

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Monografia em Ciências Sociais
Bacharelado em Antropologia

MENSTRUÇÃO E CORPO FEMININO

UMA DISCUSSÃO SOBRE ALGUNS DOS EMBATES ENTRE NATUREZA E CULTURA

JANEIRO, 2001

DANIELA TONELLI MANICA
R.A. 950417

PROFa. MARIA SUELY KOFES
ORIENTADORA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1. A Pesquisa.....	9
2. MENSTRUAÇÃO: NOÇÕES.....	14
2.1. Definições das Mulheres.....	16
2.2. Definições dos/as Médicos/as.....	21
2.3. Não Menstruar.....	23
2.3.1. Não Menstruar: a diferença	23
2.3.2. Classificações.....	26
2.3.3 Menopausa.....	29
3. CONTRACEPÇÃO.....	33
3.1. Mulheres e Contraceção Hormonal.....	37
3.2. Ginecologistas e Contraceção.....	43
4. SUPRESSÃO DA MENSTRUAÇÃO.....	50
4.1. Mulheres e Supressão da Menstruação.....	52
4.2. Ginecologistas e Supressão da Menstruação.....	56
4.3. A Endocepção e a Supressão da Menstruação.....	62
5. RELAÇÃO MÉDICOS/AS GINECOLOGISTAS E PACIENTES.....	67
5.1. Noções e Pressupostos da Ginecologia.....	68
5.2. Ginecologia e Sexualidade.....	69
5.3. Medicina – Médicos – Pacientes.....	72
5.4. Neutralidade.....	78
5.5. Pacientes?	79
ANEXO I	82
ANEXO II - FRENTE.....	83
ANEXO II – VERSO	84
6. BIBLIOGRAFIA.....	85

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Menstruar é um fenômeno não natural. Natural é a gravidez.

(Dr. Elsimar Coutinho, Revista Veja – 2/2/2000)

Ah, não sei porquê toda mulher tem que ficar menstruada..., esta frase inicia um vídeo distribuído pela empresa farmacêutica *Organon*, chamado *Conversa Íntima*, que tem por função esclarecer às mulheres que estão (re)iniciando o uso de pílulas anticoncepcionais certas questões, como a da contracepção segura e do ciclo menstrual. Menstruação e ciclo menstrual são, geralmente, considerados como obviedades da *natureza feminina*, ou ainda como fatos pré-sociais, universais a todas as mulheres. Esta indagação sobre a menstruação como fenômeno inevitável a todas as mulheres é levantada no vídeo, mas apenas como uma questão introdutória aos temas para os quais o vídeo foi realmente desenvolvido, como contracepção e doenças sexualmente transmissíveis.

Porquê as mulheres têm que menstruar? Esta questão fica no ar, sem resposta. No entanto, na Universidade Federal da Bahia, o Dr. Elsimar Coutinho, médico e professor titular de Medicina e Reprodução Humana, há tempos dedica-se a respondê-la. Atualmente, defende avidamente a supressão da menstruação por mulheres que assim desejarem, argumentando que a menstruação não é um fato **natural** do corpo da mulher,

e sim **social**. Para este médico e autor do livro *Menstruação, a sangria inútil*¹, em um hipotético *estado de natureza*, as mulheres estariam constantemente expostas à *ação reprodutora* dos machos, passando simultaneamente pelas fases de gestação e amamentação, sem, portanto, menstruem tanto. A adoção de métodos contraceptivos, freqüente atualmente, contribuiria para aumentar a ocorrência da menstruação. Dessa forma, segundo ele, a menstruação não pode ser entendida como *natural*, e sim como consequência de uma estratégia *cultural* de controle do processo de procriação.²

Em seu livro, Dr. Elsimar Coutinho procura demonstrar como concepções sobre a menstruação se consolidaram historicamente: a menstruação foi sendo entendida como um processo **natural** de limpeza e purificação, que inspirou, inclusive, até o século XIX, a prática da sangria, amplamente utilizada pelos médicos no tratamento de doentes (e de qualquer doença, segundo o autor). Mais do que isso, o autor procura esclarecer ao leitor o que é a menstruação e desmistificar o seu papel purificador, argumentando que as doenças *catameniais*, ou seja, doenças relacionadas à menstruação, são numerosas e indesejáveis para muitas mulheres.³ Para defender-se do argumento de que a menstruação seria um processo *natural* do organismo feminino, o autor recorre à explicação de que no *estado de natureza* as mulheres *não menstruariam*, e que:

*Somente quando o homem começou a se organizar **socialmente** é que surgiram as condições que deram à mulher a oportunidade e os meios de sobreviver sem ser alvo da ação reprodutora dos homens.*⁴

¹ COUTINHO, Elsimar – *Menstruação, a sangria inútil*. São Paulo, Ed. Gente, 1996.

² As implicações do uso do termo **reprodução** são discutidas por: OLIVEIRA, Fátima - Biotecnologias de Procriação e Bioética, in: *Cadernos Pagu* No.10, 1998, p.55. Considerando que não se trata de **reproduzir** o ser humano porque o feto é uma **terceira pessoa**, optei por utilizar o termo **procriação**.

³ COUTINHO, Elsimar – op. cit. p. 150.

⁴ COUTINHO, Elsimar – op. cit. p. 18. (grifo meu)

Suprimir a menstruação seria uma maneira de reduzir os incômodos que ela provoca a (algumas) mulheres, e que, segundo Dr. Coutinho, não alteraria o **natural** porque *menstruar não é natural*.

Como podemos ver, portanto, em torno da questão *menstruar ou não menstruar?*, debate-se outra: *natural ou cultural?*

Essa discussão sobre a **supressão da menstruação**, além de revelar noções relacionadas à menstruação, abre um campo de discussões sobre o uso das tecnologias médico-farmacológicas sobre o corpo, tratadas atualmente em algumas discussões de gênero, natureza e cultura, e corporalidade desenvolvidas na teoria antropológica.

A questão da *reprodução*, por exemplo, e das *novas técnicas reprodutivas* (NTRs), têm sido trabalhadas por algumas antropólogas, e têm trazido discussões importantes para a questão do parentesco, em que cabem as discussões sobre natural/biológico e cultural/artificial. Strathern, por exemplo, discute a implicação das NTRs para o pensamento sobre parentesco e a conexão deste com os *fatos naturais da vida*. Segundo a autora, no pensamento inglês (ou euro-americano), as relações *naturais*, como as do parentesco, são entendidas como imutáveis, intrínsecas, essenciais.⁵ O parentesco é o arranjo social baseado no processo de *reprodução biológica*. Estas relações são postas em questão com as NTRs, uma vez que as relações pensadas como naturais passam a estar sob controle da *cultura*. Desta forma, as metáforas que antes cabiam para a diferenciação *homem x máquina*, *cultura x natureza*, precisam ser reformuladas.

*Europeans can look to future kinship to provide them neither with metaphors for the natural givens of human existence nor with metaphors for regeneration through the spontaneous effects of procreation.*⁶

⁵ STRATHERN, Marylin – *Reproducing the Future – Essays on Anthropology, Kinship, and the New Reproductive Technologies*. Manchester, Manchester University Press, 1992. p.34.

⁶ STRATHERN, Marylin – op. cit. p.61.

O embate entre os domínios do natural e do cultural não se limitam às discussões travadas sobre as ciências *naturais*: a noção de *cultura* é também fundamental para o pensamento antropológico. Procurando definir o que seria o domínio humano em contraposição ao animal, Lévi-Strauss encontra na capacidade de distinção binária, de diferenciação, na instauração de uma forma arbitrária de proibição do incesto, a maneira primordial pela qual a cultura se manifesta. Porém, conforme discute MacCormack, **cultura**, em Lévi-Strauss é **natureza** humana.⁷ É, em si, uma função cerebral, e portanto biológica. Citando Schneider, a autora argumenta que **cultura** não é **natureza**, mas **natureza** sim, é um **conceito cultural**. Para a autora, a dicotomia *natureza x cultura* e o 'mito' da natureza fazem parte de um sistema de signos arbitrários que se apóiam num consenso social de significado.⁸

O problema com estas dicotomias, tanto para MacCormack como para Strathern, está no fato de que a apropriação destas categorias como universais ao pensamento humano, ou seja, como operantes em todos os casos etnográficos encontrados, é uma atribuição etnocêntrica colocada pelo etnógrafo, quase uma *ilusão totêmica*.⁹

A crítica está, portanto, na **apropriação empírica** dos termos *natureza* e *cultura* como significados únicos, na utilização da metáfora da natureza como *verdade literal*. Para Strathern, não há um significado único para natureza e cultura, e sim uma **matriz de contrastes**, entre os quais algumas *culturas* possuem alguns significados correspondentes e coincidentes, ressonantes. A escolha de um determinado grupo de combinações na produção de dicotomias deve-se, para a autora, a uma *intenção ideológica* que, no caso da relação natureza : cultura : : mulher : homem, pode refletir uma

⁷ MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marilyn (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

⁸ MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marilyn (eds.) – op. cit. p.6. Obs: tradução minha.

⁹ Segundo Strathern: *To link indigenous categorizations which appear to oppose something like culture and nature and our own interpretation of social forms is almost another instance of the totemic illusion.*

disputa de poder que busca relegar a mulher a um status natural, privado de sua identidade social.¹⁰

Sherry Ortner atribui como causa para a subordinação universal das mulheres a universalidade da capacidade reprodutiva ou procriadora da mulher, ou a associação das mulheres ao domínio da natureza, presente em todas as culturas, em função de sua capacidade de gerar filhos.¹¹ A fragilidade desta análise está, para Strathern, na atribuição da universalidade da relação **natureza e cultura** como fixas, de significado único e central para cada cultura. O caso Hagen é uma exceção e um exemplo para a crítica, já que, tanto a relação *mbo* (doméstico) e *romi* (selvagem), como a forma pela qual os *Hagenianos* entendem gênero não operam com os termos *natureza* e *cultura*.¹² Não somente a dicotomia *natureza x cultura*, quando operante, apresenta-se através de uma matriz de contrastes, que é variável em cada contexto, como também a tensão entre os domínios aos quais estas dicotomias podem se referir são diferentes:

*Mbo and romi are in an antithetical rather than a hierarquical, processual relationship. The domestic domain is not seen as colonizing the wild; the development of social consciousness in persons is not represented as culture transcending nature.*¹³

O que se coloca em questão, portanto, no trabalho de Strathern, não é a utilização das dicotomias *homem x mulher* ou *cultura x natureza*, mas a determinação, a apropriação de uma sobre outra, e a conseqüente relação de **dominação** e

STRATHERN, Marilyn - No nature, no culture: the Hagen case, in: MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marilyn (eds.) – op. cit. p. 181.

¹⁰ STRATHERN, Marilyn - No nature, no culture: the Hagen case, in: MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marilyn (eds.) – op. cit. p.179,180.

¹¹ ORTNER, Sherry – Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M. Z. e LAMPHERE, L. (orgs.) – *A Mulher, A Cultura e A Sociedade*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

¹² *Similar to the domestic-wild distincton, physiological differences constitutive of the person are regarded as innate and axiomatic, not subject to human intervention. Yet, insofar as aspects of gender behavior can also be regarded as 'created' or actively sustained by individual action, certain other distinctions between male and female hold a very different epistemological status.* MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marilyn – op. cit. p.191.

subordinação. Portanto, é importante perceber como *natureza* e *cultura* estão relacionadas em determinado contexto, e se essa relação envolve uma **tensão** e a atribuição de **hierarquias** ao *natural* ou *cultural*.

Através dos argumentos desenvolvidos por Dr. Elsimar Coutinho para defender a **supressão da menstruação**, percebe-se não somente que este debate está fundamentado numa discussão sobre o *biológico* e o *cultural*, mas que a definição dos domínios a que essas categorias dizem respeito apresentam-se de formas variadas. Ao atribuir a **menstruação** ao domínio do **cultural**, o autor quer definí-la como desnecessária, suprimível, contrariando a idéia corrente de que a menstruação é uma **manifestação natural** do corpo feminino, necessária e salutar. A alteração no funcionamento da menstruação, se esta for pensada enquanto natural, poderia ser entendida como uma (indesejável) ação humana (*cultural, artificial*) sobre o corpo (*natural ou divino, universal*). Dessa forma, o que está em questão também é o **uso das técnicas médico-farmacológicas**, especificamente das técnicas de contracepção hormonal e de supressão da menstruação.

Nesta pesquisa procuramos levantar as concepções sobre *menstruação* e *corporalidade* presentes nas falas de ginecologistas e de pacientes, observando de que forma esses discursos relacionam as idéias de *natural* e *cultural* (bem como de suas variações, como *biológico* e *social* ou *artificial*). Além disso, através da menstruação fala-se de feminilidade, fertilidade, maternidade, e faixas etárias convencionadas. O objetivo dessa pesquisa é pensar essas questões tendo em vista o debate sobre a *supressão da menstruação*.

Para tanto, será necessário tratar não somente da questão da supressão da menstruação, mas problematizar toda a esfera social através da qual essa discussão

¹³ MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marylin (eds.) – op. cit. p.218.

torna-se possível: a relação médicos ginecologistas e pacientes, as noções sobre menstruação para médicos e para pacientes, e a questão da contracepção hormonal – através da qual efetivamente surge a possibilidade da supressão da menstruação.

1.1. A Pesquisa

Essa monografia de final de curso resulta de uma pesquisa de iniciação científica financiada pela Fapesp, que foi realizada na região de Campinas de junho a dezembro de 2000, e que culminou na elaboração de um projeto de mestrado apresentado no processo de seleção 2001 e aprovado pelo Departamento de Antropologia do IFCH - Unicamp.¹⁴

Nos primeiros três meses, foram feitas e transcritas entrevistas com médicos ginecologistas e pacientes. Foram entrevistados, ao todo, cinco médicos ginecologistas e sete pacientes. Dos ginecologistas entrevistados, três são homens e duas mulheres. As duas primeiras pacientes foram entrevistadas no próprio consultório médico, a partir da indicação de um dos médicos entrevistados, Dr. Sérgio, da Clínica Macedo, em Campinas. Estas entrevistas, no entanto, não puderam ser gravadas e, portanto, não foram transcritas. As outras cinco mulheres foram entrevistadas em locais variados, em casa ou no local de trabalho, mas não no e através do consultório médico, porque objetivávamos evitar uma associação, mesmo que implícita, com a figura do médico e com a esfera social do consultório.

Nos dois meses subseqüentes, os dados das entrevistas foram organizados e analisados, e, em seguida, trabalhamos na elaboração deste texto. Procuramos, ao desenvolver as questões colocadas pela pesquisa de campo, dialogar com algumas

¹⁴ Envio à banca, em anexo, uma cópia do projeto de mestrado.

questões teóricas centrais, a saber, o debate sobre as dicotomias natureza e cultura e a implicação dessas categorias na forma de pensar gênero e corporalidade.

Além das entrevistas, foram coletados materiais informativos da indústria farmacêutica que se encontram disponíveis para as pacientes na sala de espera do consultório e na sala do ginecologista. Através de folhetos, encartes e folders distribuídos pela indústria farmacêutica, algumas informações sobre corporalidade e questões de saúde feminina – do ponto de vista do discurso médico – são transmitidas para as mulheres. Estes materiais divulgam, ao mesmo tempo, os medicamentos comercializados pela indústria farmacêutica.

Alguns programas de televisão foram também gravados em vídeo e considerados como parte do campo de discussão da medicina. Um deles é uma entrevista dada por Dr. Elsimar Coutinho, cuja importância para o debate da supressão da menstruação já foi ressaltada, à TV Senado. As outras gravações são do programa *Saúde Feminina*, transmitido pela TV Mulher, em que médicos falam sobre questões variadas da saúde feminina. O objetivo em analisar esses vídeos era tentar entender o campo médico de discussão sobre corporalidade, saúde e gênero, procurando, para tanto, focar os pressupostos colocados nos discursos dos médicos (como a questão do natural, da procriação, e da menstruação).

Apresentamos, no capítulo seqüente a essa introdução, as noções de **menstruação** encontradas nas entrevistas realizadas e procuramos apontar as relações que se estabelecem entre menstruação e fertilidade, feminilidade e idade. O **não-menstruar** é uma forma, por inversão, de se perceber como a menstruação pode ser entendida. Dessa forma, o que foi dito sobre **não-menstruação** nas entrevistas contribuiu para explicitar algumas noções acerca da menstruação e suas relações.

No terceiro capítulo, o enfoque recai sobre os **métodos contraceptivos hormonais**, fundamentais para se entender a introdução de novas formas de vivenciar a corporalidade pelas mulheres por serem métodos que lançam mão da utilização de hormônios sintéticos, provocando uma alteração no funcionamento do organismo. Em primeiro lugar, é preciso entender o que as mulheres pensam desses métodos contraceptivos, como e porquê elas optam por eles, ou deixam de fazê-lo. Através das justificativas das opções contraceptivas feitas por algumas mulheres, podemos enxergar as concepções que elas têm acerca de seus corpos, da medicina e dos medicamentos. Em segundo lugar, a forma como a ginecologia e os médicos¹⁵ ginecologistas pensam a hormonioterapia é de grande valia para se entender os discursos do ponto de vista daqueles que criam, testam e prescrevem (ou não) a contracepção hormonal.

A discussão sobre a contracepção hormonal culmina na possibilidade da **supressão da menstruação** como uma das escolhas de contracepção possíveis no mercado farmacêutico atualmente. No quarto capítulo, portanto, discutimos de que forma a supressão da menstruação é entendida pela ginecologia (pelo conhecimento médico-ginecológico), assim como pelos médicos ginecologistas e pelas mulheres entrevistadas, embora para estas a supressão ainda não pareça ser uma questão importante ou crucial – poucas consideram a possibilidade de ficar sem menstruar por opção.¹⁶

As escolhas dos métodos contraceptivos são efetivadas, muitas vezes, através da consulta com o ginecologista. Desenvolvemos uma análise da relação entre ginecologistas e pacientes no quinto capítulo, levando em conta que trata-se de uma interação entre personagens sociais distintos. Esta relação envolve, por um lado, o uso de um conhecimento científico através da figura do médico e, por outro, a obtenção de um

¹⁵ Uso a distinção de gênero quando considero que ela seja operante, ou seja, quando há uma diferença entre médicos e médicas no contexto. Quando não houver nenhuma distinção, seguindo as regras da língua portuguesa, uso o masculino para incluir homens e mulheres ginecologistas.

¹⁶ Ou consideraram, até o momento e no universo pesquisado.

tratamento pelas mulheres, mas que não implica necessariamente na transmissão desse conhecimento.

