

## UM OLHAR SOBRE A MENOPAUSA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS CENTROS DE SAÚDE NO BRASIL

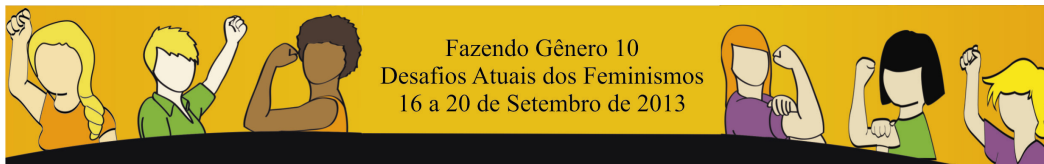
Maria Conceição da Costa  
Rebeca Buzzo Feltrin  
Lea Velho

**Resumo:** A construção das doenças e a medicina são sociologicamente objetos de um campo de práticas elaboradas tanto nas relações face a face quanto no conjunto maior de relações estruturais que compõem, ao mesmo tempo, uma realidade “dada” e “em transformação”, relativa aos fenômenos de saúde e doença presentes na sociedade. Com a industrialização da ciência, a visão sobre a doença, do que é normal ou patológico, também vem se transformando. Distintos autores voltaram sua atenção para o papel desempenhado pela medicina científica em nossa sociedade, a qual é orientada, empiricamente, pela centralidade do papel do médico, pela medicalização e pelos fármacos. Este artigo visa apontar as discussões sobre a saúde da mulher, com ênfase na menopausa, seus sintomas e tratamentos, na literatura e dentro de duas unidades de saúde: a PAM Newton Bethlem – Posto de Saúde em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro/RJ, e o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), em Campinas/SP. Entende-se aqui menopausa como socialmente construída, o que envolve entender o conhecimento médico, a descrição dos sintomas, o processo de medicalização, a prescrição de fármacos e a informação fornecida às mulheres frequentadoras desses centros de saúde.

### *Introdução*

A partir da publicação do médico norte-americano Robert Wilson, no final da década de 60, a menopausa adquiriu um caráter de doença e, como tal, necessitava ser tratada. Wilson (1966) descreve 26 “sintomas” físicos e emocionais que seriam decorrentes da baixa produção de estrogênio na menopausa - dentre eles, enfraquecimento dos ossos e músculos, corcunda da velhice, alterações gastrointestinais e cardíacas, atrofia dos seios e órgãos genitais, depressão, baixa capacidade e satisfação sexual, etc. Ao estabelecê-la como a doença, Wilson afirma que a “menopausa é curável” e revela a necessidade de um tratamento. O “tratamento” proposto por Dr. Wilson consistia na Terapia de Reposição Hormonal, ou seja, em suprir a deficiência da produção de estrogênio pelo corpo feminino nesta fase da vida. Dessa forma, o médico prometia livrar a mulher de meia-idade da “doença grave, dolorosa” e da “castração”, como descrevia a menopausa, e mantê-la para sempre jovem, bonita e “eternamente feminina” (Wilson, 1966).

Mesmo diante de inúmeras controvérsias, os argumentos de Wilson foram amplamente aceitos pela comunidade médica (Houck, 2005) e por muitas mulheres que, impulsionadas pelas



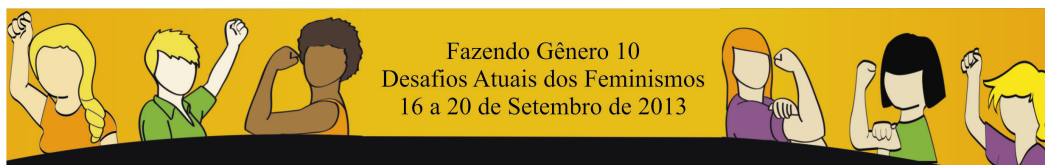
mudanças sociais da época, assimilaram o tratamento ao ideal de modernidade. Seus trabalhos foram cruciais para a aceitação da menopausa como uma “doença de deficiência” e a prescrição em larga escala da terapia de reposição hormonal (MacCrea, 1983). Esse tipo de associação entre companhias farmacêuticas, pesquisadores biomédicos, mercado de distribuição das drogas (entre outros atores), tem se tornado cada vez mais comum para a criação ou ampliação das doenças (MacCrea, 1983).

