzir, em casos mais extremos, a depressão. Como vimos

anteriormente, existem autores para quem os sintomas psicológicos (tensão, cansaço, irritabilidade, insónia, depressão) são, nessa fase da vida, atípicos, ou seja, a sua ligação às alterações hormonais permanece ambígua e improvável. “Além disso, são sintomas que podem ocorrer durante toda a vida da mulher, variando de pessoa para pessoa” (Lopes, 1994: 38).

Para Patrícia Kaufert uma mulher poder estar simultaneamente na menopausa e deprimida sem que haja uma relação de causa-efeito entre os dois estados. De acordo com esta autora numa sociedade onde a menopausa fosse entendida como um processo normal e sem ligação a um tão vasto quadro sintomatológico, perfeitamente discutível, nem as mulheres nem os profissionais de saúde seriam lesto em associar estados depressivos à menopausa. Nas sociedades ocidentais a menopausa será prontamente identificada como a responsável por qualquer “dificuldade” que a mulher sinta (Miles, 1991: 199).

Mariana, Paula e Madalena são as entrevistadas que, de algum modo, revelaram uma tendência mais depressiva embora com diferentes tonalidades. A Paula foi-lhe diagnosticada uma depressão quando tinha 37 anos e Mariana começou a tomar anti-depressivos por altura da menopausa. Quanto a Madalena, aquando da entrevista, afirmou:

“ultimamente um bocadinho em baixo, mas isso tem a ver com o Outono. Tenho tendência a ficar um bocadinho mais depressiva. E como há um bocadinho de falta de trabalho... Nesta altura... há tendência para ficar um pouco mais nervosa, mais depressiva. Mas passa...” (Madalena)

De salientar que apenas Mariana se encontra em pós-menopausa. Portanto, para Paula e Madalena os seus estados depressivos não radicam da menopausa. Paula confessa que a sua depressão advém de uma perda afectiva/emocional passada. No caso de Madalena creio que o seu estado depressivo não é somente o resultado de uma sazonalidade e de uma instabilidade laboral. Nas palavras da própria Madalena: “*só me sinto bem quando algum dos meus filhos está em casa. De outra maneira, não. Acho que gostava de sair, gostava mais de... ter uma vida mais activa, de passear. Mas o meu marido não gosta*”. Madalena, para além da sua actividade profissional, não detém mais nenhuma ocupação, nem motivo para sair de casa. Madalena não tem amigos com quem possa sair: “*sinto que faz falta. Acho que era bom realmente ter pessoas para sair... mas... não se proporciona*”.

Mariana é a entrevistada que revelou sentir uma maior instabilidade psicológica que, na sua opinião, deriva da experiência da menopausa (“*a menopausa é um conflito interior*”). Acredito que esta vulnerabilidade psicológica merece ser discutida à luz do contexto mais lato da vida de Mariana. Creio que o seu estado mental não é dissociável da sua solidão – Mariana é divorciada – e da sua situação de desemprego. Pelos seus relatos verificamos que Mariana é uma mulher que desde cedo teve de lutar e trabalhar com afinco, pois os seus pais eram pobres; posteriormente teve de criar as três filhas sozinha. O seu quotidiano actual reparte-se entre a sua casa, as horas que faz na loja de roupa, a casa das filhas e uma ida ou outra ao café:

“Olha, agora venho para aqui aos bocadinhos, aos bocadinhos porque isto... tou no desemprego, não é? Durmo quando me apetece! Levanto-me quando apetece! Vou para casa das filhas, ora para uma ora para outra, passo a roupa a ferro d’uma passo a roupa a ferro d’outra, dou banho aos netos, tenho 3, 2 meninas e um menino, dou muitos beijinhos a eles, vou ao café, fumo um cigarro ... .. e à noite vou para casa ver televisão”. (Mariana)

Nas suas declarações percebemos que Mariana se sente sozinha - “*então vão-me tirar tudo na vida ou quê? Tiram-me o café, tiram-me o cigarrinho, tiraram-me o marido, tiram-me as filhas, cada uma já tá no seu canto, e eu fico sozinha, sem nada? Sem um café, sem um cigarro... sem dançar?*” - e que já não faz o que desde sempre constituiu fonte de prazer e satisfação pessoal: dançar.

“... fico feliz só de dançar. Eu sinto muito a música, tás a ver? A música, o que transmite... a alegria de tares viva, a alegria de seres amada, a alegria de amares, tudo a música te traz, e pronto. E tu transmites através da dança a tua sensualidade, pões aquelas coisas bonitas que tens cá para fora. Pronto. E eu sinto-me assim... quando danço ... .. é depois tu ires para qualquer lado, teres o prazer de te pores bonita, de te vestires linda , e ires... para dançar! Percebes? **E depois tás limitada... não tens um companheiro, não tens um casal, amigos da tua idade, porque tão todos muito recolhidos à lareira...**” (Mariana)

Creio que é necessário ter em conta, no caso de Mariana, que o contexto da sua vida (solidão e desemprego) pode exacerbar sensações e desconfortos resultantes da transição da menopausa que secalhar seriam diferentemente construídos se Mariana estivesse empregada e feliz com um relacionamento afectivo.