Quais são os problemas colocados nessa **interação médico-paciente**? Em primeiro lugar, é uma relação assimétrica, que pressupõe, por um lado, a **autoridade** do detentor do conhecimento técnico (ou científico) sobre o corpo – o médico, e, por outro, a paciente, desprovida deste conhecimento. Em segundo lugar, essa relação se realiza através de um mecanismo comercial, que envolve uma prestação de serviços como qualquer outra, efetivada, em grande parte dos casos, através dos planos de saúde. Ou seja, há um terceiro conjunto de agentes - planos de saúde e, ainda, a indústria farmacêutica - que medeia a relação econômica entre as duas figuras protagonistas dessa relação (no contexto estudado). Em terceiro lugar, é através da relação médico-paciente que a medicina (ginecologia, no caso), enquanto **campo** de estudos, é aplicada ao seu objeto, o corpo feminino.¹⁷ Essa relação se fundamenta na realização prática de um estudo que, mesmo elaborado a partir de processos empíricos, cria um sistema de classificações através do qual o **objeto** é entendido.

Podemos pensar como a dimensão do biológico, articulada pelo conhecimento médico, atravessa a ginecologia para chegar ao entendimento das mulheres sobre elas mesmas. Assim como a dimensão do biológico, outros termos podem perpassar para o meio extra-acadêmico. As noções sobre a menstruação e todas as questões relacionadas à corporalidade feminina participam de um repertório de concepções possíveis de corporalidade, feminilidade e procriação. A contribuição da ginecologia torna-se, portanto, importante na construção e operação de noções de feminilidade.

A partir da discussão sobre a relação médico-paciente são levantadas as questões da **neutralidade** do médico e da suposta **objetividade** do conhecimento médico,

pressupostos que fundamentam a forma como a relação medicina-médico-paciente deveria, em tese, ser vivenciada, mas que são, como demonstraremos, colocados em questão na própria relação entre médicos e pacientes.

Finalmente, buscamos entender a participação das mulheres nesse universo, tendo como paradigma a questão da **incorporação** (embodiment), isto é, procurando pensar como, a partir da relação com o médico ginecologista há uma incorporação de práticas corporais e de noções relativas a corporalidade e feminilidade. Analisando o termo que define a mulher em relação ao médico: **paciente** – propomos um ponto de vista que considere, ao contrário, sua **agência** nessa relação, procurando determinar algumas de suas possibilidades de escolha no campo das técnicas médicas (entre elas a da contracepção) e quais condições estão implícitas para que essa **escolha** seja efetivamente possível.

¹⁷ Utilizo a noção de campo no sentido dado por Bourdieu, em: BOURDIEU, Pierre – O Poder Simbólico. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.

CAPÍTULO 2

MENSTRUÇÃO: NOÇÕES

O problema inicial colocado para esta pesquisa é apreender alguns discursos sobre a **menstruação**. Procuramos investigar **o que se diz** sobre essa manifestação corporal exclusiva das mulheres. Através de entrevistas, buscamos explorar algumas definições de **menstruação** dadas pelas/os entrevistadas/os, procurando encontrar noções gerais que permitam pensar do que se fala quando se fala de menstruação.

Um pressuposto desta pesquisa é de que o discurso do biológico ocupa uma posição importante no contexto social considerado. Constituídas no processo histórico que envolveu o desenvolvimento das ciências nos últimos séculos, e seguindo seus paradigmas centrais, a biologia e a medicina compreendem campos de conhecimento tidos como legítimos, e os conhecimentos produzidos por elas (principalmente pela medicina) interagem com as pessoas que, através das consultas médicas, obtêm informações, indicações ou orientações a respeito de práticas corporais terapêuticas, profiláticas, preventivas ou curadoras.

Sendo assim, esta pesquisa visa entender de que forma a dimensão biológica está presente no discurso médico-ginecológico sobre as mulheres e também no discurso destas a respeito de si mesmas. Particularizando esta questão, procuramos entender como as concepções sobre menstruação operam no entendimento da categoria de gênero **mulher**.

As discussões de gênero produzidas nos últimos 30 anos forneceram um campo epistemológico que inspirou a delimitação das questões aqui levantadas. Essas

discussões, promovidas principalmente por teóricas feministas, tiveram como temas principais natureza e cultura, gênero (feminilidade, masculinidade), e corporalidade.

Estes estudos tomaram como campo de análise, inicialmente, a questão do parentesco e as relações biológicas de maternidade ou paternidade. Argumentando por um processo de **desnaturalização** do parentesco, como aponta Piscitelli, algumas teóricas procuraram enfatizar o caráter cultural das relações de parentesco, pensando inclusive a diferenciação de gênero como produto de uma capacidade cultural.¹⁸

No entanto, é através da crítica da apropriação empírica da dicotomia natureza x cultura na análise antropológica, levada a cabo por autoras como Strathern, que se abre a possibilidade de olharmos para o **campo da medicina** e para seu **discurso biológico** como campo e discurso constituídos em um processo histórico-social, e sua dimensão simbólica.¹⁹ Esta é a postura teórica que pretendemos adotar nessa pesquisa.

A distinção entre corpo e mente, desdobramento da dicotomia natural x cultural, é um pressuposto não somente para que a medicina constitua seu objeto: o corpo humano, mas também para que a Antropologia se defina como disciplina cujo campo de estudos é a cultura. Portanto, ao mesmo tempo que pensamos, através do discurso da ginecologia, como essas dicotomias estão sendo relacionadas no entendimento da menstruação e do corpo feminino, podemos observar como o conceito de cultura e a idéia do cultural operam no pensamento de médicos ginecologistas e pacientes.

¹⁸ PISCITELLI, Adriana – Nas Fronteiras do Natural: Gênero e Parentesco, in: *Revista Estudos Feministas*. IFCS/UFRJ Vol.6 N.2/98

¹⁹ STRATHERN, Marylin – No nature, no culture: the Hagen case, in: MacCORMACK, Carol and STRATHERN, Marylin (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

2.1. Definições das Mulheres

O discurso biológico da menstruação, transmitido pelo/a ginecologista, é um dos sistemas de conhecimento que fala da menstruação e das outras questões relativas a ela. Através de consultas com médicos ginecologistas algumas concepções, noções e práticas podem ser trocadas e definidas, tendo em vista uma forma específica de entendimento da menstruação e de suas relações: maternidade, sexualidade, e a corporalidade feminina. Dada a importância e legitimidade deste discurso biológico, apoiado no valor de verdade imputado ao conhecimento científico, torna-se necessário saber como estes conhecimentos estão presentes no discurso das mulheres/pacientes para que se possa problematizar a relação entre ciência e sociedade – ou melhor – entre sistemas de conhecimento diferentes, e que se possa observar a forma pela qual estes sistemas são manipulados nas relações sociais através das quais operam.²⁰

Assim como se deve considerar a presença do discurso biológico no entendimento da menstruação e suas relações, outras formas de conhecimento podem estar também em jogo. A interação com outras pessoas (familiares e amigas/os) é uma forma de troca de concepções sobre a menstruação e suas relações, seja em relação a conceitos ou noções que as definem, seja em relação às práticas corporais relacionadas a menstruar.

Não somente a medicina através dos médicos, mas outras dimensões da vida social fornecem informações que participam na definição de um universo de práticas, noções e conceitos. Não se pode ignorar, por exemplo, o papel dos meios de comunicação na transmissão de informações para o contexto social que analisamos: livros, revistas, televisão ou internet são meios de acesso a conceitos e noções sobre a menstruação.

²⁰ Posteriormente trataremos mais claramente desta relação do ponto de vista da produção do conhecimento médico científico e da relação médico-paciente.

São fontes de conhecimentos disponíveis, nas quais inclusive o discurso médico pode aparecer como um discurso legítimo.²¹ No entanto, não se pode dizer apenas a partir destas fontes quem as acessará e como estas informações serão entendidas, apropriadas ou vivenciadas. Para tanto, é necessário estudar, através das pessoas em questão – as mulheres, a influência destes vários sistemas de conhecimento possíveis e disponíveis na forma de pensar e entender, neste caso, menstruação, corporalidade e sexualidade. Embora não se possa atribuir a estes conceitos e concepções encontrados nos discursos das mulheres a dimensão social da qual são expressões, podemos identificar alguns pressupostos, coincidentes ou não às dimensões em questão.

Como as mulheres pensam e vivenciam a menstruação?

A menstruação é um acontecimento que marca uma mudança de fases. A primeira menstruação confere à **menina** o novo status de **moça**. **Ficar moça** significa sair de uma fase infantil do ciclo de vida em direção uma fase adulta; **moça** é uma fase intermediária entre a **menina** e a **mulher**.²²

As noções acerca da menstruação estão relacionadas à fertilidade feminina. A menstruação é um sinal da presença e do funcionamento do útero e, portanto, da capacidade de gerar filhos. Isto, no entanto, não significa que haja uma expectativa imediata da maternidade. Moça é uma fase intermediária, ambígua e “perigosa”, em que convivem ao mesmo tempo a potencialidade da maternidade e a necessidade de se evitá-la.

²¹ Revistas e programas de televisão que têm como consultores médicos das mais variadas áreas para falar com **autoridade** dos assuntos em pauta.

²² Como aponta SARDENBERG, Cecília - De Sangrias, Tabus e Poderes: A menstruação numa perspectiva sócio-anropológica, in: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, Vol.2 No.2/94. p.339.

Ficar moça não é, para o grupo social em questão, uma mudança ritualizada socialmente. O reconhecimento e a celebração dessa passagem, quando presentes, restringem-se à esfera familiar, privada. A **menina** que **fica mocinha** não passa por nenhum tipo de exposição social que marque essa passagem. Embora não ritualizada, a menstruação e o período menstrual marcam uma fase na vida da mulher, uma fase fértil. Enquanto a primeira menstruação marca o início dessa fase, os últimos ciclos menstruais na menopausa representam o fim.

Menstruar implica em práticas corporais específicas (dadas pela vivência da menstruação, como o sangrar, e os artefatos criados para isso, como o uso de absorventes higiênicos), assim como em discursos socialmente compartilhados que definem, pensam, significam e justificam essas práticas e as relações que são atribuídas à menstruação.

Uma das noções compartilhadas para este universo de mulheres-pacientes estudado é de que *mulheres menstruam*. A pesquisa mostrou que, para as mulheres entrevistadas, a menstruação é algo **natural** do corpo da mulher, é uma coisa que *tem que acontecer a todas as mulheres*. A menstruação *faz parte de toda mulher*, está no domínio do **universal**, e, portanto, do **natural**.

Apesar da aparente obviedade da afirmação *mulheres menstruam*, uma abordagem antropológica desta questão implica em um certo distanciamento. O pressuposto de que a menstruação é algo **natural**, um atributo **universal**, **dado** a todas as mulheres está relacionado à idéia de natureza, de algo dado, pré-social cujo domínio compreende as coisas que são do corpo – como o sangramento menstrual. Este atributo da natureza está, por sua vez, relacionado com a fertilidade feminina e o processo de procriação. Mulheres não somente menstruam, mas menstruam porque podem gerar. Esta visão,

como veremos, foi muito reforçada pela medicina que se desenvolve a partir do século XVIII, e aparece como consensual para as mulheres entrevistadas.

Algumas mulheres significam a menstruação como um processo de **limpeza**, ou **purificação**. Ana²³, por exemplo, diz: *eu gosto de ficar menstruada, porque eu sinto que eu estou fazendo uma limpeza dentro de mim, que tudo que aconteceu de ruim comigo naquele mês está indo embora ali*. Cristiane²⁴ pensa que menstruar faz bem no sentido em que afeta a parte emocional, pois com *a expulsão todo mês, parece que você expulsa um monte de coisa junto, limpa o seu organismo* (grifo meu). A **limpeza** é, ao mesmo tempo, uma limpeza **do útero** e uma limpeza das **coisas ruins** que aconteceram a essas mulheres. Dessa forma, a menstruação produz, para essas mulheres, uma sensação de limpeza corporal e mental (se é que esta distinção é relevante).

Por outro lado, a menstruação é um **incômodo**. A palavra **incômodo**, inclusive, é também usada para designar a menstruação. Todas as entrevistadas reclamam, principalmente, das cólicas menstruais, também do fluxo menstrual muito abundante, e das alterações de humor provocadas pela menstruação ou pelo período pré-menstrual. Muitas chegam a faltar no trabalho por conta das cólicas menstruais ou da TPM (tensão pré-menstrual). Embora algumas delas entendam a menstruação como esse processo de limpeza a que me referi acima, todas têm algum tipo de queixa decorrente da menstruação.

As descrições das dores e incômodos da menstruação podem, muitas vezes, referir-se a vivências ou sensações acentuadamente significadas, como quando elas dizem: *eu morro de cólica, ou aquela dor horrorosa, ou ainda aquilo era um martírio*. Maria fala do

²³ Solteira, 26 anos, católica, residente em Vinhedo (SP), professora de inglês.

²⁴ Casada, 41 anos, católica, residente em Vinhedo (SP), coordenadora técnica em assistência social. Cristiane tem endometriose, passou por mais de 10 anos de tratamento, em que teve que enfrentar 4 laparoscopias (pequena cirurgia para tratamento da endometriose) e extrair um rim. Ao finalmente constatar a impossibilidade de gerar, adotou Raquel, no momento da entrevista com 2 anos.

incômodo que foi, ao ficar menstruada, adaptar-se às *toalhinhas*, pois não existiam absorventes higiênicos. Usar as toalhinhas e depois ter que lavá-las era, para ela, um *martírio*, era *anti-higiênico*.

O contato com o sangue menstrual e a exposição deste é algo a ser evitado. O uso de absorventes, que tem como objetivo reduzir este contato, é entendido como uma ação *higiênica*. Nas idéias de **limpeza** ou **higiene** estão implícitas as de **sujeira** ou **poluição**. O processo de limpeza implica no contato com o impuro ou sujo, o sangue menstrual.²⁵

No processo de vivência corporal da menstruação, objetiva-se manter distância do sangue, e é a partir desse objetivo que são construídos **artefatos** como os absorventes higiênicos. Para Sardenberg, inclusive, é importante para a indústria farmacêutica que as *mulheres continuem a menstruar, se possível com fluxos cada vez mais abundantes, mas que mantenham (muita) vergonha sobre essa coisa da natureza, procurando sempre escondê-la*.²⁶

O comércio dos absorventes higiênicos, através das propagandas publicitárias, promove a idéia de que o contato com o sangue menstrual e a possibilidade de que este venha a aparecer ou incomodar deverá ser cada vez menor. O absorvente higiênico tende a ser cada vez mais sutil, a preocupação é em tornar a menstruação o menos incômoda e perceptível possível, e permitir que se façam movimentos ou que se vistam roupas que, sem aquele produto, as mulheres não fariam ou usariam.²⁷

Os absorventes procuram reduzir o contato com o sangue menstrual. Principalmente os absorventes internos, que evitam que o sangue chegue a sair pela

²⁵ Para a discussão sobre a noção de higiene, ver DOUGLAS, Mary – *Pureza e Perigo*. São Paulo, Perspectiva, 1976. *apud* SARDENBERG, Cecília, op. cit. Sardenberg faz um levantamento da menstruação enquanto impureza, e dos tabus e práticas relativas à vivência da menstruação em diferentes sociedades.

²⁶ SARDENBERG, Cecília – op. cit. p. 342.

²⁷ Em uma propaganda de absorventes higiênicos para a televisão, uma moça dança tango com bastante desenvoltura. E a pergunta que a propaganda coloca é se *você ousaria fazer isso com seu absorvente?* Ou seja, o uso dos absorventes é também um incômodo necessário, mas que pode e deve ser cada vez mais

vagina. Além disso, esses absorventes internos podem permitir que a mulher faça coisas como nadar, ou tomar sol – que muitas mulheres (que não os usam) evitam fazer quando menstruadas. Camila, por exemplo, diz: *Antes me incomodava menstruar. Hoje, se eu quero ir na praia, eu posso, se eu quero ir na piscina, eu posso.* Por usar o absorvente interno, ela não deixa mais de fazer essas coisas. Se a menstruação implica em privações, os artefatos comercializados pela indústria farmacêutica vendem uma suposta libertação. Também os medicamentos para cólicas menstruais, das quais muitas mulheres se queixam, promovem a redução deste incômodo.

2.2. Definições dos/as Médicos/as

A menstruação para os médicos entrevistados está relacionada com a **procriação** e com a **idade**. A menstruação é, em termos médicos, a descamação da camada interna do útero – o endométrio – em função da não ocorrência de uma fecundação e de uma gestação. Está intrinsecamente relacionada, portanto, à **fertilidade**, pois só ocorre espontaneamente durante a fase fértil da mulher; e também relacionada à **procriação**: a menstruação é, ao mesmo tempo, sinal de que um ciclo fértil se inicia e sinal de que não ocorreu uma gravidez no ciclo anterior. Como a fertilidade está presente para a mulher apenas durante uma certa fase da vida (a fase fértil: entre a menarca, que é a primeira menstruação e a menopausa), a menstruação também marca a faixa etária convencional da mulher.

Ao falar de menstruação, os ginecologistas entrevistados referiram-se diretamente à menstruação de um ponto de vista médico, através de um discurso biológico que abstrai

diminuído. A tendência é, portanto, produzir um absorvente que dê conta de absorver o fluxo menstrual sem atrapalhar com seu volume, ou pelo contato do sangue com a pele, ou, ainda, pelo ajuste dele no corpo.

outras significações, dando ao fato biológico (a menstruação) um caráter específico cuja função é sistemática. O sistema de que se fala através da menstruação é o reprodutor.

Esta ênfase dada pela ginecologia à questão da **procriação** resulta de um processo histórico que envolveu a consolidação da medicina enquanto campo legítimo de saber sobre o corpo. Para Mary Del Priore, enquanto a menstruação representava para as mulheres um importante rito de passagem, *o olhar do médico só captava o que servisse à compreensão dos mecanismos de fecundidade*, o que é refletido na documentação colonial como um *estigma do olhar masculino, um olhar seletivo que refletia o interesse científico em compreender, adestrar e prevenir-se contra os intempestivos assomos do útero*. Segundo a autora, a medicina do período colonial objetivava relacionar as funções do útero à gestação e à capacidade procriadora, embora ainda empregasse justificativas fundamentadas em outros sistemas de conhecimento, como o religioso: *Não ocorrendo a função reprodutora, o útero lançaria a mulher numa assustadora cadeia de enfermidades, toda ela indício da ira divina ou um sinal do Demônio.*²⁸

A menstruação é entendida a partir dessa ênfase na procriação e no funcionamento do corpo feminino. Estes fenômenos são tidos como dados, atributos inatos do corpo feminino, e características através das quais define-se a feminilidade. Para Dr. Sérgio²⁹, a menstruação é uma fonte de *complexidade emocional* porque representa fases da vida: *a menstruação é aquela **fió de feminilidade**, uma linha que transpõe toda a vida da mulher, e que traz variações biológicas dependendo da fase em que ela está*. Feminilidade, menstruação, e a fase fértil da vida estão, aqui, intrinsecamente relacionadas. A relação entre **mulher** e a virtualidade ou a presença da

²⁸ DEL PRIORE, Mary – op. cit. p.96. É interessante notar também que a ausência da função reprodutora é, desde então, um **estigma** que marca uma diferença. As justificativas obviamente mudaram com a dissociação entre medicina e religião, mas a questão permanece a mesma: a incapacidade reprodutora. Trataremos disso mais adiante.