Atualmente, muitos médicos dizem ter abandonado os argumentos levantados por Wilson e adotado uma visão integral do corpo da mulher, a qual considera outros aspectos que não sejam essencialmente biológicos. Além disso, muitos assumem que a menopausa está longe de ser um período patológico. No entanto, basta acompanhar rapidamente o discurso e a prática médica – como será apresentado nos casos comparados a seguir - para perceber o quanto essas teorias continuam profundamente enraizadas no discurso de muitos médicos (Feltrin, 2012).

### ***Apresentação dos campos de estudo: CAISM e PAM Newton Bethlem***

O CAISM é o primeiro hospital da mulher da América Latina, sendo considerado referência no continente pela Organização Mundial de Saúde. Presta atendimento gratuito às mulheres do município de Campinas e de outras cidades brasileiras, realizando mais de 7.000 consultas ambulatoriais ao mês e envolvendo mais de 1.000 profissionais em diversas áreas (Brasil, 2009). O hospital-escola, localizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), oferece atendimento clínico através de seus diversos ambulatórios, os quais contam com equipe multidisciplinar, incluindo especialidades como psicologia, nutrição, assistência social e fisioterapia. Na fase da menopausa, as pacientes do CAISM são atendidas em um ambulatório específico que funciona duas vezes por semana (terças e quartas-feiras) no período da manhã, recebendo em média 80 mulheres por semana (Feltrin, 2012).

O PAM Newton Bethlem é um Centro de Saúde/Unidade Básica da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, em colaboração com o Ministério da Saúde e com o SUS. Neste posto de saúde e em outros dois outros postos, onde também acompanhamos o atendimento às mulheres, não existe um ambulatório específico de acompanhamento para mulheres na menopausa. É através do Ambulatório de Ginecologia que as mulheres são atendidas. É feita uma triagem - ou acolhimento, na linguagem dos Centros de Saúde - e os diferentes casos são examinados nos postos ou encaminhados para outros locais da Prefeitura e ou do Estado.



### ***Procedimentos Metodológicos***

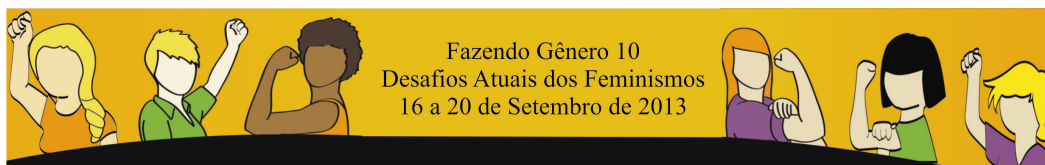
No Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), foram realizadas 28 entrevistas detalhadas com mulheres pacientes, envolvendo temas como a primeira menstruação, início da vida sexual, sentimentos em relação à menopausa, medicamentos utilizados, além de coletadas informações socioeconômicas das entrevistadas. Também foram realizadas 15 entrevistas com médicos, dos quais 7 eram residentes e 8 eram alunos do sexto ano de graduação em medicina, buscando identificar como definiam a menopausa, seu diagnóstico e tratamentos médicos. Foram ainda observadas 64 consultas ginecológicas do Ambulatório de Menopausa<sup>1</sup>, com entrevistas complementares às mulheres atendidas. No total, a pesquisa envolveu 99 mulheres pacientes e 15 médicos-aprendizes, somando cerca de 50 horas de gravação. Os dados foram coletados entre Setembro de 2009 a Outubro de 2010 (Feltrin, 2012).

Observando o perfil das mulheres atendidas no Ambulatório de Menopausa do CAISM e envolvidas na pesquisa, percebeu-se que elas apresentavam características socioeconômicas muito próximas. A maioria se autodeclarou branca, de classe social baixa (até 3 salários mínimos) e baixa escolaridade (até 4 anos de estudo). A média de idade era de 57 anos, sendo que a maioria se encontrava no período de pós-menopausa (após 12 meses sem menstruação).