Merece a pena ressaltar o facto das mulheres serem as principais consumidoras de tranquilizantes; muitas delas procuram nos médicos apoio ou alívio imediato para dificuldades emocionais, sociais ou familiares, talvez por não encontrarem apoio noutras pessoas. As mulheres medicalizam assim a sua ansiedade e frustração.

“... o meu médico durante 17 anos, que foi o Dr. Francisco Milhares, o meu médico foi quase o meu psicólogo.” (Mariana)

Duas explicações podem ser avançadas, e que reúnem actualmente um alargado consenso pelo menos dentro do movimento feminista, no sentido de melhor entender porque as mulheres são as maiores consumidoras de tranquilizantes. Em primeiro lugar, e comparativamente aos homens, **a vida das mulheres é, do ponto de vista económico, social e moral, muito mais precária que a dos homens conduzindo a maiores situações de stress e desgaste emocional.** Portanto, factores sociais negativos estarão subjacentes à ansiedade e à depressão nas mulheres. Em segundo lugar, **a mulher tem sido histórica e socialmente definida como propensa a estados mais depressivos e neuróticos que os homens; estas ideias permeiam o discurso médico, assim como o discurso de senso-comum.** A expressão de emoções como a depressão e a ansiedade são consideradas mais apropriadas na mulher que no homem; o comportamento que a psiquiatria define como neurótico, depressivo ou fóbico é assim mais facilmente identificado com o sexo feminino. Phyllis Chesler sugere que as mulheres que não se conformam ao estereótipo feminino estão também vulneráveis ao julgamento psiquiátrico (in Miles, 1991: 189). A prescrição de tranquilizantes pode ser encarada como uma forma de perpetuar a estrutura social, ou seja, os tranquilizantes servem como um adormecimento que visa manter a mulher nas situações que a oprimem; e, assim, as verdadeiras causas da sua infelicidade, angústia ou ansiedade não são devidamente esmiuçadas, continuando a existir.

A infelicidade não é um problema médico, mas torna-se num uma vez que essa infelicidade cause insónias, preocupações, e exaustão mental. Mas porque atribuem os médicos um “rótulo psiquiátrico” a mulheres cujas queixas tem uma base médica pouco consistente? De acordo com Agnes Miles os médicos estão profissionalmente pressionados a fornecer tratamento para a infelicidade, sentindo-se melhor sempre que fazem um diagnóstico e fornecem uma solução para essas queixas; de outro modo podem sentir um sentimento de frustração e inadequação profissional. Poderemos introduzir aqui o testemunho de Paula que alerta para a possibilidade de nem todos os médicos serem pró-medicalização da infelicidade:

“Eu passava os dias inteiros na cama... saía da cama para ir à rua, ia à rua táva 5 minutos, sentia-me imediatamente mal tinha que ir para a cama... na cama é que eu me sentia bem até que chegou uma altura em que o médico disse: “*não tenho mais nada para te dar!*”. Mas não era muito apologista de psiquiátras... “*tens que ter força, tens que ter coragem e mais não sei quantos!*” (Paula)

Verificamos que o médico de clínica geral de Paula a alertou para a necessidade de ela encontrar forças em si mesma para ultrapassar essa situação.

A menopausa é uma fase da vida dotada de alguma especificidade. De acordo com a médica pertencente à SPM:

**“em relação aos factores psicológicos aquilo que eu lhe dizia é... a marca do fim, está a perceber? Quer dizer, nós, durante a nossa vida, ao longo da vida da mulher a menarca, a adolescência, a idade adulta, a gravidez, o pós-parto, portanto, são tudo situações em que há variações hormonais e em que a mulher se sente menos bem, menos grata pela sua visão, não todas como é evidente, mas em geral são alturas ou períodos da vida da mulher em que há mais instabilidade, e portanto... as borbulhas na cara, a gente olha-se para o espelho e vê... horrível, e vê muito pior do que na verdade é... e, portanto, tanto na adolescência, como na gravidez, como no pós-parto, como na menopausa todas essas situações de depressão e de... diferente imagem do seu eu, acontecem. Só que a menopausa é mesmo um período pior de todos esses períodos, porque enquanto na adolescência é o iniciar, na gravidez vai dar origem a uma vida nova, no pós-parto já tem a vida nova, portanto tem um filho a seu lado, está a perceber? Na menopausa não tem nada disso... a menopausa... [Pela perda da capacidade reprodutiva?] Pela perda da capacidade reprodutiva... mas não é só. Pela perda. É realmente uma perda só da capacidade reprodutiva, mas a mulher sente-a como uma perda, percebe? Sente-se menos mulher, sente-se a acabar, sente-se no final, está a perceber? Olha para uma pessoa da sua idade e uma pessoa na menopausa, seja lá mais bonita ou mais feia, a senhora, por ser mais nova, tem sempre uma mais-valia em relação à outra”**

A experiência da menopausa, a maior ou menor facilidade em lidar com os sintomas apanágio deste processo, está dependente: da estrutura e da personalidade da própria mulher e do seu envolvimento em tarefas, situações e relações de onde extrai prazer e realização pessoal. A experiência da menopausa está dependente do equilíbrio resultante dos vários papéis (trabalhadora, esposa, mãe, etc.) que a mulher desempenha.