²⁹ Casado, 4 filhos, 38 anos, evangélico, residente em Campinas (SP), atua há 13 anos em sua clínica em Campinas.

menstruação termina por enfatizar uma condição biológica à definição de gênero, associando assim **menstruação** a **feminilidade**.

2.3. Não menstruar

O **não menstruar** é um contraponto para se perceber as relações fundamentais que caracterizam o entendimento da menstruação. Através do discurso sobre a não menstruação, fala-se – por inversão – da menstruação. A ausência da menstruação é entendida como uma diferença na forma **normal** de manifestação da menstruação (o ciclo regular mensal), e implica, portanto, em uma outra forma de classificação.

A partir de algumas ocorrências de **não-menstruação** vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, discutiremos seus discursos sobre a menstruação e algumas das categorias relacionadas a ela. Procuraremos observar de que forma o não menstruar (re)significa esses discursos.

2.3.1. Não menstruar: a diferença

Como já discutimos acima, **ficar mocinha** é uma passagem entre as fases menina e mulher. Para aquelas meninas que anseiam por essa passagem, uma menstruação tardia, como aconteceu com Ana, pode causar muita ansiedade. Ela diz que *demorou muito* porque menstruou apenas aos 15 anos, que para ela *foi tudo muito atrasado: a primeira menstruação, o primeiro sutiã...* Comparando-se às amigas e à irmã mais nova,

que já tinham ficado **mocinhas**, achava que *tinha alguma coisa errada* com ela, que aquilo não era *normal*. Para Ana, esse atraso a fez repensar a relação entre **menstruação e ser mulher**:

...não sei não se eu concordo com aquela história de que, a partir do momento em que você fica menstruada, você vira mulher... pra mim não funciona muito isso, eu acho que ser mulher vai muito mais da cabeça, do que você pensa, do que do que acontece com você fisicamente. Porque tem um monte de gente aí que fica menstruada com 11 anos e não tem nada de mulher na cabeça. Eu acho que são duas coisas bem distintas, uma não tem nada a ver com a outra, uma não anda junto com a outra. Ser mulher depende muito da mentalidade da pessoa. E já a menstruação não, depende do físico. Eu acho que são duas coisas completamente diferentes.

Ao perceber o atraso na sua primeira menstruação e ao comparar-se a outras meninas (algumas delas mais novas em idade do que ela), Ana prefere entender a feminilidade, ou o *ser mulher*, como algo localizado na mente e não no físico. Ou seja, pensar menos na menstruação como passagem para o **ser mulher** – e, portanto, na determinação biológica dessa categoria de gênero – e mais em atributos que dependem da *cabeça*, da *mentalidade*, do **cultural**.

Cristiane faz atualmente um tratamento de supressão da menstruação em função da endometriose.³⁰ A endometriose foi a causa de sua **infertilidade**, e só foi descoberta durante o período em que ela tentou, sem sucesso, engravidar. Ela diz que, em seu processo de aceitação da doença, procurou não achar que *se eu ficar sem menstruar, eu*

³⁰ A endometriose é uma doença que afeta muitas mulheres e que decorre da presença, na parte externa do útero, de tecido semelhante àquele que reveste o seu interior. Mesmo se localizando na parte externa do útero, esse tecido sofre influências das oscilações hormonais que ocorrem mensalmente nos ciclos menstruais. À semelhança do que ocorre com o revestimento interno do útero, o tecido da endometriose

vou ser menos mulher, eu vou deixar de exercer uma função, ela pensava que teria que ficar sem menstruar para *melhorar meu estado de saúde*. Para ela, o pior da doença é o lado **emocional**, e a estrutura que você tem de pensar sobre a doença, de avaliar, de não se sentir menos mulher ou mais mulher, de não ser mãe, e isso é difícil... Da mesma forma, quando ela teve que enfrentar a impossibilidade da maternidade biológica e optar pela adoção, disse que decidiu *resolver a questão de outra forma*.

É evidente que, para Cristiane, **menstruar** e **ser mãe** estão relacionados a **ser mulher**. Ao enfrentar a doença e a diferença de não menstruar e não ser mãe, Cristiane teve que *resolver a questão de outra forma, estudar outras possibilidades*, ou seja, teve que entender feminilidade e maternidade a partir de outros parâmetros que não o menstruar e a maternidade biológica, ou a procriação. Ora, para tanto é necessário que se evidencie, para ser mulher e mãe, aquilo que não é biológico, ou seja, como é possível ser mãe e mulher sem gerar e sem menstruar. É necessário pensar o quanto essas expectativas sociais independem da biologia, recorrendo a um discurso mais **cultural**.

A mulher que não menstrua é, por isso, diferente. E não menstruar **durante o ciclo fértil** pode significar que *alguma coisa está errada*. Camila³¹, por exemplo, após interromper o uso da pílula anticoncepcional, ficou 5 meses sem menstruar. A busca por uma solução para essa irregularidade levou-a a uma resposta interessante. Segundo seu médico, seria *uma disfunção hormonal ocasionada pela idade, seu corpo estaria pedindo uma gravidez*. Depois de aproximadamente 15 anos potencialmente pronta para uma gestação que não aconteceu, seu corpo estaria *reclamando* essa ausência através da disfunção – esta foi a explicação médica do porquê da não-menstruação, segundo a entrevistada.

crece no transcorrer do mês e sangra na menstruação (nas suas 'regras'). Extraído de um folheto produzido pela Zêneca Farmacêutica do Brasil Ltda, chamado "*Entendendo a Endometriose*".

³¹ Solteira, 28 anos, espírita, residente em Vinhedo (SP), designer.

A menstruação, assim como a maternidade biológica, fazem parte de um repertório de eventos esperados na vida da mulher. Para Camila, mesmo não gostando de menstruar, a menstruação é algo esperado, e sua ausência causa uma preocupação com a normalidade: *parece que está faltando alguma coisa, que você está com defeito (...), porque o normal é você menstruar.*

2.3.2. Classificações

O **normal** atribuído para a mulher é menstruar, é ser fértil, é gerar. A menstruação é uma forma de se observar o funcionamento do corpo da mulher e encaixá-la em um **padrão de normalidade**. Os padrões de normalidade da medicina são parâmetros que definem como deve ser a saúde humana – seu funcionamento **normal** ou adequado. Justifica-se o não menstruar como algum tipo de **anormalidade** do funcionamento do corpo: uma falha do natural, um “defeito”, uma disfunção.

Um exemplo que problematiza mais essa questão do **padrão de normalidade** é o dado por Dr. Eduardo³² e também pela Dra. Cleide.³³ Algumas mulheres menstruam de 45 em 45 dias, 60 em 60, e vão ao consultório procurando **regularizar** a menstruação, ou seja, menstruar de 28 em 28 dias como as outras mulheres. Mas essa menstruação de 45 em 45 dias é uma menstruação **regular**. Não é igual ao **padrão** geral para as mulheres, mas é uma especificidade daquela mulher, do seu ciclo, não representa nenhuma disfunção. No entanto, a idéia do **padrão** impõe-se como uma preocupação com o

³² Casado, 3 filhos, 46 anos, espírita, residente em Vinhedo (SP), clinica há 24 anos em seu consultório em São Paulo.

³³ Solteira, 33 anos, católica *não praticante*, residente em Campinas (SP), clinica há 7 anos, tem consultório em Campinas e em Valinhos (SP), e atende no hospital da PUCC.

funcionamento **normal** do organismo. Algumas destas mulheres cujo ciclo é diferente do padrão, segundo eles, querem menstruar de acordo com esse padrão.

Um ciclo de 45 em 45 dias não é padrão, mas nem por isso chega a ser uma disfunção ou anormalidade. É **normal**, pois, segundo Dr. Eduardo, *a normalidade é variável para cada pessoa*. **Anormal** seria, como aconteceu com Camila, ficar 5 meses sem menstruar. Seu corpo não estava produzindo os hormônios necessários para um funcionamento adequado. Aí sim tinha-se uma **disfunção**. O ciclo reprodutivo não estava sendo completo, seu corpo não estava funcionando dentro da **normalidade**. Portanto, o funcionamento do corpo feminino tem que obedecer uma certa **lógica** que caracterize a **normalidade**, mesmo que não seja exatamente como o **padrão** construído para entendê-la. Doença e disfunção são o resultado do mau funcionamento ou do não funcionamento de acordo com essa **lógica**.

No campo da ginecologia, esta lógica está relacionada com a **fertilidade**. A preocupação com problemas menstruais, disfunções ou alterações refletem, na verdade, uma preocupação com a possibilidade da **maternidade biológica**, como pudemos ver através dos casos de Camila e de Cristiane. Não ser mãe biologicamente, assim como não menstruar, é estar fora da **lógica padrão de funcionamento do corpo feminino**.

Esses termos **padrão**, **disfunção** e **doença** são **classificações** usadas pela medicina, que levam em conta um modelo de funcionamento como um **padrão** geral, e que, dessa forma, excluem ou atribuem outras classificações para o que não funciona de acordo com a lógica do padrão: **doenças** e **disfunções**.

Estas classificações justificam a não menstruação nos casos citados anteriormente: Cristiane, com a endometriose, que é uma **doença**, Ana, com sua menstruação tardia, fora do **padrão**, e Camila, com sua **disfunção** hormonal. Esses casos de **disfunções** e

doenças observáveis pela **não menstruação** podem, dessa forma, demonstrar de que forma opera o sistema de classificações utilizado pela medicina para entender o **corpo feminino** a partir de uma ótica médica específica.

Somente se pensarmos a menstruação a partir do domínio do biológico, em que operam as idéias de universal, padrão, modelo de funcionamento, é que podemos classificar o não menstruar ou a infertilidade como desvio, disfunção, ou anormalidade. Para entendermos a importância dessas classificações devemos considerar a influência do discurso biológico no entendimento da **feminilidade** e do **ser mulher**.

Renata, por exemplo, cujo ciclo menstrual é **normal**, disse que há relação entre menstruação e ser mulher, porque *toda mulher menstrua*. Porque ela não se preocupou, como as outras entrevistadas que tiveram algum tipo de modificação na menstruação, em dizer que *menstruar não é ser mulher*? Talvez não seja necessário, para Renata, fazer um desvio do biológico para que ela seja entendida como mulher: ela menstrua **normalmente**. Para as outras mulheres, o não menstruar foi visto como algo **anormal**, e foi um motivo para que elas (re)pensassem e (re)significassem sua feminilidade e o papel que a biologia tem – ou não – para que uma mulher se defina como tal.

Por isso que, como disse Ana, *toda mulher menstrua, mas menstruar não é ser mulher*. A relação entre essas duas orações implica numa oposição entre o natural, biológico, universal (*toda mulher menstrua*), e as outras dimensões culturais que participam na definição dessa categoria de gênero (*menstruar não é ser mulher*).

Há, certamente, um peso das características biológicas ou naturais no entendimento da maternidade e de gênero. A diferença evidenciada pelo não menstruar põe em questão, para as mulheres que passam por isso, a necessidade ou a importância do biológico, seja na relação materna, seja na questão da feminilidade e do ser mulher.

Pensar estas questões como menos biológicas e mais **culturais** parece ser uma solução semântica, uma busca de significação que desvie do universal, biológico, e atente para a diferença, não simplesmente como exceção à regra dada pelo funcionamento biológico do corpo, mas como condição de possibilidade das próprias noções de maternidade e feminilidade.

2.3.3. Menopausa

O caso de Maria³⁴ permite discutir a relação entre **menstruação** e **idade**. Maria é, das mulheres entrevistadas, a única que está em menopausa. Uma característica marcante de Maria é que ela deixa muito claro que não gostava de menstruar. Agora, sem menstruar, ela diz estar *ótima*, sentindo-se *muito bem*, *muito mais livre*.³⁵ Mas enfrenta a questão da aceitação da menopausa como uma *fase na vida da mulher*. O final do ciclo fértil simboliza, biologicamente, o início de uma fase de **envelhecimento**.

Segundo Maria, a menopausa *não significa que a mulher morreu aí. Pelo contrário, ela fica mais viva, fica mais bonita, fica mais alegre... eu me considero assim*. Não menstruar a deixou *mais leve, mais liberada, mais calma*. Porque, para ela, a menstruação está relacionada à **fertilidade** e não à **feminilidade**. No caso de Maria, o *não menstruar mais* é entendido como algo positivo, visto que ela jamais gostou de menstruar. Pode-se perceber, através da sua fala, uma preocupação em associar a menstruação apenas a fertilidade, e em distinguir a fertilidade da feminilidade. Para ela, o fato de não menstruar ou de não ser mais fértil não implica em ser menos mulher. No

³⁴ Divorciada, 3 filhos, 52 anos, espírita kardecista, residente em Vinhedo (SP), professora.

entanto, se Maria precisa dizer que a menopausa *não significa que a **mulher morreu***³⁶, é porque existe a concepção de que o fim da menstruação, pela menopausa, representa não somente uma nova fase da vida, mas o fim de uma fase que caracterizava mais fortemente a **mulher** enquanto tal.

Assim como nos casos de não-menstruação citados anteriormente, a ausência da menstruação pela menopausa leva à dissociação da relação atribuída à **fertilidade** e **feminilidade**, ou ainda à **maternidade biológica** e **feminilidade**, todas elas representadas pela **menstruação**. Da mesma forma como as mulheres que apresentam alterações menstruais procuram encontrar a feminilidade em atributos menos biológicos, com a menopausa surge a necessidade de (re)pensar algumas questões. O final dos ciclos menstruais, com os quais a mulher deve ter convivido por várias décadas, todos os meses (considerando aqui o modelo-padrão da menstruação para mulheres), pode ser significado como uma nova passagem.

Seria essa passagem menos marcada do que a primeira menstruação? Para se pensar isso, temos que levar duas questões em conta. Em primeiro lugar, não há exatamente uma nomenclatura exclusiva para as mulheres que param de menstruar, ou que entram em menopausa, como há para as meninas que se tornam **mocinhas**. Desde que tenham sido casadas ou tenham tido filhos, podem ter passado a ser chamadas de **senhoras**.³⁷ O termo *menopausada* é usado apenas entre médicos.

A mudança dada pela ausência da menstruação, é também (assim como a primeira menstruação) uma experiência restrita ao domínio privado e não celebrada socialmente, mas não confere à mulher uma fase do ciclo de vida reconhecida socialmente. Ao ficar

³⁵ Novamente apresenta-se a idéia de que a menstruação está relacionada à privação, através de sua negação: a ausência da menstruação na menopausa trouxe **liberdade** para a entrevistada.

³⁶ Ênfase minha.

moça, a menina apresenta mudanças visíveis que reforçam um reconhecimento social, permitindo que se atribua à menina uma nova classificação: *moça*.

Em segundo, essa mudança parece ser menos relevante socialmente. Na verdade, em ambos os casos, na menarca e na menopausa, as mudanças corporais são graduais. No primeiro, no entanto, a menstruação surge como um sinal aparentemente mais importante para o grupo social. As mulheres mais maduras que passam pela menopausa já devem ter tido a experiência da maternidade – ou não.³⁸ Para as meninas e moças, essa é ainda uma fase a ser transposta, o que causa uma certa ansiedade, tanto a elas como aos seus grupos sociais.

Consideradas estas questões, temos que pensar os significados dessa **passagem** para as mulheres, bem como para os médicos. Já falamos da questão do **envelhecimento**, que não pode ser ignorada ao se falar de menopausa, e que precisa sim ser problematizada. Esta questão pôde ser percebida, nas entrevistas com os médicos, através da discussão sobre os tratamentos de **reposição hormonal**. Assim como a não menstruação fornece informações interessantes sobre a menstruação por inversão, a reposição hormonal na menopausa fala dos problemas e desconfortos que a caracterizam e também da forma como a menopausa é pensada.

Através desses tratamentos, repõe-se os hormônios que não são mais produzidos pelo corpo. Isso pode ser benéfico, do ponto de vista dos ginecologistas entrevistados, no sentido em que alguns efeitos desagradáveis da menopausa são atenuados, como, por exemplo, os calores, ressecamento vaginal, problemas urinários e *efeitos psicológicos*,

³⁷ Embora estas formas de tratamento não pareçam ser seguidas muito rigorosamente neste contexto social que analisamos, o que poderíamos discutir em outro momento.

³⁸ O que nos leva a pensar em outras questões: Seria **mais fácil** para uma mulher que teve filhos durante sua vida fértil fazer essa distinção entre fertilidade e feminilidade? O final do ciclo fértil para uma mulher que não realizou a maternidade biológica teria significação diferente do que pode ter para a que gerou filhos? Teria essa mulher já feito a distinção anteriormente, como pudemos ver no caso de Cristina?

como alterações de humor, irritabilidade, depressão.³⁹ Segundo alguns médicos entrevistados, os tratamentos de reposição hormonal são feitos para evitar não somente esses sintomas físicos desagradáveis, mas também o **envelhecimento** conseqüente da menopausa.

Conforme um folheto explicativo sobre reposição hormonal, *para a maioria das mulheres a menopausa ocorre em torno dos 50 anos de idade. Como a expectativa de vida das mulheres é de 80 anos, um terço de suas vidas poderá ser vivido além da menopausa.*⁴⁰ Fala-se de expectativa de vida, do tempo de vida previsto para a mulher depois da menopausa. Campanhas como esta, que propagam a reposição hormonal, tentam demonstrar que uma boa parte da vida é vivenciada na fase da menopausa. Ora, se é necessário que isto seja dito, é porque deve haver uma relação (mesmo que implícita) entre a **menopausa**, o **envelhecimento** e o **final do ciclo de vida**.

Há duas possibilidades de tratamentos de reposição hormonal: um que mantém a menstruação, outro que a suprime. Segundo médicos entrevistados, a maioria das mulheres opta por continuar menstruando, o que seria, para eles, uma forma de adiar ou evitar a mudança que a ausência da menstruação representa, ou seja, o final da fase reprodutiva e o envelhecimento. Este é, ainda, um argumento contra a supressão da menstruação. Para esses médicos, o fato das mulheres optarem por continuar menstruando é sinal da importância simbólica que a menstruação tem para as idéias de feminilidade e de idade. Poucas mulheres escolheriam uma supressão da menstruação em período fértil, assim como poucas escolhem ficar sem menstruar durante a reposição hormonal.

³⁹ Segundo folheto distribuído pela CIDE (Campanha de Informação sobre Deficiência Estrogênica), anexo I.

⁴⁰ Idem.