No PAM Newton Bethlem – Posto de Saúde em Jacarepaguá - no Rio de Janeiro/RJ foi possível acompanhar 40 mulheres no momento de suas consultas no ambulatório de ginecologia. As mulheres atendidas no Posto de Saúde acompanhado no Rio de Janeiro são de baixa renda, moradoras de comunidades no bairro de Jacarepaguá. Muitas não trabalham, moram em casas com outros membros da família, outras trabalham em serviços como babas, faxineiras. Diferente do CAISM, nos postos de saúde não existiam ambulatórios específicos de menopausa. Esta questão é tratada dentro de um amplo espectro de sintomas e doenças as mais diversas. São preenchidos prontuários e as mulheres são encaminhadas para diferentes “territórios”, segundo a linguagem local.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Os outros Postos de Saúde e ou Hospitais são chamados territórios porque a maior parte deles - especialmente nessa região, Jacarepaguá - estão próximos a uma comunidade. O que a Prefeitura pretende, ou dentro de um plano de gestão na área da saúde, é atender a população local no Posto que está naquela localidade. Entretanto, as pessoas têm o hábito de se encaminharem a outros postos, longe de seus locais de moradia, por diferentes razões. Uma das razões, a mais comum, é não ser identificado como morador daquela comunidade, onde o Posto tem acesso a informações sobre os problemas de lá. Assim, se encaminham a outros postos, o que faz com a Prefeitura os devolva a seus territórios o



Foi realizada, para estudar a questão da menopausa, uma etnografia dentro dos postos de saúde - dentro dos consultórios - no momento da triagem, onde foi possível perceber como a menopausa era entendida e, conseqüentemente, sua medicalização, sintomas, tratamentos, encaminhamentos, visões dos médicos e visões das mulheres atendidas no local.

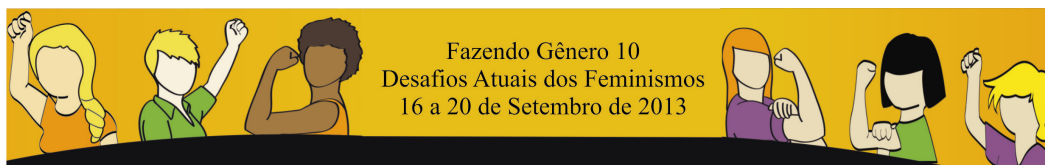
### ***Medicalização da menopausa***

O olhar presente sobre Sociologia da doença e da medicina é marcado, inicialmente, por uma visão sobre a história das doenças e das práticas em saúde, nos últimos séculos, identificando-se a construção de uma perspectiva racionalista do processo saúde-doença. Algumas publicações tratam de questões específicas da assistência, onde são problematizadas assimilações e resistências desse movimento de tecnificação dos saberes, já dentro de um panorama interno às práticas de saúde (com especial atenção dada à profissão médica e à instituição hospitalar) (Adam & Herzlich, 2001). Entretanto, para além das questões relativas ao espaço circunscrito aos hospitais e ao cuidar, a doença e a medicina são sociologicamente objetos próprios de um campo de práticas elaboradas tanto nas relações face a face (em que melhor visualizamos as relações existentes entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde), quanto no conjunto maior de relações estruturais que compõem, ao mesmo tempo, uma realidade “dada” e “em transformação”, relativa aos fenômenos de saúde e doença presentes na sociedade.

Segundo Martin, a crescente industrialização surgida no século XIX impôs uma ideologia da produção como matriz da sociedade ocidental moderna. Muda-se, junto com a industrialização e da ciência, a visão da doença, do que é normal, do que é patológico, e faz com que distintos autores voltem sua atenção para o papel a ser “desempenhado pela medicina científica, orientada empiricamente, pela centralidade do papel do médico e da especialização pela busca de um saber racional. Os autores situam, ainda, como foi gradativa a importância assumida pelo Estado, a partir do final do século XIX, com os problemas sanitários e higiênicos, assim como com o desenvolvimento da proteção social. Focalizam com veemência o fato de que a dupla evolução da medicina e da proteção social e o cuidado das doenças e as condições dos doentes marcam um processo que se estende por toda a sociedade - o da medicalização, momento em que o saber médico conquistou valor normativo. Não obstante a aparente naturalização de certas características

---

tempo todo. Dessa forma, uma parte grande do trabalho é o encaminhamento de determinado paciente a um posto perto de sua casa.