Ainda de acordo com a médica pertencente à SPM:

**“... uma pessoa que tenha uma maneira de estar positiva na vida, vai ter sempre essa maneira de estar positiva, ou pelo menos vai ter menos fases ou mais facilidade em ultrapassar a fase em que realmente está mais deprimida e que está pior, está a perceber? É uma questão... como diriam alguns autores de ver a garrafa meia vazia e não a garrafa meia cheia. Uma mulher que sempre viu a garrafa meia vazia, na menopausa vai vê-la... mesmo vazia. Está a perceber? Portanto, isso tem a ver com... se sempre foi uma mulher negativa provavelmente na menopausa ainda vai ser mais negativa... se sempre foi uma pessoa positiva é claro que na menopausa vai ter alguns períodos de negativismo mas vai ultrapassá-los...”**

É recorrente ouvir-se que a **situação de reforma** torna o indivíduo mais propenso a estados depressivos pois representa uma nova situação de vida a que se tem de adaptar e onde sentimentos de inutilidade podem advir. “Mais perigoso que o envelhecer é a ociosidade que o acompanha. Uma reacção em cadeia se instala: aposentadoria – depressão – inibição da libido – a aposentadoria sexual.” (Lopes, 1994: 116).

Carmo, Rosário, Ana Teresa encontram-se na reforma; e Adélia na pré-reforma. Nenhuma delas evocou sentir-se inútil ou descontente com a sua nova situação. A reforma possibilita fazer outras coisas.

“Entretanto, depois de ter sido operada ao coração reformei-me ... .. Em princípio seria para ficar em casa, sossegada, descansada, divertir-me, ter tempos livres... qual quê? Agarrei-me aqui a esta história do museu, que não ato nem desato e aqui estou eu. Faço a parte administrativa, parte... não é tudo, museologia e actualmente como já não posso, não posso andar encavalitada nas arribas nem posso ir para as grutas, não posso fazer escavações que é um trabalho muito duro, a escavação não é para brincadeiras... ai é muito duro! ... .. Agora faço... estou nos ultraleves... Palinologia, estudo pólenes e esporos ao microscópio!” (Carmo)

Rosário, pelo facto de se ter reformado aos 40 anos, é talvez o exemplo mais paradigmático de como a personalidade e a capacidade de adaptação interferem para tornar uma conjuntura que poderia ser à primeira vista negativa num incentivo a novos projectos. Rosário entende que estar reformada “*por um lado, é bom. Dá-me possibilidades de eu fazer muitas coisas... outras coisas que eu gosto.*” Rosário acredita que as pessoas devem ter objectivos na vida, nem que sejam pequenos; devem ter sempre coisas para fazer. Apesar de reformada encontrou maneiras de ocupar o tempo (actividades não remuneradas), que lhe dão gozo e a fazem sentir útil: faz natação, cultiva uma horta, cuida do jardim, inscreveu-se num curso de pintura, cuida dos sobrinhos e ajuda um dos seus irmãos (proprietário de uma fábrica) fazendo desenhos a computador para posteriormente serem feitos na máquina de bordar.

“Ainda aqui há um tempo eu estava a dizer ao Vasco [marido], porque ele também já está farto, já está cansado. E ele disse: «*eh pá, eu mais 3 ou 4 anos...*». Eu digo-lhe a ele: «*Ó Vasco, realmente tu podes vir a reformar-te e fazes bem só que pensa, porque eu já tenho esta experiência, que temos que ter objectivos na vida. Toda a gente tem que ter objectivos na vida! Nem que seja para ajudar os outros*». Mas é verdade, percebe? E eu tenho que tentar... secalhar, nesta altura, até tenho objectivos demais. Não é que seja ambição, está a ver? Não é objectivos, no aspecto de querer fazer isto ou aquilo. Só que nem que seja objectivos pequeninos temos que os ter, está a ver? A gente saber que tem que fazer isto e que tem que fazer aquilo faz com que nos... **Nós temos que nos sentir úteis**, não é? Porque, com 40 anos... É como lhe digo, com 20 e poucos entrei na menopausa, com 40 entrei na reforma... daqui a pouco já tou a morrer, porque... já estou