CAPÍTULO 3

CONTRACEPÇÃO

Uma discussão sobre a questão da **contracepção** mostra-se fundamental para que se entenda como a supressão da menstruação se tornou uma possibilidade dentre as técnicas médicas utilizadas por mulheres. Há, segundo Scavone⁴¹, os seguintes métodos contraceptivos: os métodos de barreira (diafragma, camisinha masculina e feminina, tabelinha, coito interrompido); tecnologias mais corriqueiras ou leves (DIU, pílula anticoncepcional) e as tecnologias mais avançadas e/ou pesadas (implantes, injeções, esterilizações, vacinas anti-fertilidade). Os métodos de barreira implicam em um controle maior do quando e como a relação sexual deve acontecer, enquanto os outros métodos provocarão, por consistirem no uso de algum mecanismo biotecnológico, farmacológico ou cirúrgico, efeitos relativamente duradouros no funcionamento do organismo. Através da discussão sobre a **contracepção hormonal** (feita através das pílulas anticoncepcionais ou de injeções), que desenvolveremos agora, chegaremos à questão da **supressão da menstruação**.

A **contracepção hormonal** põe em jogo duas questões fundamentais. Em primeiro lugar, há a possibilidade da **reversibilidade** do método, o que, ao contrário da esterilização, permite que a contracepção seja uma decisão temporária e reversível, atraindo um universo diferente de mulheres. Enquanto a esterilização é uma decisão tomada por mulheres que já têm filhos e, em muitos casos, um parceiro fixo, a contracepção hormonal permite que mulheres das mais variadas idades e situações

conjugais possam usá-la. A consequência dos métodos de contracepção é a dissociação da **determinação sexualidade / gravidez**, e a contracepção hormonal possibilita uma mudança na vivência da sexualidade para uma gama de mulheres que anteriormente estava mais **exposta** a uma gravidez indesejada ou precoce (e a outros tipos de métodos contraceptivos menos seguros, como tabelinha, camisinhas, coito interrompido).

A segunda é a questão do **uso de medicamentos** que, neste caso, controlam ou modificam o **funcionamento hormonal** do organismo feminino, provocando uma **alteração** em vários aspectos da **corporalidade** feminina. A **menstruação** é um deles. Em geral, os fluxos menstruais e as cólicas são reduzidas, e há uma **regularização da menstruação**, pois esta passa a ser efeito da queda na quantidade de hormônio presente no sangue, provocada pela interrupção da ingestão das pílulas (ou pelo final do efeito do hormônio, quando injetável). A pílula anticoncepcional pode, ainda, ser usada em situações de **disfunção hormonal** ou **irregularidade menstrual**, funcionando como um mecanismo **regulador** da menstruação.

A descoberta do funcionamento do sistema hormonal e a manipulação dos hormônios para fins pré-concebidos (como a contracepção), coloca alguns problemas em evidência. Se, por um lado, cria-se a possibilidade de **evitar** que a gravidez ocorra como consequência da relação sexual através de um método hormonal **reversível**, por outro há uma **alteração** no funcionamento do organismo e o **risco** de que este método cause **efeitos colaterais** indesejáveis.⁴² A relação entre **benefícios** e **riscos** nos tratamentos hormonais é uma preocupação freqüente, não somente para os médicos, como também para pacientes.

⁴¹ SCAVONE, Lucila – Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos; in: *Cadernos Pagu* No.10, 1998, p.91.

⁴² Algumas mulheres queixam-se de tontura, náuseas, edemas, aumento de peso, diminuição da libido, e isso dificulta, muitas vezes até impossibilita a adaptação a determinados tipos de pílula. (Segundo entrevistas com médicos e pacientes).

A contracepção hormonal é uma dentre outras possibilidades de controle do processo reprodutivo. Sua especificidade é ser resultado de pesquisas científicas realizadas nos últimos 40 anos, e que foram efetivando-se como aplicáveis em larga escala. A contracepção como produto da tecnologia médico-farmacológica reforça o domínio do discurso médico sobre as questões do **corpo feminino**, e o controle dos conhecimentos e técnicas por uma disciplina científica específica – a medicina: ginecologia, endocrinologia e reprodução humana. Dada a relativa autonomia com que esse campo científico de conhecimento opera,⁴³ as discussões sobre os efeitos que estas técnicas médico-farmacológicas provocam no organismo, ficam se não estritas ao meio médico, limitadas pelo acesso a esses conhecimentos.⁴⁴

A menstruação e suas relações como fertilidade, contracepção, feminilidade, maternidade, idade, envolvem não somente a dimensão biológico-natural, como são também significadas, dos diferentes pontos de vista possíveis, a partir de outros sistemas de conhecimento.⁴⁵ No entanto, percebe-se pelas entrevistas que há uma certa crença na ciência como *verdade* ou, no mínimo, como conhecimento *legítimo*, embora os conhecimentos e concepções não científicas sobre o corpo possam ser fatores de peso nos processos de decisão por métodos contraceptivos e no próprio pensar sobre o corpo.

Há que se considerar que a ginecologia é um campo de conhecimento e práticas relativamente autônomo das outras esferas da vida social. O pressuposto de que a ginecologia trata **do corpo**, pensando-o em contraposição à **mente**, contribui para que se

⁴³ Utilizo aqui as noções de campo e de autonomia relativa desenvolvidas por Bourdieu especificamente em: BOURDIEU, Pierre – *As Regras da Arte*. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

⁴⁴ Dessa questão podem desdobrar-se discussões sobre ética na ciência. Reflexões sobre o uso das tecnologias reprodutivas e da biotecnologia podem ser vistas em SCAVONE, Lucila – op.cit.

⁴⁵ As religiões judaico-cristãs, por exemplo, atribuem a Deus a criação do corpo humano. A menstruação e a dor no parto foram por muito tempo entendidas como um castigo de Deus ao pecado cometido por Eva. Como aponta DEL PRIORE (op. cit.), na própria constituição da medicina no Brasil havia uma confluência entre as concepções das crenças religiosas e dos conhecimentos médicos. Para a autora, a ânsia de procurar no corpo da mulher apenas suas manifestações fisiológicas para a procriação seria uma estratégia de fugir do

defina seu campo de ação, e para que essa autonomia seja reforçada. A divisão entre corpo e mente, biológico e cultural funciona como uma fronteira entre os domínios de ação para a medicina e os outros sistemas de conhecimento.⁴⁶ A forma como a ginecologia e as pacientes interagem pode transcender ou não estas fronteiras (como veremos mais adiante), porém o pressuposto para a relação médico-paciente é de que haja a transmissão de decisões práticas (diagnósticos, receitas médicas) de um ponto de vista médico, objetivo, que discursa com legitimidade sobre o **corpo**. Às mulheres cabe ainda aceitar ou não a indicação médica, prosseguir ou não com o tratamento indicado.

Pouco do discurso médico e técnico do funcionamento da pílula e organismo como um todo pode ser percebido no discurso das mulheres. Segundo os médicos, realmente, a maioria das mulheres não conhece o processo de funcionamento (os princípios de operação) dos contraceptivos. Para Scavone, essa interferência no corpo feminino pelas técnicas médicas (como a contracepção hormonal) *diminui o controle das mulheres sobre seus corpos dando lugar ao controle médico e científico dos mesmos*.⁴⁷

Dessa forma, podemos levantar as seguintes questões, relevantes para os objetivos desta pesquisa: De que forma o discurso médico-biológico interage com os outros sistemas de conhecimento na relação médico-paciente e no processo de decisão por métodos contraceptivos? Como o uso dos métodos contraceptivos hormonais é entendido por médicos e por pacientes? Quais concepções de corporalidade estão envolvidas para o pensamento de médicos e mulheres em relação a técnicas médicas como a

perigo que se creditava às mulheres, pelo poder atribuído ao sangue menstrual e ao uso deste pelas mulheres com finalidades diversas.

⁴⁶ Quando há uma confluência das esferas de domínio desses dois sistemas de conhecimento pode haver contradição. Alguns exemplos: a proibição da transfusão de sangue pelas *Testemunhas de Jeová*; a proibição do uso de qualquer método contraceptivo ou preventivo pelo Papa. As religiões não somente falam de ações morais, mas também de como o ser humano é entendido. Às concepções sobre corpo, ou ainda, às ações (corporais) permitidas ou proibidas pela lei moral que se propaga, pode-se atribuir um estado de contradição latente. Esta, por sua vez, dependerá do diálogo que se estabelecerá entre esses sistemas.

⁴⁷ SCAVONE, Lucila. op. cit., p.85.

contracepção hormonal? De que forma a dicotomia natural x cultural opera para pensar e resolver estas questões ou as contradições resultantes delas?

3.1. Mulheres e Contracepção Hormonal

Segundo uma pesquisa citada por Scavone⁴⁸, o método contraceptivo mais usado por mulheres que já têm filhos e vivem com seus parceiros é a esterilização (laqueadura). A contracepção hormonal vem em segundo lugar.

Os discursos das mulheres a respeito da pílula anticoncepcional são consensuais na idéia de que ela funciona como um método de **contracepção**, e também de que ela provoca **efeitos colaterais** no organismo. Como vimos, um ponto importante na discussão sobre pílulas anticoncepcionais ou métodos contraceptivos hormonais é a **alteração** que eles provocam na menstruação. Todas as mulheres entrevistadas fizeram uso de contraceptivos hormonais orais ou injetáveis em algum momento da vida. E, durante o uso do anticoncepcional, todas tiveram uma redução no fluxo menstrual e nas cólicas menstruais (dois incômodos da menstruação).⁴⁹ Essas mudanças na menstruação evidenciam as alterações que a pílula provoca. A alteração na menstruação pode causar um certo alívio nos incômodos maiores decorrentes da menstruação (segundo as queixas das mulheres), mas alguns efeitos colaterais podem, por outro lado, ser desagradáveis, incômodos para a mulher. Algumas mulheres queixam-se de tontura, náuseas, edemas,

⁴⁸ Pesquisa Nacional Demografia e Saúde/BEMFAM/1996. *Jornal Folha de São Paulo*, 8/10/96. *apud* SCAVONE, Lucila. *op.cit.*, p.98.

⁴⁹ As alterações que a pílula provoca na menstruação foram relatadas em todas as entrevistas, tanto das pacientes como dos/as médicos/as.

aumento de peso, diminuição da libido, e isso dificulta e, algumas vezes, até impossibilita a adaptação de muitas mulheres a determinados tipos de pílula.

Como esses anticoncepcionais são métodos **anovulatórios**, ou seja, que suprimem a **ovulação**, a menstruação deixa de ser a resposta a um ciclo fértil em que não ocorreu fecundação. Para a ginecologia, ela é uma resposta à queda da taxa de hormônio no sangue, pela pausa que a mulher faz na ingestão dos comprimidos.⁵⁰ O sangramento que ocorre nesses 7 dias de pausa é uma descamação do endométrio, assim como a menstruação, mas causado por situações corporais diferentes, por um estímulo diferente, que é induzido por uma medicação.⁵¹

Do ponto de vista da ginecologia, portanto, há uma diferença entre esse sangramento provocado pela interrupção da pílula e o sangramento da menstruação. Mas de que forma as mulheres que usam ou usaram pílula entendem essa diferença? Seria essa distinção válida para elas?

Apenas Camila referiu-se ao sangramento da pílula como não-menstruação. Ela teve aquela disfunção, citada anteriormente, que a fez ficar 5 meses sem menstruar. Agora, como tratamento, toma a pílula anticoncepcional ininterruptamente para que possa menstruar todo mês. Mantendo seu corpo funcionando *naturalmente*, ela não menstruará

⁵⁰ Segundo Dra. Andréa e outros médicos.

⁵¹ Segundo Dr. Eduardo, o fluxo menstrual para a mulher que toma a pílula é menor porque há a *descamação*, e quando você estaria começando a estimular a parte nervosa para fabricar o hormônio [naturalmente – através do ovário], você começa a tomar o hormônio [da pílula], o diencéfalo lê que tem hormônio e já não precisa mais mandar a estimulação – ou seja, a privação hormonal provocada pela pausa da ingestão da pílula provoca uma queda da taxa hormonal no sangue, que é lida pelo diencéfalo (como seria se o ciclo normal tivesse ocorrido). Nesse período ocorre o sangramento. A hipófise, então, volta a estimular os ovários a fabricar os hormônios do ciclo, mas, nesse momento, volta-se a tomar a pílula e então esse processo pára. A mulher, então, não ovula porque a pílula fornece ao corpo o hormônio que o ovário estaria produzindo se estivesse funcionando. Por isso, o processo central acontece (na hipófise), mas o local (no ovário), não. O sangramento da pílula é uma resposta a essa queda da taxa de hormônio no sangue pela pausa da pílula que o fornecia. Esses 7 dias de pausa, segundo Dr. Eduardo, imitam os 7 últimos dias do ciclo menstrual **normal**. Mas a volta da ingestão da pílula depois desses 7 dias torna a menstruação mais curta do que ela seria se não tivesse tomando, porque introduz no organismo os hormônios que seriam produzidos um pouco depois.

mais; precisa da pílula para que menstrue. Para ela, a distinção entre a menstruação **natural** e a menstruação **artificial** provocada pela pílula é significativa.

No entanto, as outras entrevistadas, que também usaram a pílula anticoncepcional em algum momento, não se referiram à artificialidade desse sangramento, embora reconhecessem a alteração menstrual provocada pela pílula. A mudança na vivência da corporalidade através do sangramento da menstruação, que passa a ser menor, não implica necessariamente numa nova significação para a menstruação, no entendimento do sangramento como algo diferente ou artificial. Embora esta distinção seja possível, e até mesmo feita por alguns médicos e mulheres entrevistadas (Camila, por exemplo), ela não é necessária.

Isto nos leva, então, a questionar quais razões e pressupostos levam uma mulher a fazer ou não essa distinção entre menstruação natural e artificial. Para responder essa questão, precisamos entender como os métodos contraceptivos hormonais são pensados, entendidos e escolhidos pelas mulheres.

As **noções** sobre os métodos de contracepção possíveis e a **opção** por um ou outro são ações que envolvem, em primeiro lugar, as **noções** e **concepções** das mulheres em relação ao corpo. Em segundo, a maneira como a **medicina** é entendida é importante: como a mulher entende os atuais procedimentos e tratamentos médicos e qual relação ela estabelece entre estes e *seu corpo* (ela mesma). Disso derivam as concepções que a mulher tem da **contracepção**, como ela pensa sua **sexualidade**, a questão da **maternidade**, o contato que ela tem com informações a respeito das técnicas de **contracepção**, e as decisões que ela toma em relação a isso.

Como as mulheres entendem o **corpo** pode ser apreendido a partir do discurso sobre a menstruação ou a não-menstruação, e sobre procriação. A menstruação e a

procriação, como vimos, são entendidas como naturais ao corpo feminino, como algo que é dado, que vem do corpo – pensando **natural** em oposição a **cultural** ou **artificial** (o ‘provocado’ pelo ser humano), e **corpo** em oposição a **mente**.

Algumas definições de natureza exemplificam como essa dicotomia define domínios diferentes, e divide as coisas do mundo de acordo com esses domínios.

Natureza:

Todos os seres que constituem o Universo.

Força ativa que estabeleceu e conserva a ordem natural de tudo quanto existe.

A condição do homem anteriormente à civilização.

O mundo visível, em oposição às idéias, sentimentos, emoções, etc.

Conjunto do que se produz no Universo independentemente de intervenção refletida ou consciente. (grifo meu) ⁵²

O domínio da natureza é entendido como um domínio intocado, qualquer ação humana sobre ele o transforma - não somente nestas definições do dicionário, mas também nas concepções encontradas nas entrevistas.

Para Cristiane, *o corpo humano é um projeto, quem elaborou, elaborou muito bem, e tudo tem o seu porquê*. Com essa afirmação, Cristiane quer dizer que o corpo tem uma origem *divina* (por ser um projeto elaborado por alguém, uma *entidade metafísica*). A intervenção no corpo pelos processos e técnicas médicas como a supressão da menstruação é, para ela, uma intervenção nesse *projeto*.

⁵² Definições extraídas de - FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda - *Novo Dicionário Aurélio – Século XXI*. Editora Nova Fronteira, 1999.

As idéias de **divino** e de **natural** podem estar (re)significadas de acordo com as crenças de cada uma dessas mulheres, mas o **corpo** parece ser, segundo o que se apreende pelas entrevistas, algo relativo a estas idéias. Natureza ou divindade, o que quer que tenha originado o corpo é pensado em oposição à cultura, ciência, que procuram, ao conhecer o corpo e a natureza, dominá-los.

A idéia que se constrói é da cultura dominando a natureza através da ação humana. As discussões sobre as novas técnicas reprodutivas estão presentes em vários trabalhos antropológicos recentes, em que a dicotomia natureza e cultura é problematizada. Piscitelli, citando o estudo de Strathern sobre o parentesco inglês e os *atos naturais da vida*, aponta para essa questão, dizendo que *com a irrupção da 'artificialidade' na Natureza, um dos termos (Cultura) parece consumir o outro (Natureza) como se a cultura excedesse a si própria.*⁵³

Os tratamentos médicos propostos pelas tecnologias reprodutivas e contraceptivas podem ser vistos como interferências do ser humano no processo natural de procriação. Há, entre os domínios do natural e do cultural, uma tensão latente. As ações corporais como as técnicas médicas são palco para um embate entre os domínios da natureza e cultura.

Por outro lado, apesar da artificialidade que a pílula anticoncepcional pode significar, a menstruação provocada por sua interrupção não é entendida como artificial pela maioria das mulheres. Um dos motivos dessa indistinção é a forma como esse sangramento é pensado: como uma manifestação do corpo, da natureza. Embora seja, portanto, produto de um mecanismo de controle hormonal do corpo humano, criado e planejado pela tecnologia médica – o que seria o suficiente para caracterizá-lo como artificial, este

⁵³ PISCITELLI, Adriana – op.cit. p.319.

sangramento **reproduz** um sistema natural, e é, em si, **matéria** proveniente deste corpo que é entendido como natural. Como disse Renata, *tudo que vem do nosso corpo é natural (...) [o sangramento provocado pela pílula] é o sangue que está vindo do nosso corpo, é natural.*

Se por um lado o sangramento pode ser entendido como natural porque parte do corpo, por outro o método contraceptivo hormonal pode ser visto como uma artificialidade que afeta o funcionamento do corpo (as alterações menstruais). Há uma ambigüidade na caracterização da menstruação com o uso da contracepção hormonal, em que a distinção natural x artificial se apresenta sob vários aspectos. Strathern aponta para a polissemia desses termos, argumentando que natureza e cultura não são categorias fixas e que devem ser pensadas como uma *matriz de contrastes*.⁵⁴ A partir disso, podemos pensar um mesmo fato (a menstruação) como natural ou artificial. A atribuição de um fato a um domínio ou outro é produto de um embate entre estes domínios – natural (ou biológico) e cultural (ou artificial), e da **ênfase** ou do **valor** dado a uma das formas com que o fato pode ser entendido.

O embate entre domínios opostos resulta dessa **ambigüidade** e implica na atribuição de **valores desiguais** a cada um desses domínios. Se, por exemplo, no momento de optar por um método contraceptivo houver um embate entre as idéias de *corpo natural* e dos *tratamentos médicos artificiais*, e as concepções pressupostas para esses domínios como regras de ação social ou moral não concordarem sobre uma opção escolhida, então o processo de decisão implicará em uma sobrevalorização de um desses domínios em função do outro.