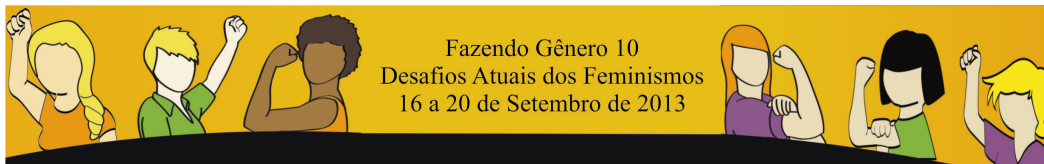
da assistência ou do processo saúde-doença, os autores lembram que os diferentes tipos de doença, de tratamentos, de atores envolvidos na recuperação dos doentes, dentre outros fatores, propiciam não somente diversas experiências individuais de adoecimento, mas também implicam diferentes jogos simbólicos em que são produzidas representações sociais específicas sobre os doentes, sobre as doenças e sobre a própria sociedade. Assim, a peste negra, a varíola, a sífilis, a tuberculose, o câncer e, mais recentemente, a AIDS, são exemplos de doenças emblemáticas de diferentes organizações ou contextos sociais.” (Castellanos & Nunes, 2005)

No que se concerne às mulheres, os textos médicos passaram a tratar os corpos das mulheres como uma estrutura hierárquica, direcionada a produzir crianças: menstruação é falha na produção e menopausa é máquina deixando de funcionar (Heilborn, 2009). A classificação médica da menopausa como doença e a medicalização dos sintomas no decorrer das primeiras décadas do séc. XX apontam que o número de relatos de mulheres ocidentais atingidas vem aumentando rapidamente.

Durante o trabalho de campo, tanto em Campinas, quanto no Rio de Janeiro, foi possível estabelecer que o universo das mulheres nesses locais eram muito próximos daquilo que uma grande parte da literatura, especialmente a literatura feminista, tem a dizer sobre como são classificadas as mulheres nesta etapa de suas vidas.

Portadoras de distintos sintomas físicos e psíquicos, como calores, depressão, ganho de peso, perda de memória, problemas cardíacos e aparecimento de pequenos tumores, essas mulheres demandam, ou demandariam, exames periódicos. Segundo Conrad, a menopausa, assim como outros “problemas” apontados como desviantes dentro da sociedade ocidental e pós colonialista, é vista como uma doença. Para tais “problemas” e “sintomas” são prescritos fármacos, desde hormônios para reposição hormonal (estrógeno, progesterona e até testosterona) assim como o uso de anti-histamínicos.

Durante o acompanhamento das consultas no Ambulatório do CAISM, foi possível observar diversas vezes uma tentativa de reconstrução (ou imposição) de significados atribuídos ao corpo feminino na menopausa, visto que o saber médico é tido como verdadeiro e objetivo. A ideia desse saber científico como “superior” - reproduzida pelos próprios médicos - acaba por inferiorizar o conhecimento da mulher, suas angústias, medos e significados. Neste caso, percebe-se uma forma hierárquica do saber: o saber científico é tido como verdadeiro e o conhecimento popular é considerado credence ou mito, sendo socialmente desvalorizado. Boaventura de Souza Santos



(2005) argumenta que o saber científico sente-se capaz de julgar todas as outras formas de conhecimento, já que se coloca em uma posição hierarquicamente superior.

No caso ilustrativo de Mirtes, apresentado a seguir, a médica desconsidera as preocupações da paciente durante a consulta com relação à segurança da TRH e sua associação ao aumento de incidência de câncer – risco que é apresentado como nulo pela médica e redireciona a decisão da mulher:

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

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

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

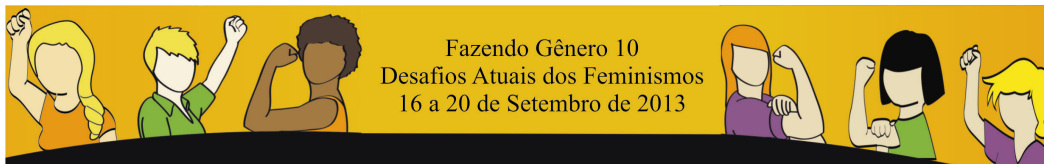
Médica: É que ela faz uma medicina diferente da nossa, então é difícil... Também a gente não palpita de lá e eles não palpitam aqui também... então, se a senhora disser “eu não vou de jeito nenhum, porque eu to encanada”, a gente tem outras opções: tem o hormônio gel, hormônio creme, hormônio adesivo, mas isso vai acarretar custos [...] mas a senhora tem que entender que porque a senhora tá com isso na cabeça, mas não que... seja a realidade isso. [...] Quando falarem isso pra senhora, a senhora diz: “*não, eu conversei com a médica lá ela esclareceu minhas dúvidas... Eu não tenho este risco! Algumas pacientes tem este risco e não devem usar o hormônio, mas não é o meu caso*”, tá bom?