nessa fase, está a ver? ... .. É como lhe digo, **a nossa cabeça tem que... tem que se ir adaptando e não entrar em paranóia**. Porque, imagine, tou aqui parada e não sei quê... Podia tar aqui parada, só agarrada à televisão e não sei o quê, dava-me um gozo bestial, não é? Às vezes sabia-me bem ler ou coisa assim do género. Mas a pessoa sentir-se inútil é uma coisa... pronto ... .. não me deixo... tenho que ter sempre coisas pra fazer. Mas se eu não tivesse nada que fazer... E há alturas... já tenho tido algumas alturas que eu digo assim: mas realmente uma pessoa tá aqui, não faz nada, não tem... É complicado. É mesmo da pessoa... eh... sentir-se... um bocadinho... O facto de não haver um objectivo de fazer isto ou aquilo dá-nos logo... na minha cabeça, nem todas as cabeças pensam a mesma coisa, não é?... a sensação de que não estamos a fazer nada, percebe? Por isso, é que eu tenho uma horta, por isso, é que eu tenho...” (Rosário)

**A personalidade e a capacidade de adaptação da pessoa, aliada a algum desafio financeiro interferem no modo como cada mulher lida com a reforma.** Vimos porém, como três mulheres encontraram outras situações e actividades indutoras de satisfação.

Creio que **a possibilidade/liberdade de escolha/opção e o controlo do tempo são determinantes para a sensação de controlo da própria vida e, assim, para a sensação de felicidade geral.** Ter capacidade de escolha, não ser levada pelas situações, mas escolher as que melhor se ajustam às suas necessidades parece-me a “receita” para atravessar a menopausa sem a vulnerabilidade psicológica que se lhe atribuiu. Essa sensação de controlo afecta positivamente o humor, a auto-estima e a sexualidade da mulher (Choi, 1994: 129). Controlo da própria vida, escolha consciente, foram, na minha opinião, determinantes para que, por exemplo, Cecília tenha ultrapassado a sua histerectomia com sucesso, e Amélia seja a maior defensora da THS. Elas escolheram cada uma destas situações, não foi algo que foi imposto; o seu cérebro trabalhou conjuntamente com o seu corpo para que estas fases ou processos fossem um êxito. No plano sexual algumas entrevistadas confessam rejeitar e vivenciar uma redução da frequência sexual (Cecília e Paula), mas essa situação não é sinónimo de desconforto ou mal-estar pessoal, antes pelo contrário; essa situação parece igualmente não ser motivo de desgaste ou tensão nas suas relações afectivas.

O uso que as mulheres fazem do seu tempo em actividades direccionadas ao seu bem-estar físico e emocional pode ser entendido como uma medida indutora de controlo e independência sobre a sua vida. Willis entende que o **exercício físico** é agora um comportamento socialmente aceite nas mulheres e constitui-se como uma das grandes conquistas do movimento feminista cuja luta pela força, pela independência e pelo controlo por parte das mulheres do seu próprio corpo tem procurado combater a

definição histórica e cultural do corpo feminino como frágil, fraco e dependente (Lupton, 1994: 30). A questão de o exercício físico ser um “acto político”, de rebeldia, no desafio à sociedade patriarcal é muito complexa. Existem pelos menos três ideias que é preciso ter em conta. Em primeiro lugar, se a mulher escolhe praticar desporto para moldar o seu corpo, anteriormente fonte de angústia, ou para manter o corpo de modo a que este não fuja aos ideais culturais de atractividade e feminilidade o “acto político” serve no fundo os interesses da sociedade patriarcal que postula e valoriza a mulher pela sua aparência. Em segundo lugar, existem limites ao exercício do corpo feminino, ou seja, a beleza do corpo feminino é posta em causa quando este se torna muito “masculino”. Em terceiro lugar, o exercício físico pode ainda ser uma conquista das mulheres com algum poder económico, com vidas ou profissões que não apelem elas mesmas a um dispêndio de energia e força física e que tenham tempo.

O exercício físico assume-se particularmente relevante na transição da menopausa, na medida em que proporciona uma sensação de força e controlo numa altura da vida em que a mulher pode sentir o seu corpo como escapando ao seu controlo, por exemplo quando sente os afrontamentos. É consensual que o exercício físico acarreta benefícios psicológicos. Por um lado, aumenta a resistência ao stress e a distração de pensamentos ou fontes de stress na medida em que alivia as tensões acumuladas; por outro lado, aumenta a auto-estima, o controlo e a satisfação com o corpo.

Das leituras que efectuei alguns médicos suportam a ideia de que o exercício físico é muito importante na redução dos afrontamentos e na depressão associados à menopausa, podendo mesmo revestir características terapêuticas (Lopes, 1994: 39). Por conseguinte, penso que seria interessante, talvez no âmbito de uma futura tese de mestrado, estudar e comparar a experiência da menopausa natural em mulheres que praticam e não praticam exercício físico. Assim, as mulheres sujeitas a exercício físico estariam mais propensas a um recrudescimento de humor, bem-estar e a uma menor probabilidade de estados de depressão e ansiedade.