As mulheres podem optar por não usar nenhum método contraceptivo, ou então optar por um método de contracepção *de barreira*, como as camisinhas, tabelinha, etc.

Pode-se argumentar que **natural** seria não adotar nenhum método contraceptivo e deixar a **natureza** mandar quantos filhos/as quisesse.⁵⁵ Ou pode-se considerar a importância do planejamento familiar na vida da mulher e experimentar vários métodos contraceptivos até que se escolha um deles. Em todos esses casos, o processo de decisão da ação contraceptiva (mesmo que seja por não fazê-la) envolve um embate em que os domínios natural x cultural disputam uma atribuição maior de valor que fundamentará a escolha.

O discurso das mulheres justifica a opção que fizeram, e nessa justificativa um posicionamento sobre esse embate a que nos referimos é explicitado. Entre o *fazer bem para o corpo*, e a *despreocupação em engravidar*, pela adoção de um método mais seguro, Renata, considerando os efeitos colaterais indesejáveis, fez a primeira opção: não usar mais a pílula. Ana, que usa, fala que *gosta mais* de quando está tomando a pílula porque tem menos cólicas, menos alteração de humor, e o fluxo é menor, **mas** fica um mês sem tomar a pílula todo ano *senão o organismo vicia*.

Portanto, pensar as questões da contracepção hormonal (ou da supressão da menstruação) implica em considerar um processo de decisão e significação fundamentado pelo embate natural x artificial, em que a atribuição de valor é pensada a partir da problemática benefícios x riscos.

3.2. Ginecologistas e Contracepção

A relação com o ginecologista contribui para o processo de decisão de um método contraceptivo. A autoridade atribuída ao médico e o valor de verdade imputado ao

⁵⁴ STRATHERN, Marylin – op. cit. p.177.

conhecimento científico são estratégias de valorização deste conhecimento em relação aos outros sistemas possíveis. A dicotomia natureza e cultura pode apresentar-se sob formas variadas para legitimar o conhecimento científico ou as técnicas médicas propostas e persuadir a paciente a uma escolha que privilegie os conceitos, noções e práticas promovidos pela medicina, que, por sua vez, são efetivados pelos medicamentos e tratamentos produzidos e comercializados pela indústria farmacêutica.

A maneira como as mulheres vão entender, aceitar, escolher ou participar dessas técnicas de contracepção propostas pelos médicos depende de como as suas noções e concepções interagem e são (re)produzidas na relação com os/as médicos/as. Deve haver, entre médicos e pacientes, uma certa **empatia** para que a escolha do método contraceptivo seja feita. Isso envolve desde a qualidade da relação entre o/a médico/a e a paciente, passando pela disposição da mulher, ou do casal (como apontou Dra. Cleide) em usar tal ou tal método, até a disponibilidade financeira para usá-lo.⁵⁶

Através dos discursos dos médicos entrevistados pôde-se perceber que as escolhas que eles mesmos fazem e indicam para suas pacientes dependem também da forma como eles **interpretam** a medicina e as técnicas médicas. A relação entre **benefícios** e **reações** é uma maneira de se perceber de que forma aquele/a médico/a pensa, entre outras coisas, a questão do natural e do artificial nos tratamentos contraceptivos. Em outras palavras, as considerações de um(a) médico/a a respeito de um determinado tratamento contraceptivo, quando este é pensado a partir de suas características *benéficas* (como a contracepção) ou *maléficas* (efeitos colaterais, reações e riscos), tem

⁵⁵ Como mencionaram Dr. Luís e Dra. Cleide, além de Dr. Elsimar Coutinho, em seu livro.

⁵⁶ A **qualidade de relação** envolve categorias definidas pelas próprias pacientes, que incluem a atenção dispensada às dúvidas que a paciente tem, a dedicação do médico em explicar os tratamentos, doenças e disfunções que acontecem àquela paciente, enfim, basicamente atenção, respeito e dedicação do médico pela paciente.

muito a dizer sobre a maneira como esse/a médico/a entende o **natural** e o **artificial**, bem como a importância que ele dá para essa distinção.

Cabe, portanto, aos médicos – assim como às mulheres – escolher e se posicionar perante as possibilidades de contracepção existentes no mercado. A diferença para os ginecologistas está no posicionamento **profissional** que lhes é atribuído nesse processo. Como dissemos, médicos são autoridades para falar desses processos devido à formação acadêmica que alcançaram. Isso não implica, no entanto, que todos tenham um poder igual dentro dessa esfera, ou desse campo do conhecimento. É por isso que debates como o da supressão da menstruação são travados: para que o conhecimento e as técnicas produzidas por alguns adquiram legitimidade entre seus pares, e passem a ser indicados para as pacientes pelos outros médicos.

A forma como cada ginecologista entende e qualifica os métodos contraceptivos é refletida na maneira como os tratamentos são indicados para as pacientes. Os métodos contraceptivos hormonais são parte do dia-a-dia da consulta ginecológica. Assim como a indicação de medicamentos para as mais variadas *doenças* do sistema reprodutor. A contradição entre benefícios e riscos, e o processo de decisão por um método ou outro existente tanto para médicos como para pacientes, reflete na verdade *antigos conflitos*,⁵⁷ como o do uso da tecnologia produzida pela ciência.

Demonstramos, a seguir, alguns argumentos usados no processo de significação e decisão de métodos contraceptivos, colocados pelos ginecologistas entrevistados.

⁵⁷ Emprestando essa expressão usada por SCAVONE, Lucila – Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, **antigos conflitos**.

Ao dizer que a pílula é um *mal necessário*, Dr. Eduardo deixa bem evidente a contradição que cerca a escolha de um método de contracepção hormonal. Tanto ele como Dra. Andréa referem-se ao sangramento provocado pela pílula anticoncepcional como uma menstruação **artificial**.

Segundo Dra. Andréa, os efeitos colaterais ou reações aos contraceptivos hormonais são resultado das inaptações das pacientes aos hormônios presentes nos medicamentos. Esses hormônios são formulados e dosados de acordo com uma **média hormonal** de algumas mulheres, e aquelas mulheres que tiverem uma taxa hormonal que difira dessa média terão problemas de adaptação. O ideal, segundo ela, seria dosar a taxa de hormônio de cada mulher e formular uma medicação para corresponder exatamente àquilo que ela produziria, mas com efeitos anticoncepcionais, o que seria praticamente inviável, tendo em vista a forma como opera a indústria farmacêutica. Mas, mesmo assim, ao se utilizar hormônios sintéticos *sempre vai ser artificial, não vai ser o que o teu organismo produz, então corre-se o risco realmente de a pessoa não se adaptar*, segundo ela. Portanto, **artificial** aqui é entendido como aquilo que vem de fora do organismo, aquilo que o organismo não produz **naturalmente**.

Dr. Eduardo se diz *meio naturalista*, ele não recomenda a utilização desses métodos hormonais por muito tempo porque acha que as mulheres têm que ter *ciclos por sua conta*, ou seja, sem o uso de qualquer hormônio que altere esse ciclo. Essa será também sua postura a respeito da supressão da menstruação, de que trataremos mais adiante. Quanto à contracepção, ele defende que as mulheres que usarem pílula anticoncepcional façam pausas de 6 em 6 meses, ou uma vez por ano, para que possam ter esses *ciclos por sua conta*.

A idéia da contracepção hormonal como algo artificial ao corpo é um dos argumentos possíveis para o processo de decisão do tratamento a ser indicado pelos ginecologistas a suas pacientes. Outro exemplo é dado por Dra. Cleide, que disse ter tido um professor na faculdade de Medicina *bastante Darwinista*, que dizia que *mulher nasceu para ter filho*. Para esse professor, ao adotarem um método contraceptivo e perceberem que dominaram a questão da procriação, as mulheres mesmo se *boicotariam*. As reações indesejáveis aos hormônios ou técnicas contraceptivas seriam, para esse professor, resultado desse *auto-boicote*, e a mulher acabava engravidando entre as tentativas dos diferentes métodos de contracepção. Assim, haveria uma resposta da natureza à artificialidade da contracepção. A mulher *somente se sentiria bem quando estivesse grávida*. Dra. Cleide concorda com ele, dizendo que algumas mulheres de fato agem assim, mas não todas. Algumas reações dos contraceptivos hormonais são, para ela, realmente desagradáveis, como *edemas, a mulher se sente mais gorda, mais inchada, dor no peito, na barriga, a libido diminui*. As mulheres acabam desistindo de usar métodos contraceptivos hormonais por causa disso. Ela mesmo diz ter se sentido assim quando usou a pílula, e desistiu também por conta desses efeitos.

Para Dr. Sérgio, a contracepção é um problema (ou melhor, uma solução) principalmente para pacientes adolescentes que têm vida sexual. Segundo ele, o índice de adolescentes grávidas é enorme e a porcentagem de separação de adolescentes que se casam por causa da gravidez é de 75% após 5 anos. É da responsabilidade do médico *convencê-la a tomar, convencê-la a tentar se adaptar, e a não escutar a amiga que falou que a pílula engorda, que dá celulite etc*. A contracepção é, nesse caso, uma questão que realmente deve ser discutida com as pacientes e, para ele, a pílula é a forma mais segura de garantir que essas adolescentes não engravidarão. O início da vivência da sexualidade por adolescentes exige a atenção para a questão da contracepção, do controle de

doenças sexualmente transmissíveis. A gravidez indesejada deve ser evitada. É, para ele, uma preocupação maior do que a preocupação com os efeitos colaterais da hormonioterapia⁵⁸:

Você não pode dar um peso moral, religioso, seja lá o que for, pra uma menina que não tem como carregar peso nenhum, ela não carrega nem ela mesma, então ela tem que amadurecer (...) suas idéias, bater a cabeça um pouco sem uma gravidez indesejada. Depois é que a coisa pode ficar, digamos assim, um pouco madura, e ela vai tirar a conduta que ela quer ter da vida dela. Mas, num determinado momento, a gente deve dar uma anticoncepção hormonal pra jovem dos nossos dias de hoje. (...) Tem que ver todas essas outras coisas que a hormonioterapia traz a nível social, a nível familiar.

A preocupação com sexualidade e gravidez na adolescência são, para Dr. Sérgio, questões *sociais* que pesam muito mais que o problema *biológico* da artificialidade hormonal que a pílula provoca.

Concluindo esta discussão sobre as técnicas contraceptivas, percebemos que há um processo duplo de decisão, que envolve, em primeiro lugar, a maneira como o ginecologista pensa e qualifica as técnicas médico-farmacológicas presentes no mercado e a relação que ele estabelecerá entre essas possibilidades e a *necessidade* da paciente que o consulta, resultando na escolha de um (ou mais) tratamentos para indicação. Em segundo lugar, a participação das pacientes nesse processo de decisão depende da relação que ela estabelece com seu médico,⁵⁹ do quanto ela conhece e como entende os

⁵⁸ Termo usado pelos médicos entrevistados, e que implica no uso de hormônios artificiais (injetáveis, pílulas ou implantes). O uso desses hormônios artificiais geralmente inibe o funcionamento dos hormônios que seriam produzidos pelo próprio organismo, provocando efeitos específicos.

⁵⁹ De que trataremos no capítulo 5.

tratamentos possíveis, e como ela relaciona essas noções com os outros sistemas de conhecimento que também a informam sobre a menstruação.

Podemos pensar esse processo a partir de uma interação em que participam: a ginecologia, como conhecimento científico produzido e legitimado no campo da medicina; o/a ginecologista, como representante desse conhecimento; e a paciente, *objeto* desse conhecimento, mas também agente no processo de decisão e de vivência das práticas corporais propostas através desta interação.

E é através desse relacionamento entre ginecologistas e suas pacientes que a questão da supressão da menstruação se torna uma possibilidade de contracepção ou mesmo uma opção de tratamento para mulheres. As questões que discutimos neste capítulo servem como base para a discussão sobre a supressão da menstruação, que apresentamos a seguir.

CAPÍTULO 4

SUPRESSÃO DA MENSTRUÇÃO

Como vimos, o não menstruar é um espelho através do qual pudemos perceber os significados que a menstruação tem para as mulheres. A questão da supressão da menstruação é interessante não somente para pensar, por inversão, os valores atribuídos à menstruação, mas para investigar como as tecnologias médicas interferem nas práticas corporais e no pensar sobre elas.

Como **supressão da menstruação** entendemos as tecnologias usadas para que a mulher, mesmo em período fértil, deixe de menstruar. A supressão da menstruação pode ser feita de várias maneiras: através de cirurgias como a *ablação de endométrio*, que consiste em uma cirurgia que retira (ou resseca) o endométrio, *ooforectomia*, em que os ovários são retirados, *histerectomia*, a retirada do útero; ou através da *hormonioterapia*, cujos tratamentos mais comuns são feitos com derivados da progesterona, como o Depo-Provera, Farlutal e Noristerat (injetáveis hormonais), o Norplant⁶⁰ (implante sub-cutâneo); ou ainda, com um método novo que reúne um dispositivo intra-uterino (DIU) com levonorgestrel (o mesmo hormônio do Norplant), chamado Mirena.⁶¹

Os derivados da progesterona têm como efeito a atrofia do endométrio – tecido que reveste internamente o útero e que se descama na menstruação, provocando o sangramento. Com o endométrio atrofiado, o tecido que sairia na menstruação não é

⁶⁰ O Norplant foi um tratamento contraceptivo testado e proibido no Brasil na década de 80, que gerou sérias discussões a respeito da ética na experimentação em seres humanos e dos efeitos do uso de hormônios. Essa discussão é trabalhada em: ISRAEL, Giselle e DACACH, Solange: *As rotas do Norplant: desvios da contracepção*. Rio de Janeiro, Rebeh, 1993.

produzido, conseqüentemente a mulher não menstrua. Para a maioria dos médicos entrevistados, isso não causa problema algum para a mulher. É uma suspensão temporária da menstruação e das funções reprodutivas, que retornam ao **normal** quando a mulher parar com o tratamento (injeções ou implante).

Dr. Elsimar Coutinho defende a adoção desse método pelas mulheres que o desejarem, argumentando que o sangramento provocado pela interrupção da pílula anticoncepcional é um sangramento inútil, e, também, que a menstruação não deve ser entendida como natural, pois é conseqüência da adoção de técnicas de contracepção – o que é um artifício **cultural**.

Invertendo esse valor de natureza dado à menstruação, Dr. Elsimar Coutinho tem propagado a supressão espontânea da menstruação não somente em meio acadêmico, mas também através dos meios de comunicação. Além de apresentar um quadro sobre ginecologia no programa *Diadia* da Rede Bandeirantes de Televisão, participa e participou de vários debates e entrevistas, e publicou o livro *Menstruação, a Sangria Inútil*.

Segundo alguns dos médicos entrevistados, essas aparições freqüentes de Dr. Elsimar Coutinho na mídia contribuíram para colocar em questão a **necessidade** da menstruação para as mulheres, e divulgar a possibilidade de escolha por não menstruar, pela supressão espontânea da menstruação. Tema que, para eles, envolve um tabu muito grande e implica em discussões mais complexas do que eles mesmos pretendem enfrentar. Dessa forma, embora nem todos ginecologistas concordem com Dr. Elsimar Coutinho, ele é reconhecido como pioneiro na introdução do debate da menstruação para o chamado **senso comum**, ou seja, por trazer o debate sobre a supressão da menstruação para **fora dos muros** da medicina.

⁶¹ Fontes: COUTINHO, Elsimar - op. cit.; SCAVONE, Lucila - op. cit., e as entrevistas com Dra. Cleide e Dr. Sérgio.

A partir desse debate colocamo-nos as seguintes questões: Quais são as implicações da supressão da menstruação? De que forma essa nova maneira de vivenciar a corporalidade feminina – através da não menstruação – afeta o entendimento das mulheres sobre menstruação, corporalidade e gênero? Quais categorias são empregadas nessas discussões?

Como se pode perceber pelo argumento usado por Dr. Elsimar Coutinho, debater a questão da menstruação envolve uma discussão sobre **natureza** e **cultura** e o corpo feminino – ou seus desdobramentos biológico x artificial, ou corpo x mente. Se, por um lado, Dr. Elsimar defende que a menstruação não é natural e sim cultural, o consenso entre mulheres e médicos, como pudemos observar na pesquisa, é de que a menstruação é natural. Procuraremos desenvolver essa discussão tendo em vista o embate entre os domínios do natural e cultural, observando de que forma estes se reconfiguram e resignificam nos vários discursos sobre menstruação e suas relações. Por ora trataremos das concepções das mulheres sobre a supressão da menstruação e, posteriormente, das discussões travadas no meio médico-ginecológico.

4.1. Mulheres e Supressão da Menstruação

No (pequeno) universo de mulheres entrevistadas, não encontramos uma mulher que tenha **escolhido** o tratamento de supressão da menstruação. Segundo Dra. Cleide, isto é um reflexo de que as mulheres realmente **não querem** parar de menstruar. As únicas duas entrevistadas que não menstruam eram Maria, porque está na menopausa, e Cristiane, porque seu tratamento para a endometriose é baseado na supressão da

menstruação. Mas não se trata, em ambos os casos, de uma escolha **espontânea**, embora Maria tenha dito que, se soubesse dessas técnicas de supressão da menstruação enquanto menstruava, teria procurado algum médico e tentado usar algum método de supressão, porque não gostava de menstruar.

A maioria das entrevistadas nem sabia que era possível ficar sem menstruar por opção, através de medicamentos. Mas, depois de conhecerem, através da entrevista, a possibilidade desses tratamentos, deram suas opiniões. Ana, por exemplo, achou que não faria porque *você não pode mudar seu destino, interferir na natureza das coisas*; Renata⁶² disse que *se não tivesse menstruação, não se sentiria tão mulher* e que *se a menstruação está ali, é porque é pra estar*.

Retomando a discussão anterior, a **não-menstruação** é um fato (ocasionalmente inevitável) que influencia e é influenciado pela maneira que essas mulheres pensam o corpo, e pela maneira como elas se pensam como mulheres, a partir das idéias de natural e artificial. Cristiane, que não menstrua por causa de seu tratamento, acha que não menstruar *não é a melhor coisa desse mundo*. Portanto, com a exceção de Maria, nenhuma das outras entrevistadas expressou algum interesse por suprimir a menstruação.

Esta **ausência** de mulheres que querem ficar sem menstruar é um dado importante. Alguns médicos entrevistados atribuem essa ausência a uma *necessidade psicológica* da menstruação, que seria uma questão *cultural*. Dra. Andréa⁶³, por exemplo, considera que as mulheres que vão entrar em menopausa e farão a reposição hormonal optam por

⁶² Casada, 1 filho, 26 anos, residente em Vinhedo (SP), católica, auxiliar administrativa.