(MIRTES, 44 anos)

No âmbito da consulta médica, era possível perceber momentos de submissão por parte das mulheres a seus médicos, já que nesta relação a autoridade sobre o corpo feminino é exercida pelo médico por meio de seu saber. A maneira com que o médico se comporta durante a consulta, desqualificando o conhecimento da mulher, traz à tona outros fatores além da autoridade médica que deveriam ser considerados, como por exemplo, as diferenças de classe e cor/raça entre médicos e pacientes. Quase todos os médicos do local eram brancos e de classe social alta, o oposto do perfil das mulheres atendidas naquele ambulatório. Pode-se observar aqui diferentes preocupações com relação ao corpo dependendo da classe social e cor/raça do informante que, no caso observado, passava pelo médico e paciente. Em geral, entre classes sociais mais baixas, como é o caso das mulheres frequentadoras do Ambulatório, é possível observar uma supervalorização da fertilidade, o que não acontece da mesma forma entre classes sociais mais elevadas (Feltrin, 2012).

Neste relato de Mirtes, a própria concepção de risco para não usar a TRH considerada pela paciente, como o câncer, contrapõe-se ao discurso da médica que diz que o risco de não usar a TRH “atrapalharia muito mais”, como os problemas de “mudança de humor” ou de “pele”, concluindo que “a falta desse hormônio é prejudicial”. Deve-se considerar o fato de que há uma maior





incidência do uso de TRH entre o grupo de mulheres brancas, de maior escolaridade e classe social mais alta (PINTO NETO et al., 2002). Uma das justificativas para isso poderia estar relacionada justamente com o fato da TRH trazer significantes efeitos no campo estético (maciez da pele, cabelo, evitar ganho de peso, humor...) para um “corpo de consumo” (Martin, 2006), e que não são as preocupações centrais entre mulheres de classe social mais baixa, onde o foco seria a “produção”, fato que não seria alterado com o uso de TRH.

Pode-se observar ainda nessa passagem que a médica se sente capaz de revelar a “realidade” sobre o corpo da mulher, desconsiderando as controvérsias e riscos envolvendo o uso de TRH e apresentando à paciente como um fato fechado, uma verdade incontestável. Os argumentos de Mirtes, tanto quando fala sobre seus medos em usar terapia hormonal ou quando recorre aos argumentos de uma médica “não-tradicional” acabam sendo desconsiderados por não terem um embasamento médico-científico e não representarem a “realidade”. Quando a médica diz “ela faz uma medicina diferente da nossa” referindo-se à médica biomolecular, há uma conotação desqualificadora dessa outra forma de conhecimento, o que é reforçado no final do trecho quando a médica orienta a mulher a se defender dos comentários que a deixam com dúvida apoiando-se exclusivamente no discurso médico-científico (Feltrin, 2012).

No caso seguinte, o médico descreve uma sucessão de acontecimentos no corpo da mulher com a chegada da menopausa, onde a baixa produção de estrogênio aparece como explicação para todos os males, desde os mais variados sintomas físicos como “secura vaginal”, “osteoporose” e “ondas de calor” até sintomas psíquicos como a “depressão”, todos tratados com “hormônios”.

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

P: Sei.

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

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

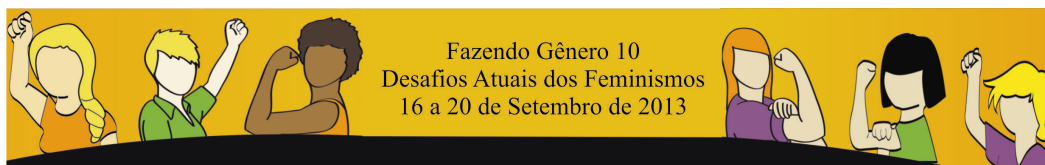
M: É.

P: E vai tomar por tempo indeterminado?

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

P: Certo. (ANDRÉIA, 55 anos)

Apesar de muitos médicos aprendizes (residentes ou alunos de graduação) do CAISM relatarem durante entrevistas que a menopausa é um fenômeno natural da vida e discordarem de um tratamento exclusivamente medicamentoso, eles não tinham autonomia para contestar a orientação de seus professores (orientação oferecida aos aprendizes para solucionar cada caso), além de

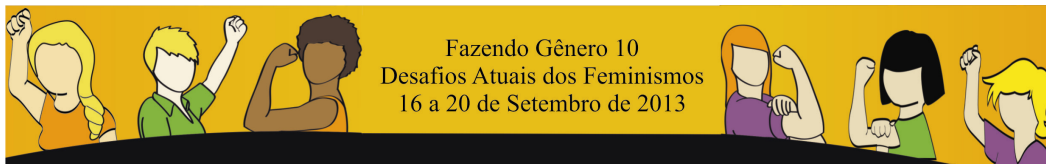


assumirem não saber lidar com a questão de outra forma, o que os levavam a uma reprodução fiel da visão de seus professores (Feltrin, 2012).