**Um sentimento crescente de auto-estima pode advir igualmente de actividades que a pessoa exerce simplesmente porque gosta** (Choi, 1994: 139-140): **jardinar** (Rosário, Carmo, Adriana, Ana Teresa), **ler** (Adriana, Madalena, Carmo), **passar** (Adélia, Amélia), **ver televisão** (Ana Teresa, Adélia), **pintar** (Rosário), **fazer tapetes de Arraiolos** (Ana Teresa), etc.

Esse “**tempo para si**”, esse “**tempo de solidão procurada**” pode ser particularmente importante para as mulheres na menopausa, pois nas suas vidas diárias

podem ter pouco tempo para si mesmas. Nas palavras de Ema, referindo-se à ginástica: *“faz-me bem à mente, sinto-me... sinto-me muito bem porque é um momento em que eu tenho que... é só meu... e vou com prazer realmente para a ginástica”*.

Em fase de balanço há que admitir a impossibilidade de perceber se a menopausa é entendida pelas mulheres como o “verão indiano” da sua vida, um período caracterizado por um recrudescimento de entusiasmo, optimismo e beleza física. Para algumas mulheres sim, para outras não. Mas esta impossibilidade advém da dificuldade, expressa aliás pelas próprias entrevistadas, em separar os aspectos hormonais da menopausa do contexto mais geral da sua vida.

A experiência da menopausa será certamente mais feliz para as mulheres que têm uma maneira prática e optimista perante a vida, se estiverem envolvidas em profissões ou actividades prazerosas e se estiverem felizes com os seus afectos, se se sentirem amadas ou apoiadas. **Não é, na minha opinião, a classe de pertença ou a profissão que determina a melhor experiência da menopausa. Creio que a pedra de toque, o que faz toda a diferença, são os afectos. Um estado depressivo é mais facilmente ultrapassado se a mulher tiver apoio emocional. A solidão, quando não é um sentimento procurado, tem consequências na auto-estima da mulher e na sua capacidade para perspectivar o futuro.** Esta solidão pode ser uma realidade mesmo quando a mulher está casada. A tristeza, o pessimismo, a instabilidade psicológica foram estados confessados por entrevistadas que sofreram ou estão a sofrer uma perda afectiva. Mariana e Adélia que se encontram divorciadas e gostavam de arranjar um comopaneiro; Cecília que ainda está a lidar com a morte do pai e de uma prima; Madalena que se ressentia da saída dos filhos do lar e que se sente só apesar de casada e Adriana que vive em saudade de um dos filhos e do marido, pois ambos encontram-se, por questões monetárias e de oportunidade de vida, a viver fora de Portugal; estas ausências são agravadas pela dificuldade relacional que Adriana tem com o seu outro filho:

“Não sei, não sei dizer porquê. Não posso explicar. Gostaria de saber também, mas a verdade é que é muito introvertido, ele limita-se a falar connosco por monólogos, o que é uma situação muito difícil ... .. É ter que pensar de antemão o que se vai falar, medir palavras, e consequências delas, não conseguir ser espontânea, **chorar, com saudades de uma pessoa que está todos os dias connosco.**” (Adriana)

Paula Choi salienta que as mulheres foram socializadas desde o seu nascimento para serem prestadoras de cuidados e para colocarem as necessidades dos outros à frente

das suas: “to be good wives (society dictates that we have heterosexual relationships) we must always be sexually desirable and to be good mothers we must always be nurturing. Therefore, we live in fear of being called selfish.” (Choi, 1994: 140). Esta tendência explica de algum modo a vulnerabilidade que muitos entendem como apanágio da menopausa, e que eu entendo antes como característica da meia-idade; na meia-idade dá-se muitas vezes uma redefinição do papel de mãe e de esposa.

A menopausa acontece numa idade, quanto a mim, estratégica. É fácil compreender porque vários autores acreditam que a menopausa pode induzir a um balanço da vida, a uma avaliação de perdas e ganhos com possíveis consequências no próprio bem-estar da mulher. Para Adriana os 50 anos marcaram a altura em que começou a pensar verdadeiramente no envelhecimento.

Cada entrevista desenha uma personalidade, uma identidade, um corpo; mas esse corpo desmultiplica-se por sua vez em vários corpos à medida que interage com outros corpos, outras identidades. A forma como as entrevistadas falam dos vários corpos que as compõem, contextualizando-os em diferentes espaços e relações sociais, não é homogénea. A demora em iniciar uma resposta e as hesitações foram mais notórias quando se referiram ao corpo sexual. Estes diferentes corpos, que integram um só corpo, são construídos em função de vários discursos que se desenham e entrançam; o discurso biomédico, embora não detendo uma exclusividade, tem soberania.