⁶³ Casada, 2 filhos, 31 anos, residente em Campinas (SP), católica, clinica há 7 anos em seus dois consultórios em Campinas e atende no hospital da PUCC.

continuar menstruando, porque *relacionam menstruação com fertilidade, com ser jovem*.⁶⁴ Outras têm medo de ficar sem menstruar e isto fazer algum mal para a saúde. As pacientes mais jovens temem não ter como fazer um diagnóstico de gestação. Embora os métodos de supressão de menstruação sejam também métodos anticoncepcionais, segundo Dra. Andréa, podem haver falhas, e, nesse caso, não se poderá contar com a ausência da menstruação como um sinal de que pode ter ocorrido uma gravidez.

Dra. Andréa teve alguns casos de pacientes que quiseram suprimir a menstruação. Segundo ela, essas pacientes incomodavam-se muito com a menstruação – tinham cólicas ou TPM – e, por isso, queriam suprimi-la. Mas essas pacientes não se adaptaram aos medicamentos para a supressão de menstruação, e acabaram desistindo (temporariamente) da supressão.

Para Dra. Andréa, é mais comum que artistas e modelos suprimam espontaneamente a menstruação, porque *para ela é excelente ficar sem menstruar. Se ela tiver um desfile, que ela tenha que usar uma roupa branca, ela não vai poder usar absorvente... nem correr o risco de colocar um absorvente interno que vaze. (...) realmente tem situações que ela vai falar: não, essa semana do mês eu não posso trabalhar, e vive disso... é complicado*. Interessante que, justamente os modelos de feminilidade, beleza e saúde tenham que utilizar-se da supressão da menstruação para conseguir manter a aparência de saúde e beleza que representam. E que, segundo esta médica, especialmente para elas a supressão da menstruação seja *excelente*, mais necessária ou freqüente que para todas as outras mulheres.

⁶⁴ A reposição hormonal, como vimos, pode ser feita de duas maneiras: com a menstruação ou sem a menstruação. Segundo Dra. Andréa, Dra. Cleide e Dr. Eduardo, a maioria das mulheres opta por manter as menstruações. **Hormonalmente** elas estarão tendo o mesmo tratamento, mas a presença da menstruação

A hormonioterapia para supressão de menstruação consiste, basicamente, em hormônios derivados da progesterona, que provocam uma atrofia do **endométrio**. O problema deste método, usado inclusive por Cristiane, uma das pacientes entrevistadas, é que, muitas vezes, a mulher acaba tendo sangramentos irregulares. Ao invés de ter uma menstruação com fluxo grande durante 5 dias, elas têm um pequeno sangramento todos os dias, ou vários dias por mês. Essa é, para os médicos entrevistados, a principal causa da descontinuação do uso desse método pelas (poucas) mulheres que o utilizam. É necessário mencionar que as mulheres que o utilizam, em sua grande maioria, o fazem por causa de distúrbios decorrentes da menstruação, em geral, da endometriose.⁶⁵ Mas aquelas que o fizeram por opção (como uma paciente da Dra. Andréa), desistiram porque acabaram se sentindo mais **incomodadas** com esses sangramentos irregulares durante todo o mês do que sentiriam com a menstruação de 5 dias. Segundo Dr. Luís⁶⁶, *a indústria farmacêutica ainda não conseguiu resolver o problema da menstruação*. Ou seja, ainda não criou métodos eficazes que suprimissem a menstruação sem causar efeitos colaterais indesejáveis para as mulheres.

As médicas entrevistadas têm uma opinião pessoal a respeito da supressão da menstruação. Dra. Andréa disse que ficaria sem menstruar, mas que não tem motivos para isso, pois sua menstruação **não a incomoda**. Dra. Cleide, que a princípio se posicionou contra a supressão da menstruação, disse também que ficaria sem menstruar, se tivesse segurança de que não haveria riscos para sua saúde, como uma propensão maior de câncer de endométrio que esses ciclos anovulatórios provocados pela

parece ser, segundo esses médicos, uma busca dessas mulheres por manter ativa a **jovialidade** que elas estariam perdendo.

⁶⁵ Segundo os médicos entrevistados.

⁶⁶ Médico do Cemicamp, ONG de pesquisas localizada na Unicamp. Não forneceu seus dados pessoais.

supressão da menstruação (e pela pílula anticoncepcional) parecem favorecer.⁶⁷ Para ambas as médicas entrevistadas não há uma relação direta entre a menstruação e a feminilidade. Dra. Andréa simplesmente não se incomoda com a menstruação, mas não se importaria em suprimi-la, e Dra. Cleide, apesar de não gostar de menstruar, tem preocupações quanto à interferência desses medicamentos na sua saúde.

Na verdade, entre os médicos, a questão da supressão da menstruação é tratada como algo que não está ainda fora da realidade acadêmica, visto que a grande maioria das pacientes não procura os médicos **para não menstruar**. Segundo eles, por mais que a discussão esteja na mídia, poucas mulheres consideram a possibilidade de não menstruar. A menstruação é um **problema** que pode ser resolvido de outra forma. É um incômodo que deve ser **minimizado**, através de medicamentos para cólicas ou mesmo de um tratamento a base de anticoncepcionais, mas é um incômodo que se procura apenas **atenuar**. Mesmo que, para isso, utilize-se um método **artificial** que mantenha ou reproduza a menstruação (como fazem as pílulas anticoncepcionais), quando se poderia simplesmente – mas artificialmente também – suprimi-la.

4.2. Ginecologistas e a Supressão da Menstruação

Embora não haja consenso sobre a **necessidade biológica** da menstruação, os efeitos decorrentes do uso da hormonioterapia e, em específico, dos tratamentos de supressão da menstruação trazem preocupações para alguns médicos.

⁶⁷ Ciclos anovulatórios são os ciclos nos quais a mulher não ovula. Através da hormonioterapia, os ovários deixam de funcionar e não produzem óvulos. Este é o princípio contraceptivo das pílulas anticoncepcionais, e é também a forma como a supressão da menstruação é mais comumente feita.

Dr. Eduardo, por exemplo, acha que *tem que funcionar a cada tempos, você tem que sentir o seu ovário funcionando, ter um ciclo por sua conta, porque é diferente um ciclo por sua conta e um ciclo artificial*. Com a supressão da menstruação por muito tempo, a mulher deixa de ter esses ciclos *por sua conta* e passa a estar constantemente sob efeito dos hormônios que usa. *Deixar por tanto tempo os ovários sem funcionar não teria conseqüências maiores para a fertilidade posterior?* - questiona. Do ponto de vista dos outros médicos, não.⁶⁸ Segundo eles, as funções férteis ficam em **latência**, podendo voltar a funcionar com a interrupção do tratamento, contanto que a mulher esteja em idade fértil.⁶⁹

Outra crítica que Dr. Eduardo faz é de que os hormônios femininos dão o *psiquismo* da mulher, e que, por isso, é preciso deixá-los agir. Nos ciclos menstruais **naturais**, por exemplo, é que a mulher possui aquele período de *cio*, em que a necessidade *fisiológica* do ato sexual se faria presente (apesar, diz ele, de a mulher ser o único animal que faz sexo fora desse período). Em ciclos anovulatórios, isso não acontece. A sexualidade feminina, como veremos no próximo capítulo, é um tema complexo e controverso para a ginecologia. Parece haver uma preocupação em relegar a sexualidade feminina ao campo da psicologia e desprezar as questões fisiológicas relativas a essa questão.

É relevante a colocação do Dr. Eduardo, porque ressalta a fisiologia da sexualidade feminina como algo importante. Este comentário feito por Dr. Eduardo indica que a importância dos hormônios femininos para a sexualidade feminina, do ponto de vista da ginecologia, não é muito significativa. Essa concepção da ginecologia sobre sexualidade feminina parece ser *interessante* para a propagação do uso da hormonioterapia como um

⁶⁸ Dr. Sérgio, Dra. Andréa, Dr. Luís e Dr. Elsimar Coutinho.

⁶⁹ Um dos problemas causados pelo Norplant, citado anteriormente, foi justamente a perda das funções reprodutivas por uma mulher no Rio de Janeiro. Ela teve uma menopausa precoce aos 33 anos após interrupção do tratamento com o Norplant. FARIA, Marinete de Souza. Norplant, um caso exemplar sobre a

método de contracepção. Se a importância dos hormônios femininos para a sexualidade fosse maior, a interferência da contracepção hormonal também o seria, e poderia ainda ser um fator para que este método não fosse escolhido.

Uma outra preocupação a que Dr. Eduardo se refere é com o câncer de endométrio, cuja propensão de acontecer pode ser maior em ciclos anovulatórios e, neste caso, especialmente preocupante porque o endométrio fica paralisado (com a menstruação ele se descama mensalmente, renovando-se). Dra. Cleide também expressou sua preocupação com tratamentos anovulatórios. A hormonioterapia para supressão de menstruação por períodos longos, para ela, poderia aumentar as chances de câncer de endométrio.⁷⁰

Dr. Sérgio considera a importância dessa preocupação com a parte oncológica depois de uma certa faixa etária, apesar de achar que, em relação a isso, *hoje, nem os cientistas sabem, é só a gente ler artigo médico, cada hora eles falam uma coisa...* Dr. Elsimar Coutinho, defendendo a supressão da menstruação em seu livro, rebate essa questão do câncer de endométrio dizendo que *o que protege o endométrio contra o câncer é a progesterona, e não o sangramento.*⁷¹

ausência da ética num experimento em seres humanos. *Simpósio Bioética e Reprodução Humana, Diálogos com o Feminismo*. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, 1996, p.156, *apud* SCAVONE, Lucila - op. cit.

⁷⁰ Como discutimos na entrevista, a pílula anticoncepcional é também um método anovulatório. Qual seria então a diferença e o problema real – o método anovulatório em si ou a supressão da menstruação? Para Dra. Cleide, o problema maior está no fato de que os métodos de supressão da menstruação são feitos a longo prazo, de 5 a 10 anos. Esse longo tempo sob efeitos de hormônios que provocam a suspensão da ovulação são preocupantes, segundo ela. No entanto, uma questão permaneceu sem resposta: se uma moça inicia o uso de pílulas anticoncepcionais aproximadamente aos 15 anos de idade e mantém esse método contraceptivo até que decida pela maternidade aos, suponhamos, 25 a 30 anos de idade, ela passará aproximadamente 10 anos também usando um método anovulatório. Quais seriam as conseqüências nesse caso? E as mulheres que já tiveram filhos e continuam tomando a pílula por toda sua vida fértil? Não representaria também para elas um perigo? O argumento de Dra. Cleide é que uma mulher não toma pílula por tanto tempo assim, que ela fará algumas pausas nesse período todo. Mas, mesmo assim, ela estará tendo ciclos anovulatórios. Não fica claro nessa discussão se o problema real são os ciclos anovulatórios (e então a preocupação se estenderia à pílula anticoncepcional) ou somente os métodos de supressão da menstruação.

⁷¹ COUTINHO, Elsimar. - op. cit. p.138.

O depósito de cálcio nos ossos é estimulado pelo estrogênio, hormônio não usado nos tratamentos de supressão da menstruação. A ausência desse hormônio poderia induzir quadros de **osteoporose**, além de provocar um maior **envelhecimento** da mulher. A menstruação seria, ainda, uma forma de se ter um parâmetro do funcionamento do organismo feminino, das suas funções ovarianas, hormonais, etc. Além disso, em alguns casos, o medicamento não bloqueia totalmente a menstruação e a mulher acaba tendo pequenos sangramentos quase que diariamente, o que seria mais incômodo do que uma menstruação contínua de 5 dias.

Dr. Sérgio diz ser *a favor da medicina para a qualidade de vida*. Dessa forma, o uso da hormonioterapia, para ele, é válido no sentido em que pode ser um uso da ciência para o benefício da mulher. Se a paciente não tiver propensão a ter problemas com a hormonioterapia, como histórico de câncer na família, ou se ela não for fumante, ou não tiver outros fatores *de risco*, ela poderá se *beneficiar da hormonioterapia para melhorar a sua qualidade de vida*, seja com a terapia de reposição hormonal, seja com os métodos contraceptivos hormonais. Segundo ele, embora não haja consenso entre os médicos a esse respeito, vários estudos comprovaram que a mulher não será prejudicada a longo prazo se utilizar esses tratamentos hormonais para a supressão da menstruação. Em outras palavras, algumas das preocupações demonstradas por Dr. Eduardo e Dra. Cleide podem ser prevenidas, segundo Dr. Sérgio, evitando-se aplicar a hormonioterapia a pacientes que apresentem fatores *de risco*.

Dr. Luís, ao contrário dos outros médicos, disse não ter opinião a respeito de não menstruar, porque acha que, por não ser mulher e não menstruar, não pode dizer às mulheres o que fazer sobre sua menstruação. Sua obrigação é apenas a de dizer, **como médico**, que *não faz mal à saúde, que não é anormal*.

Segundo Dr. Elsimar Coutinho, em seu livro, não há problema nenhum, pelo contrário, evita-se muitas doenças decorrentes da menstruação ao suprimi-la. Os tratamentos que suprimem a menstruação são tanto indicados para doenças catameniais, como são uma possibilidade de contracepção, e, portanto, de escolha para as mulheres. Ele é um interlocutor para todos os médicos entrevistados por posicionar-se tão claramente quanto a uma questão que é polêmica. Seu argumento é que, *antigamente*, as mulheres menstruavam muito menos do que menstruam atualmente. Além de menstruarem com mais idade, tinham mais filhos e deixavam de menstruar mais cedo. A menstruação seria, então, um fenômeno mais recente, decorrente principalmente do uso de técnicas contraceptivas. A longo prazo, a menstruação pode acabar causando outras doenças, que antes não se manifestavam porque a mulher não menstruava tanto. O uso de medicamentos para suprimir a menstruação pode ser assim justificado, especialmente porque não é, para ele, uma afronta à questão do **natural**: a menstruação é entendida como algo natural do corpo humano, quando, na verdade, ela é uma resposta do corpo à não concepção, o que, por sua vez, pode ser o resultado da adoção de qualquer método contraceptivo. O natural mesmo seria engravidar. Sendo assim, desde que se escolhe a contracepção, *está se escolhendo o artificial*. Não será a supressão da menstruação a causa de algum problema no organismo feminino, pelo contrário, em alguns casos a supressão será até preventiva. Dr. Elsimar propõe uma forma diferente de se pensar a relação com o natural:

Apesar das reconhecidas desvantagens da menstruação repetida, é surpreendente que inúmeros livros e artigos escritos por homens e mulheres sobre o assunto não tenham se posicionado a favor de medidas que conduzam a uma progressiva supressão das regras. Predominam colocações conformistas ou defensoras do status quo na pressuposição hipocrática-galênica de que se as

mulheres menstruam por determinação da natureza “sábua” é porque menstruar é bom para a saúde. Como se tudo que fosse natural – a violência, a dor, a doença e a morte – devesse ser aceito sem resistência.⁷²

Este trecho não somente aponta para uma ambigüidade da concepção de menstruação que o autor apresenta – pois aqui admite a menstruação como natural – mas propõe uma nova relação com essa natureza, em que a biotecnologia deve ser entendida como uma forma de *melhora na qualidade de vida*, como diria Dr. Sérgio. No entanto, para a maioria das mulheres essa é uma discussão nova e pouco conhecida. Ainda não há uma preocupação significativa delas em suprimir a menstruação, pelo contrário, a preocupação está nos efeitos e conseqüências dessa supressão.

Por mais que a menstruação seja significada como um **incômodo**, é pensada como uma manifestação **natural** do corpo feminino, diretamente relacionada à idéia da **fertilidade**, que se desdobra em **maternidade**, **idade** e **feminilidade**. A menstruação é um **sinal** da fertilidade, da não-gravidez, da potencialidade de uma gravidez em um novo ciclo menstrual, da fase fértil do ciclo de vida da mulher, enfim, é um símbolo de feminilidade e idade. Sua interrupção ou supressão provoca, em última instância, uma reflexão.

Tanto para médicos como para mulheres, as discussões sobre a supressão da menstruação recolocam as questões do uso da contracepção hormonal: natural x artificial, benefícios x efeitos colaterais e riscos, sexualidade x procriação, mas no caso da supressão da menstruação não só **fertilidade** como **feminilidade** e **idade** são questões presentes. E isso parece tornar a discussão um pouco mais complexa. Não se trata somente, para as mulheres que se deparam com a possibilidade da supressão da

⁷² COUTINHO, Elsimar. - op. cit. p.135.

menstruação, de fazer uma escolha entre a **contracepção** e os **efeitos colaterais** resultantes dela, mas talvez de (re)pensar o papel da **menstruação** para a mulher, qualificar e entender a sua ausência como algo possivelmente benéfico ou desejável.

O sangramento provocado pela pílula pode ser apenas uma reprodução simbólica da menstruação, mas porque esse sangramento reproduz o que aconteceria **normalmente**, simulando esta **normalidade**, mantém um processo **do corpo** (o sangrar), sustentando, assim, uma dimensão de **naturalidade**. **Naturalidade** esta cuja ausência torna-se evidente pela supressão da menstruação, o que permite a caracterização de uma dimensão de **artificialidade** que permeia o entendimento sobre essas técnicas médicas sobre o corpo.

4.3. A Endocepção e a Supressão da Menstruação

Recentemente foi lançado no mercado um DIU chamado *Mirena*. O Mirena é um dispositivo intra-uterino que consiste em uma cápsula feita de uma substância (polidimetilsiloxano) que contém o levonorgestrel misturado. Através dessa membrana, ele libera as partículas de levonorgestrel dentro do útero, com o objetivo de produzir uma atrofia no endométrio. Conseqüentemente, a mulher não deverá menstruar, ou deverá menstruar menos.⁷³ Esse DIU tem duração de até 5 anos.

Um dos efeitos colaterais dos dispositivos intra-uterinos usados até então era o de provocar muito sangramento, além de infecções. Estes eram, inclusive, alguns dos motivos da baixa expressividade do DIU em relação à esterilização e à contracepção

⁷³ Segundo Dr. Luís, que está realizando, através do Cemicamp, uma pesquisa sobre o Mirena, 50% das mulheres apresentaram supressão de menstruação no primeiro ano de uso do Mirena. O índice de continuação do método foi de 80%.

hormonal. A menstruação durava 2 a 3 dias a mais do que a duração da menstruação daquela mulher sem o DIU. A novidade na ação do Mirena é justamente a superação desse efeito indesejável, mas, por outro lado, pode provocar a supressão da menstruação. Outra característica do Mirena é que a ação hormonal será apenas local, preservando o ciclo hormonal de cada mulher e evitando, assim, os principais sintomas da hormonioterapia. Essa metodologia de ação local foi batizada pelos autores de Mirena de **endocepção**.