No âmbito da consulta médica, era possível perceber diversos momentos de submissão por parte das mulheres a seus médicos, já que nesta relação a autoridade sobre o corpo feminino é exercida pelo médico por meio de seu saber. Entretanto, é possível que tal relação se apresente dessa forma apenas no consultório, já que este local é o reduto do saber médico e induz esse tipo de comportamento por parte das mulheres pacientes. Deve-se considerar o fato de que as mulheres pudessem se comportar de outra forma em suas casas, escolhendo quais soluções passadas pelos médicos seriam seguidas, adaptadas ou abandonadas. De fato, muitas mulheres relataram adaptar o modo com que tomavam o remédio, comparavam suas receitas médicas com a das amigas e recorriam a tratamentos como chás, alimentos específicos, etc. Em um relato, a mulher fala que após ler a bula do remédio receitado pelo médico para terapia de reposição hormonal, ficou com medo dos “efeitos colaterais”, dos “compostos químicos” e decidiu interromper o tratamento. Embora de primeiro momento a relação aparente ser de submissão por parte das mulheres pacientes, já que elas procuram não confrontar as decisões do médico no momento da consulta, por outro lado, muitas mulheres acabam modificando o que receberam do médico – seja rejeitando o medicamento, alterando o modo de administrar a dose, adaptando o que foi prescrito à sua realidade, ou se medicando como aprenderam com suas amigas ou antepassados. Se por um lado elas parecem submissas, deixando de lado sua interpretação da realidade e aceitam a imposição científica do que é verdade sobre o seu corpo, por outro lado, o fato delas manterem suas ideias fora do consultório, buscando alternativas, e evitando confrontar com o saber médico torna-se uma forma de proteger seu conhecimento sobre a questão, além de um meio de desafiar essa “verdade absoluta” da ciência (Feltrin, 2012).

Assim como no CAISM, no Posto de Saúde do Rio de Janeiro, as mulheres também são largamente “tratadas” durante a fase da menopausa baseado apenas em poucas perguntas e em uma observação/anamnese bastante rápida, o que é típica dos Postos. Em grande medida, os Postos não são os lugares onde se realizam tratamentos de longo prazo. São lugares de controle de doenças endêmicas, lugares de realização de pequenos exames que não necessitam de equipamentos caros e realização de exames preventivos. No caso da menopausa, ainda que medicalizada, a fase é acompanhada de acordo com as “queixas” das pacientes, isto é, se as mulheres começam a apresentar alguns desses sintomas descritos acima, é rapidamente medicada. No caso da reposição hormonal é bastante grave: é apenas a partir das respostas das pacientes e com pouquíssimos



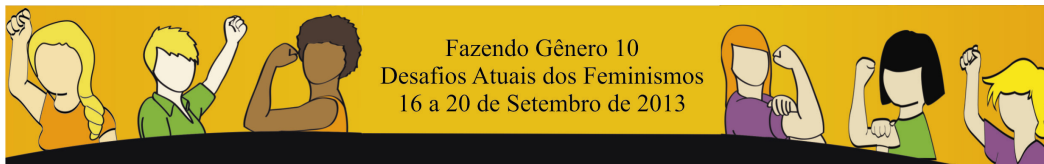


exames de imagens como mamografia e ultrassom – os quais só são realizados se as próprias mulheres se preocuparem com seus corpos e solicitarem – que hormônios são distribuídos em larga escala.

Segundo uma das médicas do Posto, “há uma demanda enorme no que se refere às queixas do climatério. Muito embora tenham uma atenção às rotinas de prevenção para câncer de mama e de útero, com ambulatorios especialistas neste assunto, o climatério fica no vácuo (sic). Assim o máximo que faz, quando aparecem as queixas, é prescrever creme vaginal que é o estradiol. (...) A medicina não tem um consenso sobre o climatério. Pode variar a idade e a decisão. A questão do câncer aparece junto com possíveis problemas cardiovasculares (por causa do estrógeno). Só precisa acompanhar e proteger o endométrio.”