## Referências bibliográficas

ALBARELLO, Luc *et al*, (1997) *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva, pp. 84-202

ALMEIDA, João Ferreira de, COSTA, António Firmino da, MACHADO, Fernando Luís (1988), “Famílias, estudantes e Universidades – painéis de observação sociográfica”, in *Sociologia Problemas e Práticas*, nº4, 11-44

ANGIER, Natalie (1999) *Mulher, uma geografia íntima*, Lisboa: Gradiva

ANNANDALE, Ellen, HUNT, Kate (1990) “Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health”, in *Sociology of Health and Illness*, 12 (1), 24-46

ANNANDALE, Ellen, CLARK, Judith (1996) “What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction” in *Sociology of Health and Illness*, 18 (1), 17-44

BALLARD, Karen, KUH, Diana, WADSWORTH, Michael (2001) “The role of the menopause in women’s experiences of the ‘change of life’” in *Sociology of Health and Illness*, 23 (4), 397-424

BARDIN, Laurence (1979) *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70

BARRETT, Geraldine, HARPER, Rosalyn (2000) “Health professionals’ attitudes to the deregulation of emergency contraception (or the problem of female sexuality)” in *Sociology of Health and Illness*, 22 (2), 197-216

BEEDELL, Suzanne, *A menopausa. perguntas e respostas*, Porto: Livraria Paisagem

BELL, Susan (1987) “Changing ideas: the medicalization of menopause” in *Social Science and Medicine*, 24 (6), 535-542

BENDELOW, Gillian (1996) “A «failure» of modern medicine? Lay perspectives on a pain relief clinic” in WILLIAMS, Simon, CALNAN, Michael (eds.), *Modern medicine, lay perspectives and experiences*, London: UCL Press, 167-185

BERG, B. L. (1995) *Qualitative research methods for the social sciences*, Boston: Allyn and Bacon, 57-85

BRANSEN, Els (1992) “Has menstruation been medicalised? Or will it never happen...” in *Sociology of Health and Illness*, 14 (1), 98-110

BRAVO, R. S. (1995) *Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios*, Madrid: Paraninfo, 350-369

BRAZÃO, Inês (1999) “Searas do presente, celeiros do futuro: a construção social do corpo na Mocidade Portuguesa Feminina” in *Forum Sociológico*, Instituto de Estudos e de Divulgação Sociológica, Universidade Nova de Lisboa, 1-2 (IIª série), 41-67

BURLEY, Sarah C., MILBURN, Kathryn B. (1998) “The body, health and self in the middle years”, in NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (eds.) *The body in everyday life*, London: Routledge, 142-159

CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (1994) (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, ix-6, 53-55, 125-127

CHOI, Precilla (1994) “Women’s raging hormones”, in CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, 128-147

CRESPO, Jorge (1990) *A História do Corpo*, Lisboa: Difel

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

CSORDAS, Thomas J. (1990) “Embodiment as a paradigm for anthropology” in *Ethos*, 18 (1), pp. 5-47

D’AIRE, Teresa Castro (1996) *A Homossexualidade feminina*, Lisboa: Temas da Actualidade

DAMÁSIO, António (2001) *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*, Mem Martins: Publicações Europa América

DAWSON, Maria Teresa, GIFFORD, Sandra, “Narratives, culture and sexual health: personal life experiences of Salvadorean and Chilean women living in Melbourne, Australia” in *Health*, 5 (4), 403-423

DENZIN, N., LINCOLN, Y. (1994) *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks: Sage, 361-376, 428-462

DOYAL, Lesley (1994) “Changing medicine? Gender and the politics of health care” in KELLEHER, D., GABE, J., WILLIAMS, G, *Challenging medicine*, London: Routledge, 140-159

DOYAL, Lesley (1996) “The politics of women’s health: setting a global agenda” in *International Journal of Health Services*, 26 (1), 47-65

ETTORRE, Elizabeth (1998) “Re-shaping the space between bodies and culture: embodying the biomedicalised body” in *Sociology of Health and Medicine*, 20 (4), 548-555

FAIRHURST, Eileen (1998) “‘Growing old gracefully’ as opposed to ‘mutton dressed as lamb’: the social construction of recognizing older women” in NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (eds.) *The body in everyday life*, London: Routledge, 258-275

FEATHERSTONE, Mike, HEPWORTH, Mike, TURNER, Bryan (ed.), (1991) *The body, social process and cultural theory*, London, Sage Publications

GABE, Jonathan, CALNAN, Michael (1989) “The limits of medicine: women’s perception of medical technology” in *Social Science and Medicine*, 28 (3), 223-231

GAMA, Augusta (1999-2000) “A idade de menopausa em mulheres rurais portuguesas residentes no concelho de Oleiros” in *Antropologia Portuguesa*, 16-17, 19-35

GANNON, Linda (1994) “Sexuality and menopause” in CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, 100-124

GOFFMAN, Erving (1993) *A apresentação do eu na vida de todos os dias*, Lisboa: Relógio d’Água

GOLDSTEIN, Diane (2000) “When ovaries retire: contrasting women’s experiences with feminist and medical models of menopause” in *Health*, 4 (3), 309-323

GUIBENTIF, Pierre et al (2002) *Comunicação social e representações do crime*, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários

GUIBENTIF, Pierre (2001) “A comunicação jurídica no quotidiano lisboeta. Proposta de abordagem empírica à diferenciação funcional” in *Forum Sociológico*, Instituto de Estudos e de Divulgação Sociológica, Universidade Nova de Lisboa, 5/6 (IIª série), 129-161

GÜRSOY, Akile (1996) “Beyond the orthodox: heresy in medicine and the social sciences from a cross-cultural perspective” in *Social Science and Medicine*, 43 (5), 577-599

HARDING, Jennifer (1997) “Bodies at risk: sex, surveillance and hormone replacement therapy” in PETERSON, Alan, BUNTON, Robin (eds.) *Foucault. Health and Medicine*, Londres: Routledge, 134-150



## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

HELMAN, Cecil G. (1994) *Cultura, saúde e doença*, 2ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 137-164

HEPWORTH, Mike, FEATHERSTONE, Mike (1998) “The male menopause. Lay accounts and the cultural reconstruction of midlife” in NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (eds.) *The body in everyday life*, London: Routledge, 276-301

HOWSON, Alexandra (1998) “The female body and health surveillance” in NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (eds.) *The body in everyday life*, London: Routledge, 218-240

KELLEHER, D., GABE, J., WILLIAMS, G. (1994) “Understanding medical dominance in the modern world” in KELLEHER, D., GABE, J., WILLIAMS, G, *Challenging medicine*, London: Routledge, xi-xxix

KOUTROLIS, Glenda (2000) “Soiled identity: memory-work narratives of menstruation” in *Health*, 5 (2), 187-205

KRIEGER, Nancy, FEE, Elizabeth (1994) “Man-made medicine and women’s health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity” in *International Journal of Health Services*, 24 (2), 265-283

LOCK, Margaret (1993) “Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge” in *Annual Review of Anthropology*, nº 22, pp. 133-155

LOPES, Gerson, Maia, Mônica (1994) *Sexualidade e Envelhecimento*, São Paulo: Saraiva S. A. Livreiros Editores

LUHMANN, Niklas (1991) *O Amor como Paixão. Para a codificação da intimidade*, Lisboa: Difel

LUPTON, Deborah (1994) *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*, London: Sage Publications

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

MACHADO, Fernando Luís *et al* (2003) “Classes sociais e estudantes universitários” in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 66, pp. 45-80

MARTIN, Emily (1987) *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*, Boston: Bacon Press

MARTIN, Emily (1988) “Medical metaphors of women’s bodies: menstruation and menopause” in *International Journal of Health Services*, 18 (2), 237-254

MASSÉ, Raymond, LÉGARÉ, France (2001) “The limitations of a negotiation model for perimenopausal women” in *Sociology of Health and Illness*, 23 (1), 44-64

McCARY, James (1979) *Human Sexuality*, New York: D. Van Nostrand Company

McNEILL, Erin (1994) “Blood, sex and hormones: a theoretical review of women’s sexuality over the menstrual cycle” in CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, 56-82

MEYER, Vicki (2001) “The medicalization of menopause: critique and consequences” in *International Journal of Health Services*, 31 (4), 769-792

MILES, Agnes (1991) *Women, health and medicine*, Buckingham: Open University Press, 183-206

MORRISSEY, Douglas, KIRCHNER, Jeffrey (2001) “Tratamento do climatério” in *Postgraduate Medicine*, 16 (3), 71-82

NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (1998) “The body in everyday life. An introduction” in NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (eds.) *The body in everyday life*, London: Routledge, 1-23

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

NICOLSON, Paula (1994) “Anatomy and destiny: sexuality and the female body” in CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, 7-26

NORTHRUP, Christiane (1994) *Corpo de mulher, sabedoria de mulher*, Lisboa: Sinais de Fogo

ÖBERG, Peter, TORNSTAM, Lars (1999) “Body images among men and women of different ages” in *Ageing and Society*, 19 (5), 629-644

PAYNE, Sarah (1991) *Women, health and poverty: an introduction*, New York: Harvester Wheatsheaf

RAJAN, Lynda (1996) “Pain and pain relief in labour: issues of control” in WILLIAMS, Simon, CALNAN, Michael (eds.), *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*, London: UCL Press, 188-206

RESENDE, José Manuel (1999) “A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais” in *Forum Sociológico*, Instituto de Estudos e de Divulgação Sociológica, Universidade Nova de Lisboa, n<sup>os</sup> 1 e 2 (II<sup>a</sup> série), 9-40

SMART, Barry (1985) *Michel Foucault*, London: Routledge

SOLNICK, Robert (ed.) (1978) *Sexuality and Aging*, Ethel Percy Andrus Gerontology Center: University of Southern California Press

STEVENS, Patricia, HALL, Joanne (1991) “A critical historical analysis of the medical construction of lesbianism” in *International Journal of Health Services*, 21 (2), 291-307