O público-alvo do Mirena são as mulheres mais maduras, que já tiveram filhos e que querem adotar um método contraceptivo mais duradouro, mas menos definitivo que a esterilização. A introdução do Mirena no mercado implicou, obviamente, no investimento em propagandas e divulgação, veiculadas no próprio consultório médico através de folhetos, cartazes e, eventualmente, dos próprios médicos. A empresa distribui, após cadastrar as mulheres interessadas, um vídeo informativo que mostra, através de imagens computadorizadas, o funcionamento do DIU dentro do útero. Junto com esse vídeo, enviam uma carta escrita por *Milena* (personagem fictícia), uma mulher de 34 anos, casada, com 2 filhos, que estava em dúvida quanto ao método contraceptivo que iria adotar. Cansou de tomar a pílula todos os dias, pensou em fazer laqueadura, mas não queria tomar uma decisão tão definitiva, pois gosta demais de seus filhos e tem medo de querer *repetir a dose* um dia. Até que conhece, através de seu médico, o Mirena. Ela explica na carta como funciona o método, e comenta brevemente a supressão da menstruação:

*(...) minhas menstruações ficarão menos intensas, mais curtas, e menos dolorosas. Meu ginecologista afirmou que uma em cada cinco mulheres fica com tão pouca menstruação, **que ela nem chega a aparecer**. Não me incomodaria em*

*parar de menstruar, pois ficaria livre daquele incômodo mensal. O Dr. Mauro me garantiu que isso não traria nenhum problema para a minha saúde. (grifo meu)*⁷⁴

Pode-se perceber, neste trecho citado, que a supressão da menstruação é uma possibilidade desse tratamento proposto pelo Mirena. No entanto, essa questão é sutilmente apresentada: *A menstruação nem chega a aparecer* não tem o mesmo peso e o significado de *não menstruar*. Em seguida, por outro lado, a personagem fictícia refere-se a *parar de menstruar*, mas imediatamente qualifica essa possibilidade como algo positivo, visto que a menstruação é um *incômodo mensal*. E, fechando o argumento, Milena diz que seu médico garantiu que *isso não traria nenhum problema à saúde*. A supressão é, assim, entendida e relatada da seguinte forma: uma mulher (fictícia), conversando com outra (a paciente que recebe o folheto), levanta a possibilidade da não menstruação nesse tratamento, qualifica isso como desejável, e garante, com argumentos médicos, que isso não será prejudicial à saúde.

O discurso usado na propaganda, bem como as imagens que são veiculadas através das modelos usadas nas fotos dos folhetos, falam **de** e **para** essas mulheres. Procura-se associar o que as mulheres sentem e pensam a argumentos dados do ponto de vista de outras mulheres (mesmo que elas sejam personagens fictícias). Busca-se, através disso, uma **identificação** com a mulher, seus problemas e questões; aquela **empatia** a que me referi anteriormente, para que se estabeleça com a mulher uma relação de confiança no método adotado.

Algumas questões podem ser colocadas para esse novo método contraceptivo. A esterilização é, como aponta Scavone, o método mais usado no Brasil.⁷⁵ No entanto, é um método irreversível. Há atualmente uma preocupação maior com a reversibilidade dessas cirurgias esterilizadoras. A possibilidade de novos relacionamentos, com outros

⁷⁴ "Endoinformativo" distribuído pela Berlimed. Anexo II.

companheiros, pode trazer o desejo de, muitos anos depois do último filho, ter outros. Portanto, há uma demanda maior por um método que, ao mesmo tempo, seja reversível, seguro e não exija tanta dedicação (como as pílulas que devem ser tomadas todos os dias).

A propaganda do Mirena, conforme pudemos analisar pelo vídeo e folhetos, procura passar uma idéia de modernidade, de tecnologia. Endocepção é um novo termo, para um novo método contraceptivo, com menos efeitos colaterais, mais moderno e confiável. O termo *endo* aponta para a idéia da ação local, interna, quase imperceptível.

Para alguns dos médicos entrevistados, essa ação local dos hormônios pode amenizar um pouco os efeitos colaterais decorrentes de seu uso, mantendo as funções ovarianas normalmente funcionando, ou seja, mexendo menos com o funcionamento *normal* do organismo, fazendo seu papel de contracepção e ainda diminuindo os efeitos desagradáveis da menstruação. Entretanto, o tratamento tem alguns inconvenientes. Um deles é o preço. A compra e colocação do *DIU Mirena* estão custando em torno de 800 reais, o que significa que ainda grande parte das mulheres brasileiras estarão impossibilitadas de usá-lo. Outro problema é a supressão da menstruação. Como vimos, está é uma discussão problemática que envolve várias dimensões, como feminilidade, corporalidade, contracepção, o uso das técnicas médico-farmacológicas, benefícios e riscos, e assim por diante.

Portanto, para pensar esse tipo de tratamento, é preciso considerar de que forma ele será pensado pelas pacientes, o que levanta as seguintes questões: Como as mulheres aceitarão a supressão da menstruação? Quais fatores convencerão as mulheres a *escolher* a **endocepção**? Qual o papel do médico nessa escolha? Como os discursos sobre a não menstruação serão (re)significados pelo uso deste método? Como

⁷⁵ SCAVONE, Lucila. op. cit. p.98.

não encontramos, nessa pesquisa, mulheres que usam este DIU, estas são questões a serem ainda desenvolvidas.

CAPÍTULO 5

RELAÇÃO MÉDICOS/AS GINECOLOGISTAS – PACIENTES

A medicina (ginecologia), enquanto campo científico, produz conhecimentos sobre o corpo feminino que interagem com as pacientes principalmente através das consultas médicas.⁷⁶

O médico ginecologista adquire, ao longo de sua formação acadêmica, conhecimentos sobre as técnicas de contracepção que as mulheres podem adotar, bem como das formas de tratamento para doenças e disfunções ginecológicas específicas. Esses conhecimentos são colocados em prática na **relação** entre médicos e pacientes que se estabelece na consulta médica. Neste recorte empírico que propusemos analisar, a relação entre ginecologistas e pacientes é, ainda, mediada por um mecanismo comercial controlado principalmente pelos planos de saúde.

Para entender melhor como essa relação acontece, precisamos considerar alguns fatores, a saber, como a medicina entende o ser humano, como os médicos entendem e interpretam a medicina, como é a relação entre médicos e pacientes, sob quais pressupostos essa relação se constrói, e quais categorias são negociadas nessa relação.

⁷⁶ Como vimos, algumas noções e conhecimentos médicos podem também ser veiculados através dos meios de comunicação e, assim, chegar às pacientes.

5.1. Noções e Pressupostos da Ginecologia

A medicina se constitui como tal definindo o ser humano como objeto de estudos, ou melhor, **partes** específicas desse ser, estudadas por áreas específicas da medicina: a ortopedia, a neurologia, a psiquiatria, a ginecologia, etc. No caso da ginecologia, este objeto é o **sistema reprodutor feminino**.

A noção de **sistema**, fundamento desta análise médico-ginecológica, implica em considerar a **interdependência** dos órgãos presentes e atuantes nesse sistema, e, ao mesmo tempo, a **independência** do funcionamento desse sistema em relação aos outros órgãos ou sistemas do corpo. É, portanto, uma noção fragmentada do corpo humano que fundamenta o campo de ação da ginecologia.

Na ginecologia, estudam-se as patologias relativas aos órgãos sexuais e o sistema reprodutor femininos. É nessas **patologias** que o sistema de classificação específico da ginecologia está fundamentado. Pelo ritual da consulta percebe-se quais são as questões que interessam aos ginecologistas. O exame ginecológico – das mamas, vagina, útero e ovários – está marcado pelos órgãos entendidos como responsáveis pelo processo de procriação e amamentação. Como discutido no capítulo 2, as **doenças** e **disfunções** desses órgãos citados operam como categorias de **classificação** e de **entendimento** de algumas características fisiológicas em relação a um padrão de funcionamento. No caso da ginecologia, as mulheres são classificadas a partir de um **padrão de funcionamento** cuja lógica é o processo de procriação. Uma diferença em relação a esse padrão aponta para uma **incapacidade** biológica para a **procriação**.

Portanto, ao lidar com o sistema reprodutivo feminino, ou com os órgãos entendidos como pertencentes a esse sistema: útero, ovários, vagina e mamas, a ginecologia tem,

como temas adjacentes as questões relacionadas à procriação: fertilidade, infertilidade, contracepção, e sexualidade.

5.2. Ginecologia e Sexualidade

Apesar de recorrente em grande parte das consultas, a sexualidade não é um tema que os médicos ginecologistas enfrentam ou efetivamente trabalham durante as consultas com as pacientes. A partir dessa constatação, obtida através da análise das entrevistas com os ginecologistas, propomos as seguintes questões: Por que, mesmo lidando com questões tão próximas à sexualidade, os ginecologistas evitam falar disso? Como a sexualidade feminina é entendida por eles? Quais são os pressupostos que fundamentam esse entendimento?

Durante a formação do ginecologista, que o prepara para a atuação profissional, são estudados os **efeitos** mais *físicos* ou *empiricamente observáveis* da sexualidade, como doenças sexualmente transmissíveis, disfunções orgânicas da anatomia sexual, procriação e aquilo que lhe é relativo, enfim, o sistema reprodutivo é tratado com um enfoque fisiológico, mas a questão da sexualidade não é diretamente abordada.

Pode-se dizer, portanto, que não faz parte da competência da ginecologia versar sobre a questão da sexualidade. No entanto, como vimos, esta é uma questão adjacente à área da ginecologia. Analisemos como os médicos entrevistados trataram essa questão.

Dr. Eduardo, ao contrário dos outros médicos, disse conversar com suas pacientes sobre sexualidade, e muitas vezes, dar a sua opinião *de homem*, para ajudá-las a entender algumas diferenças nos mecanismos sexuais de homens e mulheres. São, para

ele, diferenças resultantes da educação, mas também da forma como os organismos masculinos e femininos reagem ao que entendem como estímulos sexuais. E a diferença entre a resposta masculina e a feminina, tanto para Dr. Eduardo como para Dr. Sérgio, está no fato de que a sexualidade masculina é essencialmente *física* e a feminina é mais *emocional*. Esta diferença seria, para ambos que fizeram referência a ela, resultante da criação, da maneira como meninos e meninas foram ensinados a produzir sua sexualidade. Este caráter **emocional** atribuído à sexualidade feminina não se encaixa naquilo que pode ser tratado pelo/a ginecologista. Esse pode ser um motivo para que alguns médicos evitem falar sobre sexualidade em consultório com as suas pacientes.

Um outro motivo é o tabu que o tema representa para algumas mulheres/pacientes. As médicas mulheres alegaram que essa é uma das razões pelas quais elas as preferem em vez de médicos homens. Segundo essas médicas, as pacientes falam mais sobre sexualidade com elas do que falariam com um ginecologista homem.

Dra. Andréa disse conversar bastante com suas pacientes sobre sexualidade, respondendo às questões que elas colocam, e preparando-se para isso através de livros e cursos sobre sexualidade. Mas admite que é um conhecimento que cada ginecologista tem que buscar fora da formação acadêmica, no *campo paralelo* da sexualidade. Segundo ela, as adolescentes, principalmente, *perguntam tudo* sobre sexualidade, e ela procura estar preparada para responder.

Dra. Cleide também fala sobre sexualidade com suas pacientes, embora explicitamente que essas conversas estão focadas nas questões mais *orgânicas*, sobre as quais é uma autoridade para discursar:

*Eu explico bem 'explicadinho' para elas, porque é lógico que tem coisas que não dá para separar, você não consegue separar o psicológico do orgânico em um monte de coisas. Mas eu procuro **descartar todas as patologias orgânicas**, e*

*procuro que ela se associe a uma psicóloga e a mim, pra gente trabalhar junto.
(grifo meu)*

Os hormônios femininos, ao contrário dos masculinos, parecem ter, para a medicina, uma importância pequena sobre a sexualidade. Como coloquei no terceiro capítulo, é preciso relacionar esse pressuposto com o uso cada vez mais freqüente da hormonioterapia pelas mulheres. Embora o período da ovulação corresponda a um *cio* na mulher, ela é tida como o único animal que tem relações sexuais fora deste período. A partir dessa constatação justifica-se uma menor atribuição ou participação das características fisiológicas das mulheres na vivência da sexualidade. A sexualidade masculina, ao contrário, pode estar relacionada à ação dos hormônios masculinos, e como esses não funcionam de maneira cíclica como para as mulheres, justifica-se uma maior **necessidade biológica** de sexo para os homens.⁷⁷

Os pressupostos para entender a sexualidade feminina estão, dessa forma, relacionados a uma divisão entre corpo e mente. As características fisiológicas (do corpo) são passíveis de serem entendidas pela ginecologia, enquanto a psicologia deve tratar do entendimento da questão da sexualidade em si (como uma ação ou prática cujo domínio de ação é o mental, e não corporal).

Os ginecologistas que tentam escapar desta divisão entre corpo e mente, e tratam a mulher como um **todo**, recaem, provavelmente, na questão da sexualidade, trocando pontos de vista mais pessoais, ou menos consensuais, entre seus colegas. Há uma busca pela **neutralidade**: o médico deve evitar exprimir suas opiniões pessoais. Como profissional, ele deve omitir apenas a sua opinião **de médico** a respeito de problemas que tem competência para analisar. Sexualidade não é um deles. Ele *corre o risco* de colocar conceitos seus para a paciente. Alguns médicos entrevistados ressaltaram bastante essa

necessidade de afastamento entre as suas concepções *como pessoa* e o seu conhecimento *como médico*, em nome da neutralidade que deve reinar nessa relação: *Ela [a paciente] está aqui para ser consultada, e não julgada*⁷⁸, ou *ela não veio para falar com a mãe, ela veio para conversar com um médico, com alguém especializado cientificamente, neutro, que não vá ficar julgando.*⁷⁹ Falaremos, mais adiante, dessa **neutralidade**.

5.3. Medicina – Médicos – Pacientes

As características biológicas e fisiológicas do ser humano são o instrumental através do qual a medicina se define. No entanto, a prática médica de consultório revela uma realidade que não pode ser suposta no conhecimento científico. É através da **relação médico - paciente** que a medicina é aplicada, que o conhecimento teórico sobre a biologia e a fisiologia da *parte procriadora* da mulher é colocado em prática. Essa prática implica numa **relação social**.

Se a medicina é construída para entender as pessoas a partir do ponto de vista biológico, no momento da relação entre médicos e pacientes, é necessário negociar esses conhecimentos médicos com interesses da indústria farmacêutica, medicamentos presentes no mercado, as relações comerciais colocadas pelos planos de saúde, as concepções do/a médico/a, a maneira como ele/a externa essas concepções na relação, as concepções da paciente, e a forma como o/a médico/a entende as características fisiológicas e sociais da paciente.

⁷⁷ Dr. Eduardo referiu-se à sexualidade masculina como mais **biológica** e freqüente.

⁷⁸ Dr. Sérgio.

Todas essas dimensões estão presentes e ativas na relação médico – paciente. O conhecimento científico é um dos fatores da relação, talvez o mais geral e comum para todo o universo de médicos e pacientes. Desse conhecimento e da necessidade de aplicá-lo a pessoas, surge essa figura institucionalizada do **médico** ou da **médica ginecologista**. Mas como cada médico vai lidar com essas informações e relacioná-las com seus **objetos**, as pacientes, será diferente. Da mesma forma, o que cada paciente entende e espera de cada um desses profissionais dependerá de uma série de fatores, inclusive da **relação** que se estabelece entre ambos.

Como diz Donna Haraway, a ciência [e a medicina] se constituem com o pretexto de uma *objetividade*,⁸⁰ que é colocada em questão no momento da prática médica de consultório, visto que há uma relação entre pessoas, cada uma em uma posição social: o/a médico/a e a paciente. Através do que os ginecologistas disseram sobre pacientes e os tratamentos médicos com os quais operam, foi possível perceber que a medicina é (re)significada através do discurso do médico, embora eles busquem manifestar uma postura **neutra** para as pacientes. Inevitavelmente, nessa relação, dimensões mais *subjetivas* tanto das pacientes como dos médicos estarão presentes. E isso pode ser percebido na forma variada com que os médicos entrevistados pensam suas pacientes.

Há, inicialmente, uma distinção social previamente colocada pela forma como a relação entre médico e paciente é efetivada comercialmente. O convênio médico é um fator que medeia essa relação. Assim, nas clínicas médicas, uma **diferenciação social** é feita em um primeiro momento, já que atendem apenas mulheres associadas a convênios de saúde ou que paguem consultas particulares.

⁷⁹ Dra. Andréa.

⁸⁰ HARAWAY, Donna – Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: *Cadernos Pagu* No.5, 1995.

A consulta médica exige, ainda, uma prévia identificação da paciente, que consiste na reunião de alguns dados dessa paciente que comporão, por sua vez, uma ficha individual sobre a qual o médico construirá um histórico da paciente, para que possa acompanhar seus problemas e tratamentos nas consultas sucessivas.

A **idade** é um fator levantado nessas fichas de identificação. Através da idade, localiza-se a mulher em uma determinada fase do ciclo de vida, e supõe-se que ela tenha determinados interesses e objetivos. O **estado civil** (mesmo que não legalizado) é outra característica determinante na forma de entender a paciente e seus anseios. Assim como a **profissão e escolaridade**. Mas utilizar essas categorias como determinantes do perfil de uma paciente não é uma classificação específica da medicina, e sim um encaixe em grupos sociais já distintos. Estes são sistemas de classificação que independem da medicina, que podem operar também em outras situações da vida social.

As noções disseminadas pelo conhecimento médico acadêmico entendem as *mulheres* como uma categoria fundamentada na distinção biológica em relação ao homem, e as distinções **entre** mulheres são construídas tendo em vista o padrão de funcionamento através do qual a mulher é entendida, o que, por sua vez, relaciona-se às suas funções procriadoras. Dessa forma, a diferenciação médica para mulheres obedece aquela lógica de classificação apresentada anteriormente: através das noções de disfunções e doenças, ou então de seus opostos: padrão e normalidade.

A relação médico-paciente é uma relação social. Embora ambos estejam atuando de acordo com as expectativas sociais determinadas para aquela relação e contexto social, o momento da consulta é sempre a conjunção de uma gama de possibilidades cuja combinatória pode apresentar-se de formas numerosas.

Procuramos apontar, a seguir, as concepções de alguns médicos sobre essa relação com as pacientes, através das quais se fala não só da relação em si, mas das próprias condições sociais que determinam o que é ser médico e paciente. As questões paradigmáticas dessa relação são a **objetividade** e a **neutralidade** médica.

Para Dra. Andréa, na consulta, *cada pessoa vai reagir de um jeito, cada uma vai ter uma opinião sobre cada coisa, umas se incomodam com algo, outras não*. O que ela, como ginecologista, procura fazer é *chegar o mais próximo do que a pessoa quer*, com as opções que tem para usar. Ela precisa estabelecer com a paciente uma relação tal que esta se sinta à vontade para dizer o que está realmente sentindo. A relação precisa ser boa o suficiente para que haja uma *interação real*, ou seja, que a paciente realmente fale com a médica sobre seus problemas, para que, assim, a médica possa fazer o seu papel: encontrar uma solução.