Com este discurso, os médicos acabam realizando uma reposição indiscriminada com estrógeno durante a menopausa:

1. Tereza, 50 anos: veio fazer “preventivo”(paranicolau) que não faz ha 5 anos. Nunca fez mamografia também. O único problema de agendar um preventivo é que tem que ficar 3 dias sem relação sexual. Faz reposição hormonal, muito embora nunca tenha feito um exame de imagem.
2. Vania, 50 anos: veio fazer exames periódicos. Teve câncer de útero em 2004 e quando tinha plano de saúde fazia exames periódicos. Hoje não tem plano e não está bem, avalia: “sinto fraqueza, dor na perna”. Foi diagnosticada com depressão e hipertensão e foi medicada com antidepressivo (Ocadil). Veio fazer também densitometria óssea e mamografia. Atualmente não trabalha, “não tenho nenhuma atividade, vou voltar a trabalhar na rua [...]”.
3. Francinete, 61 anos: fez exame e deu negativo para câncer. “Me passaram uma pomada por conta do ressecamento (vaginal)” (estradiol).
4. Ângela (não informou a idade): “Tenho pressão alta, acredita que está no climatério, mas sabe que já passou da TPM, ou a fase de querer matar o marido (sic). Às vezes tem calor e frio. Às vezes anda agitada/atacada, mas acha que é porque parou de fumar.” Faz 5 anos que não faz preventivo, nem mamografia. Está cheia de familiares com casos de câncer (mama, garganta). É sempre difícil vir até aqui porque trabalha como babá todas as manhãs.
5. Maria, 47 anos: fez mamografia particular e vai pagar para fazer ultrassom (custa 30 reais). Tem uma diferença em um dos seios. Não faz reposição hormonal.



Uma parte grande das mulheres atendidas no Posto de Saúde aponta que tem vida sexual ativa, grande parte de suas queixas tem a ver com os problemas físicos que começam a dificultar suas relações sexuais. Diferente do que aponta a bibliografia, essas mulheres tem informação sobre os efeitos colaterais vinculados ao uso de Terapia hormonal, mas como a recomendação para o uso de hormônios vem do médico, elas acreditam estar em segurança (paradoxo da medicalização).

Remédios como Ocadil (para depressão) e estradiol para (reposição hormonal) são largamente prescritos no Posto de Saúde. Como prática dos consultórios, as pacientes são atendidas pelas enfermeiras, muitas delas terceirizadas, que ouvem todas as “queixas” e somente encaminham as mulheres para o atendimento médico e/ou a outros postos de saúde. A ideia principal é sempre fazer com que retornem aos seus territórios de origem, ou postos de saúde perto de seus bairros.

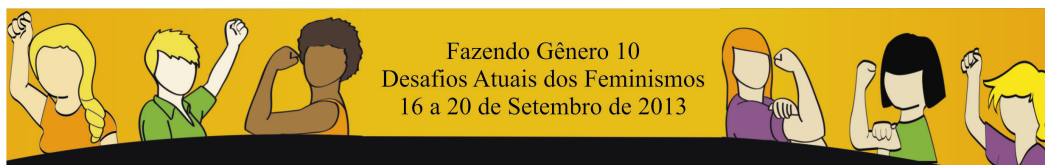
### ***Análise Comparativa: aproximações entre os campos acompanhados***

É possível perceber que nos dois centros de saúde acompanhados – o Ambulatório de Menopausa do CAISM em Campinas/SP e o Posto de Saúde PAM Newton Bethlem, no Rio de Janeiro/RJ – a menopausa é tratada como uma doença, cujo tratamento para seus “sintomas” associados é a terapia de reposição hormonal. Apesar das controvérsias envolvendo o uso indiscriminado do TRH e os efeitos colaterais envolvidos, as mulheres acabam, em grande parte, aceitando a prescrição do médico por acreditarem que este “expert” saberá o que é melhor para o seu corpo. Os antidepressivos também são largamente utilizados em ambos os centros de saúde acompanhados. O medicamento denominado “Ocadiol”, no PAM Newton Bethlem e a “fluoxetina” no CAISM eram prescritos pelos médicos em conjunto com a TRH para alívio dos “sintomas” da menopausa.

A medicalização em larga escala era geralmente justificada por parte dos médicos já que, em grande medida, eles acreditavam que estavam apenas atendendo o pedido das mulheres: uma resposta ao ressecamento vaginal que dificultava as relações sexuais das mulheres e a depressão associada à menopausa. Em ambos os locais de acompanhamento, esses eram os principais sintomas que as mulheres apontavam durante as consultas ginecológicas e que as levavam a buscar auxílio médico.