TIME/VISÃO (25 a 31 Julho de 2002), “A verdade sobre as hormonas” in *Visão*, 88-90

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

TUNALEY, Jillian, WALSH, Susan, NICOLSON, Paula (1999), "I'm not bad for my age: the meaning of body size and eating in the lives of older women" in *Ageing and Society*, 19 (6), 741-759

TURNER, Bryan S. (1996) The body and society. Explorations in social theory, London, Sage Publications

USSHER, Jane (1994) "Theorizing female sexuality: social constructionist and post-structuralist accounts" in CHOI, Precilla, NICOLSON, Paula (eds) *Female Sexuality. Psychology, Biology and Social Context*, London: Harvester Wheatsheaf, 148-175

VANCE, Carole (1991) "Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment" in *Social Science and Medicine*, 33 (8), 875-884

WEG, Ruth (ed.) (1983) *Sexuality in the later years*, New York: Academic Press

WIJK, Cecile, VLIET, Katja, KOLK, Annemarie (1996) "Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women" in *Social Science and Medicine*, 43 (5), 707-720

WILLIAMS, Simon, CALNAN, Michael (1996) "Conclusions: modern medicine and the lay populace in late modernity" in WILLIAMS, Simon, CALNAN, Michael (eds.), *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*, London: UCL Press, 256-264

WILLIAMS, Simon (2000) *Emotion and social theory. Corporeal reflections on the (ir)rational*, London: Sage Publications

### **Pesquisa na Internet:**

*A Friend Indeed – For women in Menopause and Midlife*

(<http://www.afriendindeed.ca> 17/04/2002)

([http://www.afriendindeed.ca/what\\_is\\_menopause.htm](http://www.afriendindeed.ca/what_is_menopause.htm) 17/04/2002)

## Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

American Menopause Foundation

(<http://www.americanmenopause.org/index.htm> 27/09/2002)

*American Society on Aging (ASA) “Romantic Relations in Later Life”*

(<http://www.asaging.org/generations/gen25-2/romrel.html> 17/04/2002)

Boston Women’s Health Book Collective

(<http://www.ourbodiesourselves.org> 17/04/2002)

International Organization to Reclaim Menopause

(<http://www.inorm.org> 17/04/2002)

(<http://www.inorm.org/onsite.html> 17/04/2002)

International Women’s Health Coalition

(<http://www.iwhc.org> 17/04/2002)

Público.pt – *“Efeitos da Menopausa muitas vezes confundidos com depressões”*

(<http://www.ultimahora.publico.pt> 18-10-2001)

National Women’s Health Network

(<http://www.womenshealthnetwork.org/aboutnwhn.htm> 17/04/2002)

(<http://www.womenshealthnetwork.org/index.htm> 17/04/2002)

(<http://www.womenshealthnetwork.org/clearinghouse/leshe.htm> 17/04/2002)

*Sites for, by and about women*

(<http://femina.cybergrrl.com> 17/04/2002)

The Alan Guttmacher Institute

(<http://www.guttmacher.org/index.html> 17/04/2002)

The Canadian Women’s Health Network

(<http://www.cwhn.ca> 17/04/2002)

## Índice

<b>A “ERA DA MENOPAUSA CONSCIENTE”</b> .....	<b>3</b>
<b>A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA</b> .....	<b>6</b>
O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO.....	6
A MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA.....	9
A “MEZINHA QUE TUDO CURA” .....	13
MEDICALIZAÇÃO AO NÍVEL DO DISCURSO .....	23
<b>O “VERÃO INDIANO”</b> .....	<b>29</b>
<b>CORPOS DE DESEJO, CORPOS DE PECADO</b> .....	<b>43</b>
O COMPLEXO DOMÍNIO DA SEXUALIDADE .....	44
MÃE, PROSTITUTA OU SIMPLEMENTE MULHER?.....	46
A MULHER NA MENOPAUSA: MATRONA OU ENCARQUILHADA? .....	53
SEXUALIDADE NO CLIMATÉRIO .....	56
DETERMINANTES DA SEXUALIDADE .....	59
METODOLOGIA .....	62
AVISO PRÉVIO .....	63
A ENTREVISTA .....	65
INTENÇÕES GERAIS DAS ENTREVISTADAS.....	66
TRANSCRIÇÃO.....	67
ESCOLHA DA POPULAÇÃO OBSERVADA .....	68
TÉCNICAS DE EXPLORAÇÃO DO TERRENO.....	71
<b>O CORPO ENQUANTO “OBJECTO DE CUIDADOS DE SAÚDE”</b> .....	<b>73</b>
<b>REPRESENTAÇÕES DA MENOPAUSA</b> .....	<b>97</b>
<b>O CORPO ENQUANTO “FONTE DE DESEJO”</b> .....	<b>109</b>
<b>O CORPO COMO “OBJECTO DE CULTO”</b> .....	<b>120</b>
<b>O CONTROLO DO CORPO</b> .....	<b>142</b>