Segundo Dr. Eduardo *toda paciente é uma paciente especial* e, por isso, ele não se preocupa em quanto tempo ela vai passar em seu consultório. Ele gosta de conversar bastante com suas pacientes, porque acha que, por mais que a paciente esteja lá para melhorar um problema de saúde, *às vezes a saúde está relacionada com melhorar a parte psíquica*. Segundo ele, suas pacientes acham que ele é *meio terapeuta*, por conta das longas conversas que eles têm sobre problemas não somente físicos.

Já a postura do Dr. Luís é oposta, ele acha que não deve *meter-se na vida dos outros*, das pacientes, no caso. Inclusive dar a opinião a respeito de métodos contraceptivos é evitado. Segundo ele, isso é passado para as pacientes da forma mais *eclética* possível:

No nosso caso, nós somos muito simples, dizemos às mulheres que vêm buscando métodos: senhora, tem pílulas injetáveis, condoms⁸¹, etc., DIU com levonorgestrel. Se você opta por implante, DIU com levonorgestrel ou Depo-Provera, tem uma forte chance que não menstrue. As mulheres perguntam: e isso faz mal? Nós lhes dizemos: não faz mal. Não entramos no mérito se é bom ou ruim, nada mais.

Temos então duas posturas opostas, que colocam em evidência a relação entre médicos e pacientes como uma relação em que um possui um determinado conhecimento que o outro não possui, e que a forma como esse conhecimento é transmitido (através dos diagnósticos e prescrições) pode ser tanto mais formalizada e objetivada (como faz Dr. Luís), como mais amigável, subjetiva ou até, digamos assim, interativa (como Dr. Eduardo). Portanto, há uma **permeabilidade** para que as dimensões mais subjetivas dos médicos se realizem na relação.⁸²

Dr. Sérgio menciona que sua *filosofia médica* é de **individualizar** a paciente, e define sua postura como, em muitas ocasiões, **camaleônica**, porque tem que lidar com situações diferentes quase ao mesmo tempo: mulheres às vezes da mesma faixa etária, mas com *estilos de vida* completamente diferentes. Para ele, individualizar a paciente significa caracterizá-la tanto a partir dos critérios mais *médicos*, científicos, assim como dos critérios *pessoais* ou *sociais*. Segundo Dr. Sérgio, individualizar a paciente seria uma forma de tentar entendê-la *respeitando a cultura, o organismo dela, a parte emocional, a parte sexual*. Ou seja, ao médico cabe o papel de juntar informações a respeito da

⁸¹ Camisinhas femininas ou masculinas.

⁸² Um questão interessante adjacente à subjetividade na relação médico-paciente seria procurar verificar o que exatamente, no momento da consulta, médicos e pacientes falam. Ou seja, se falam de corpo, o que dizem, qual o vocabulário usado pelas pacientes para falar dos problemas ginecológicos para os quais procuram respostas. São claras as dificuldades de uma investigação desse tipo, visto que a consulta com o médico tende a ser o mais privada possível.

paciente (fisiológicas, genéticas, emocionais, sexuais, de relacionamento e etc.) para chegar a um tratamento mais adequado para aquela paciente em específico.

Todavia, a individualização da paciente é, para ele, uma *filosofia médica*: **individualizar a paciente** é o **seu** modo de pensar a **sua** relação com as **suas** pacientes. Se é necessário que se diga isso, é porque isto não é um consenso entre os médicos, nem todos agem assim. Qual seria o oposto de individualizar a paciente? Considerá-la não como *indivíduo*, como um *todo*, e sim a partir de suas patologias, disfunções e doenças, terreno sobre o qual a medicina pode pisar firmemente, pois nele se constrói como *ciência objetiva*.

No âmbito da ginecologia, a busca de uma totalização depende de critérios mais pessoais e individuais. Não há, porém, nada que pressuponha essa totalização – alguns médicos recusam-se a tocar em certas questões que não forem *fisiológicas*. Dr. Luís, por exemplo, disse, a respeito da reação das mulheres à ausência da menstruação:

O que tem muito pouca informação no mundo é, justamente, sobre o que as mulheres pensam da menstruação. E essa não é uma tarefa para médicos, isso é uma tarefa para vocês, sociólogos e antropólogos.

Essa *divisão de trabalho científico* revela a forma fragmentada através da qual o ser humano tem sido entendido. Considerar, no caso, a opinião das mulheres acerca da ausência da menstruação não é parte do estudo médico, deve ser feita pelos profissionais que se preocupam com essas *questões culturais*. À medicina compete entender aquilo que é biológico, universal, científico. Cabe aos médicos, se o quiserem, tentar entender ou considerar uma **totalidade** em suas pacientes. Mas há, como contrapeso, a idéia da **neutralidade** do médico, que discutimos a seguir.

5.4. Neutralidade

A medicina, como as outras ciências, não é um conhecimento pronto. É um conhecimento que se constrói a partir de um *jogo acadêmico*, como aponta Haraway: *A ciência (...) é retórica, é a convicção de atores sociais relevantes de que o conhecimento fabricado por alguém é um caminho para uma forma desejada de poder bem objetivo.*⁸³

Como vimos, a objetividade do conhecimento médico acadêmico é colocada em questão na relação médico-paciente. A consulta e a relação que se estabelece através dela dá abertura para que uma **subjetividade** dos médicos seja colocada em prática. No entanto, as dimensões profissionais e éticas da figura do médico devem ser consideradas, e é na constituição desse **paradigma** profissional que a questão da **neutralidade** está encaixada.

A questão da **neutralidade** coloca-se como um parâmetro da maneira que a relação médico-paciente deve ser. O médico deve despir-se de sua **identidade pessoal**, de suas crenças e valores pessoais e usar como parâmetro apenas as **conseqüências fisiológicas** daquilo que ele está analisando. Ele deve agir **como médico**, e não **como pessoa**. Isto fica muito claro quando, falando sobre sexualidade, Dr. Sérgio e Dra. Adriana mencionam a discordância que têm, *como pessoa*, da forma com que algumas pacientes agem. Mas, segundo Dra. Adriana, *você não pode expressar isso de jeito nenhum!*

O tema da sexualidade torna essa problemática mais evidente. Considerar a sexualidade feminina apenas a partir de suas dimensões fisiológicas seria uma postura determinista de conseqüências criticáveis, assim como expressar suas opiniões pessoais sobre essa questão. Mas, ao mesmo tempo, uma postura contrária, que ignore a questão

da fisiologia da sexualidade pode abster a ginecologia de responder, por exemplo, pela influência e efeitos da hormonioterapia na sexualidade feminina.

Quanto ao posicionamento dos ginecologistas na escolha e prescrição de um ou outro método contraceptivo, há também, como discutimos, um processo de atribuição de valor. Há uma tendência dos médicos a significá-los de acordo com a dicotomia benefícios x riscos. Essa possibilidade de tomada de posição pelos/as médicos/as implica no uso de categorias de entendimento do que é **natural** ou **artificial**, ou ainda do que é mais ou menos **benéfico**, que podem ser qualificadas **individualmente** por cada médico.

Mesmo amparados por uma imagem de **neutralidade**, os médicos tomam decisões individuais que dependem tanto do conhecimento **objetivo** que têm da medicina quanto das suas avaliações e qualificações dos medicamentos e tratamentos que prescrevem, o que envolve a maneira como eles pensam o ser humano, o natural x artificial, benefícios x riscos, a relação com a paciente e com a indústria farmacêutica que provém os medicamentos que o ginecologista prescreverá.

5.5. Pacientes?

É preciso considerar, tendo em vista esse universo da ginecologia apresentado às pacientes principalmente através das consultas médicas, como as mulheres agem no processo de escolha de ginecologistas e dos tratamentos que eles indicarão.

A relação médico-paciente é, a princípio, uma relação assimétrica, em que o médico detém um determinado conhecimento sobre o corpo. O entendimento das pacientes sobre esses conhecimentos e as técnicas médicas que serão aplicadas sobre seu corpo é

⁸³ HARAWAY, Donna – op.cit. p.10

variável. O poder que as pacientes têm sobre esse discurso depende do quanto elas conseguem participar das discussões e conhecimentos produzidos pela medicina (conhecimentos que, diga-se de passagem, passam por um processo cada vez mais crescente de especialização).

Ao se considerar as possibilidades de escolha de métodos contraceptivos para as pacientes não se deve perder de vista que não somente essas possibilidades são limitadas pelos medicamentos presentes no mercado, como também pela amplitude do conhecimento daquela paciente em relação aos métodos em questão. Quanto menos a paciente souber, mais dependerá das escolhas e decisões dos médicos ginecologistas.

Adotando-se o paradigma da incorporação (embodiment) para entender como se constroem tanto as noções sobre feminilidade e corporalidade como as práticas corporais vivenciadas pelas mulheres, podemos pensar nessa questão da relação médico-paciente como uma instância de decisões e classificações sobre o corpo e suas manifestações, como a menstruação.

A supressão da menstruação é, desse ponto de vista, uma nova possibilidade de vivenciar a menstruação apresentada às mulheres pelas técnicas médicas. No entanto, sua incorporação implica em um processo de significação positiva da ausência da menstruação, o que, segundo indicou essa pesquisa, resulta de um processo de dissociação da determinação biológica do gênero.

Alguns ginecologistas, como Dr. Elsimar Coutinho, vêm tentando propagar essa possibilidade para que as mulheres-pacientes passem a considerá-la, e conseqüentemente a incorporem como prática corporal. Embora essas novidades da tecnologia médico-farmacológica dependam de um investimento na (re)significação das relações intrínsecas à corporalidade que será modificada, as relações estabelecidas entre médicos e pacientes continuam reproduzindo as suas próprias concepções. Entender

como se dá o processo de significação positiva da supressão da menstruação é um novo desafio para essa pesquisa, possível somente se pudermos encontrar as mulheres que efetivamente escolheram não menstruar.

Essa possibilidade de escolha e decisão sobre a própria corporalidade, dependente de uma familiaridade com o conhecimento médico da qual cada mulher é responsável por si, não revela apenas a necessidade de lidar com vários sistemas de conhecimento (inclusive o conhecimento médico sobre o corpo), mas também implica na necessidade de, a partir de noções diversas de feminilidade, fertilidade, idade e corporalidade, juntá-las em sistemas coerentes de pensamento.



Deficiência estrogênica e menopausa

Conforme você envelhece seus ovários produzem menos estrogênios. Por causa disso, você começa a apresentar alterações em seu ciclo menstrual como irregularidades das menstruações, aumento ou diminuição do fluxo. Esta fase de sua vida representa a mudança da vida reprodutiva para a não-reprodutiva. O termo menopausa refere-se ao seu último período menstrual. Para a maioria das mulheres a menopausa ocorre em torno de 50 anos de idade. Como a expectativa de vida das mulheres é de 80 anos, um terço de suas vidas poderá ser vivido além da menopausa. A menopausa traz certas liberdades à sua vida. Por exemplo, você não terá mais que se preocupar com suas menstruações ou com a gravidez. No entanto, a deficiência estrogênica associada com a menopausa pode causar muitas alterações em seu corpo. É importante que você esteja atenta a estas transformações para que possa evitar os efeitos da deficiência estrogênica.



CIDE
Campanha de Informação
sobre Deficiência Estrogênica

BERLIMED

PROGRAMA MULHER *ativa*

O ENDOinformativo da mulher moderna Nº 01

ENDOCEPÇÃO®, a anticoncepção da mulher ativa

Um método totalmente reversível, com eficácia comprovada e ação de até cinco anos

O **endoceptivo*** é um revolucionário método contraceptivo totalmente reversível, de longa duração e com eficácia comprovada. Trata-se de uma combinação dos métodos hormonais e intra-uterinos. Uma vez inserido, age por até cinco anos, liberando uma pequena dose de um hormônio (o levonorgestrel) na cavidade uterina, ou seja, apenas no local onde ele deve agir.

Progressivamente, a **endocepção*** proporciona o conforto da diminuição do fluxo do sangramento menstrual. Desta forma, contribui para uma melhor qualidade de vida da mulher de várias maneiras, pois é um anticoncepcional altamente confiável e muito conveniente.

EDITORIAL

Bem-vinda ao mundo da endocepção®

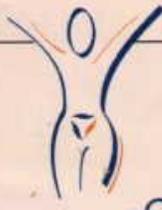
A Schering está colocando à disposição das mulheres brasileiras a **endocepção***, a mais moderna e revolucionária alternativa aos métodos contraceptivos existentes na atualidade.

Fernando Caron
Gerente de produtos

“Meu nome é MILENA. Eu estarei sempre com você, passando conselhos, dicas e sugestões nessa nova etapa de sua vida. Você sabe, aquela conversa de mulher para mulher que você conhece muito bem.”

Leia o depoimento de Milena no verso

Berlimed



O ENDOinformativo da mulher moderna

Meu nome é Milena...

"Tenho medo de fazer laqueadura e me arrepender. Gosto tanto dos meus filhos que posso querer repetir a dose."

"Tenho 34 anos e um casal de filhos maravilhosos. Mariana, de três anos de idade e Fernando, de um ano e meio. Estava conversando com meu marido sobre eu fazer laqueadura... Afinal, queria usar um método contraceptivo eficaz, mas não queria me preocupar com tomadas diárias de comprimidos. Você sabe que eu tomei pílula por quase 10 anos?! Foi ótimo para aquele período, pois parei apenas duas vezes para engravidar. Com dois filhos pequenos, não queria mais ter que me preocupar com nada além deles. São apenas duas crianças, mas acredite: dão muito trabalho! Tentei convencer o Carlos a fazer vasectomia, mas ele - que está com 35 anos - acha que é muito jovem para isso. Por outro lado, eu tinha medo de fazer a laqueadura e depois me arrepender. É uma decisão definitiva! Gosto tanto dos meus filhos que posso querer repetir a dose. Minha amiga Mila fez laqueadura há 5 anos e agora está arrependida, pois gostaria de tentar uma nova gravidez. Minhas dúvidas acabaram em uma consulta com meu ginecologista. Falei que eu queria um método eficaz, com o qual eu não precisasse mais me preocupar, mas tinha medo de me arrepender ao tomar uma decisão definitiva. Ele me falou de um novo método, de eficácia similar à da laqueadura, porém totalmente reversível: a **ENDOCEPÇÃO®**. Trata-se de um novo e revolucionário método que já é utilizado na Europa por mais de um milhão de mulheres. Um aparelho é inserido dentro do útero, pelo ginecologista, e libera uma baixa dose de um hormônio similar ao hormônio feminino; a progesterona. Este hormônio age apenas localmente, dentro do útero, e por isso quase não apresenta efeitos colaterais. Este método impede que os espermatozoides penetrem no útero e diminui a motilidade deles. Tudo isso por um período de 5 anos! Além disso, minhas menstruações ficarão menos intensas, mais curtas e menos dolorosas. Meu ginecologista afirmou que uma em cada cinco mulheres fica com tão pouca menstruação que ela nem chega a aparecer. Não me incomodaria em parar de menstruar, pois ficaria livre daquele incômodo mensal. O Dr. Mauro garantiu que isso não traria nenhum problema para minha saúde. Conversei com meu marido e decidimos pelo método. Voltei menstruada para que o Dr. Mauro pudesse fazer a inserção do **endoceptivo®**. Na aplicação, senti apenas uma cólica parecida com a da menstruação. Hoje faz uma semana que coloquei o **endoceptivo®**. Estou me sentindo muito bem e aliviada em saber que não precisarei mais me preocupar com isso. Sinto-me segura. Espero que você, assim como eu, converse com seu ginecologista sobre esse novo método. Afinal ele é a pessoa mais indicada para discutir com você sobre o assunto. Quem sabe eu e você não acabaremos tendo mais uma coisa em comum."

OBSERVAÇÃO: Milena e as pessoas citadas nos depoimentos dela são personagens fictícios.



BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Miguel Vale de (org.) – *Corpo presente – Treze Reflexões Antropológicas Sobre o Corpo*. Oieras, Celta Editora, 1996.

BOURDIEU, Pierre – *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre – *As Regras da Arte*. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

COUTINHO, Elsimar – *Menstruação, a sangria inútil*. São Paulo, Ed. Gente, 1996.

DEL PRIORE, Mary – Magia e Medicina na Colônia: O Corpo Feminino, **in: DEL PRIORE**, Mary (org.) – *História das Mulheres no Brasil*. 2ª. Ed. São Paulo, Contexto, 1997.

DOUGLAS, Mary – *Pureza e Perigo*. São Paulo, Perspectiva, 1976

DOUGLAS, Mary – Couvade and Menstruation – The Relevance of Tribal Studies, **in: Implicit Meanings – Essays in Anthropology**. London, Routledge, 1984.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda – *Novo Dicionário Aurélio – Século XXI*. Editora Nova Fronteira, 1999.

FOUCAULT, Michel – *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1988.

HARAWAY, Donna – *Simians, Cyborgs and Women – The Reinvention of Nature*. London, Free Association Books, 1991.

HARAWAY, Donna – Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **in: Cadernos Pagu** No.5, 1995.

HEILBORN, Maria Luiza (org.) – *Sexualidade: o Olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1999.

INGOLD, Tim – *Key Debates in Anthropology*. London and New York, Routledge, 1998.

JORDANOVA, L.J. – Natural facts: a historical perspective on science and sexuality. **in:** **MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marilyn (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

LAMBEK, Michael and **STRATHERN**, Andrew – *Bodies and Persons – Comparative Perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude – *As Estruturas Elementares do Parentesco*. Petrópolis, Vozes, 1982.

MacCORMACK, Carol and **STRATHERN**, Marilyn (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

MOORE, Henrietta – Understanding Sex and Gender, **in:** Ingold, Tim (ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London, Routledge, 1997. pp.813-830

OLIVEIRA, Fátima – Biotecnologias de Procriação e Bioética, **in:** *Cadernos Pagu* No.10, 1998.

ORTNER, Sherry – Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? **in:** **ROSALDO**, M. Z. e **LAMPHERE**, L.(orgs.) – *A Mulher, A Cultura e A Sociedade* – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PISCITELLI, Adriana – Nas Fronteiras do Natural: Gênero e Parentesco, **in:** *Revista Estudos Feministas*. IFCS/UFRJ Vol.6 N.2/98 pp.305-321

RODRIGUES, Denise – *Socorro, quero ser mãe!* São Paulo, Peirópolis, 1999.

SARDENBERG, Cecília – De Sangrias, Tabus e Poderes: A menstruação numa perspectiva sócio-antropológica, **in**: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, Vol.2 No.2/94.

SCAVONE, Lucila – Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos; **in**: *Cadernos Pagu* No.10, 1998.

SILVA, Elizabeth B. – “Des-construindo gênero em ciência e tecnologia”. **in**: *Cadernos Pagu*, No. 10,1998.

STRATHERN, Marylin – No nature, no culture: the Hagen case, **in**: **MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marylin (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

STRATHERN, Marylin – *Reproducing the Future – Essays on Anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester, Manchester University Press, 1992.