-

### ***Considerações Finais***



A percepção da menopausa pelas mulheres ocidentais e seus médicos não são essencialmente homogêneas. Comparando percepções da menopausa dentro de um mesmo país, onde a população compartilhe das mesmas metáforas culturais, o significado da menopausa pode variar muito de acordo com a classe social, raça e níveis de instrução das mulheres na menopausa. No Brasil, algumas pesquisas apontam que entre as mulheres nessa fase da vida, as mais adeptas ao uso da Terapia de Reposição Hormonal na menopausa são as mulheres pertencentes a classes sociais mais altas, brancas e com maior grau de escolaridade. De acordo com um estudo realizado em 2002 sobre o perfil das usuárias de TRH em Campinas/SP, o maior nível de escolaridade (ensino médio completo e ensino universitário) aumentou quatro vezes a chance de a mulher ser uma usuária de terapia de reposição hormonal. As mulheres pertencentes às classes sociais mais elevadas apresentaram maior adesão ao tratamento de terapia hormonal, quando comparadas àquelas pertencentes a outras classes sociais. A pesquisa também indicou uma probabilidade maior de uso de TRH entre mulheres que se declararam brancas (PINTO NETO et al., 2002).

Entretanto, em ambos os casos estudados, no Ambulatório de Menopausa do Caism e no Posto de Saúde PAM Newton Bethlem, centros de saúde públicos voltados ao atendimento de mulheres de classe sociais baixas e pouca escolaridade, percebeu-se uma alta prescrição e uso de TRH entre as mulheres na menopausa. Muitos desses medicamentos são distribuídos gratuitamente. Embora as mulheres dos locais acompanhados mostrem uma preocupação com o uso de TRH e efeitos colaterais associados, acreditam estar protegidas desses riscos quando a prescrição vem do médico. Dessa forma, o médico teria legitimidade para controlar o corpo das mulheres e, mesmo quando as mulheres questionam as informações passadas e alteram um tratamento prescrito, dificilmente confrontam seus médicos no âmbito da consulta.

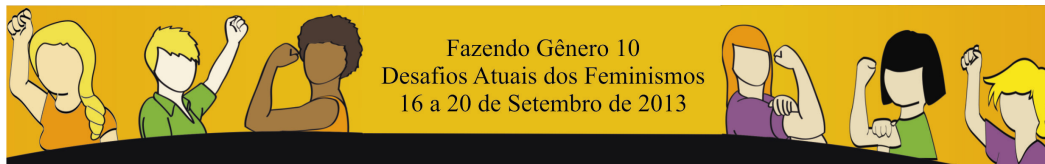
### ***Referências Bibliográficas***

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. Sociologia da Doença e da Medicina Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

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

CASTELLANOS, Marcelo E. P. and NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde: análise de um manual. Physis [online]. 2005, vol.15, n.2, pp. 364-371.

FELTRIN, R. B. Entre o campo e o laboratório: a construção da menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro. [Tese de doutorado] Campinas, SP, 218 p. 2012.



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

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

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

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

SANTOS, B S. Semear Outras Soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Ed. Civilização brasileira, Rio de Janeiro, 2005.

WILSON, R. Eternamente Feminina. São Paulo: Edameris, 1966.

### ***Menopause: a comparative study between two centers***

**Abstract:** Diseases and medicine are sociologically objects that own a field of practices developed both in relations face to face, and in the larger set of relationships structural component, while a reality "given" and "in transformation "on the phenomena of health and disease present in society. With the industrialization of science, insight into illness than is normal or pathological, also is becoming. This movement caused different authors turn their attention to the role played by scientific medicine in our society, which is driven, empirically, the centrality of the role of medical expertise and the pursuit of a rational knowledge. This article aims to point out the discussions on women's health, with emphasis menopausal symptoms and treatment in the literature and within two health units in Brazil: PAM Newton Bethlem - Health Post in Jacarepagua, in Rio de Janeiro / RJ, and the Center for Health Care Women's Integral (Caism), in Campinas / SP. It is understood here menopause as a socially constructed concept, which involves understanding the medical knowledge on the subject, description of symptoms, the process medicalization, prescription drugs and information provided to women attending these health centers.

**Keywords:** Hormones; Sociology of science; Biomedicine; Gender relations.