



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“JÁ SE FORAM AS MINHAS FLORES”: A MENOPAUSA E
OS VALORES EM MUDANÇA NO CONTEXTO DE TRÁS – OS –
MONTES**

Autora: Dña. CRISTINA MARÍA TELES DE SOUSA MARTINS

Tutora Académica: Dra. Cristina Jenaro Río

Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos.

Mayo, 2012



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“JÁ SE FORAM AS MINHAS FLORES”: A MENOPAUSA E
OS VALORES EM MUDANÇA NO CONTEXTO DE TRÁS – OS –
MONTES**

Autora: Dña. CRISTINA MARÍA TELES DE SOUSA MARTINS

Tutora Académica: Dra. Cristina Jenaro Río

Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos.

Mayo 2012

“ Quando envelhecemos a beleza converte-se em qualidade interior“

Ralph Waldo Emerson

“ Nos olhos dos mais jovens vemos chamas mas, é nos olhos dos mais velhos onde vemos a luz” Victor Hugo

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeira linha, a todas as mulheres que amavelmente resolveram aceder à entrevista. Em especial, àquelas para quem a menopausa estará irremediavelmente ligada ao choque traumático. Neste caso, refiro-me à D^a Fernanda G. e principalmente à D^a. Palmira, obviamente, pois a morte do filho iniciou definitivamente a sua menopausa e para quem foi muito penosa a reportagem a essa época, durante a entrevista.

Quero também agradecer muito especialmente à minha tutora académica dra. Cristina Jenaro Rio, da universidade de Salamanca, pela sua orientação, e incentivo, a sua dedicação, o seu profissionalismo exemplar, e acima de tudo, por ser uma pessoa tão estupenda, assim como o seu marido Martin.

Agradeço ao meu companheiro de mestrado Jesús Lopez Lucas, mais conhecido por “Chuchi”, pela sua amizade, pelas conversas que tínhamos sobre a antropologia, sempre a dar-me ânimo e a incentivar-me para escrever. Ele fez com que percebesse que afinal existem no mundo pessoas altruístas, porque ele é sem dúvida, como se costuma dizer em português, e curiosamente também em castelhano, muito boa gente. (muy buena gente)

Agradeço em geral, a todos os meus companheiros de mestrado pelos bons momentos que passamos juntos.

Agradeço ao director do mestrado dr. Fransisco Giner Abati e à coordenadora dra. Maria Jesus Pena Castro e a todos os professores em geral.

Agradeço ao meu marido e aos meus queridos filhos, os quais mantive sempre no meu pensamento nas deslocações para Salamanca.

Quero agradecer aos meus pais, especialmente ao meu pai que partiu deste mundo em Dezembro de 2011, a quem rendo a minha homenagem dedicando-lhe este trabalho.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: A MENOPAUSA: CONCEITO, CARACTERÍSTICAS E MUDANÇAS ASSOCIADAS **..... 17**

1.1	CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA MENOPAUSA	17
1.2	IDEIAS E CRENÇAS LIGADAS À MENOPAUSA	19
1.3	VISÃO HISTÓRICA DA MENOPAUSA	26
1.4	FACTORES ASSOCIADOS À VIVÊNCIA DA MENOPAUSA	33
1.5	A MENOPAUSA DESDE A ANTROPOLOGIA MÉDICA	36
	1.5.1 MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA	42
1.6	ANTROPOLOGIA DO ENVELHECIMENTO: A VISÃO ANTROPOLÓGICA DAS IDADES, SAÚDE E DOENÇA .	45
	1.6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VELHICE.....	58
	1.6.2 ANÁLISE ANTROPOLÓGICA DA SAÚDE	61
	1.6.3 A DOENÇA NA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA	63
1.7	PUBLICIDADE E MULHERES DE MEIA-IDADE	67
	1.7.1 ESTÉTICA, CREMES ANTI-IDADE E TRANSTORNOS HORMONAIS	75

CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DA MENOPAUSA EM MULHERES DO CONCELHO DE MIRANDA DO DOURO **..... 83**

13.1	APRESENTAÇÃO.....	83
13.2	OBJETIVOS	83
13.3	PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO OU HIPÓTESES.....	84
13.4	MÉTODO	84
	13.4.1 A METODOLOGIA QUALITATIVA: ALGUNS COMENTÁRIOS	84
	13.4.2 CONTEXTO GEOGRÁFICO	87
	13.4.3 PROCEDIMENTO	95
	13.4.4 INSTRUMENTOS	96
	13.4.5 PARTICIPANTES	98

13.5	RESULTADOS	101
13.5.1	OS SINTOMAS.....	102
13.5.2	COMO SE VIVENCIA ESTA FASE DA VIDA	103
13.5.3	A INFORMAÇÃO	104
13.5.4	MENOPAUSA SERÁ DOENÇA?	105
13.5.5	ASSUNTO TABU	106
13.5.6	QUALIDADE DE VIDA	109
13.5.7	CRENÇAS E PRÁTICAS LIGADAS À MENSTRUACÃO E À MENOPAUSA	110
13.5.8	JÁ SE FORAM AS MINHAS FLORES.....	112
13.5.9	DE QUE FORMA PASSA DE MÃES PARA AS FILHAS A VIVÊNCIA DO CLIMATÉRIO	113
13.5.10	COMO REAGEM OS PARCEIROS A ESTA FASE DA VIDA DAS MULHERES.....	114
13.5.11	MENOPAUSA E SEXUALIDADE	116
13.5.12	MEDICALIZAÇÃO DA MENOPAUSA	118
<u>CONCLUSÕES.....</u>		123
<u>REFERÊNCIAS.....</u>		129
<u>ANEXOS.....</u>		145
16.1	GUIÃO DA ENTREVISTA (SEMI- ESTRUTURADA).....	145

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Esquema que indica as diferentes etapas do climatério.....	31
Figura 2. Gráfico da esperança de vida da mulher (Fuente: Trien, 1994)	32
Figura 3. Exemplo de publicidade de medicamentos para a menopausa.....	70
Figura 4. Publicidad del medicamento Activelle.....	71
Figura 5. Publicidade de Paraclim	72
Figura 6. Publicidade de Colpotrophine	74
Figura 7. Publicidade da Vichy	77
Figura 8. Publicidade da Roc.....	78
Figura 9. Publicidade de Ebele	79
Figura 10. Produtos alimentícios	80
Figura 11. População Feminina com mais de 50 anos de idade existente no concelho de Miranda do Douro.....	92

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características do Concelho de Miranda do Douro	88
Tabela 2. Tabela ilustrativa das taxas	90
Tabela 3. Mulheres e Homens (Miranda do Douro).....	91
Tabela 4. Características das informantes.....	99

INTRODUÇÃO

A antropologia médica aborda as maneiras pelas quais as pessoas em diferentes culturas e grupos sociais explicam as causas dos problemas de saúde (Helman, 2003).

Desta forma, a antropologia moderna interessa-se pelos significados culturais que são dados aos fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais bem como às formas como esses significados influenciam o comportamento das pessoas e até mesmo o sistema social, político e económico da sociedade.

O estudo sobre a menopausa que me proponho fazer insere-se neste âmbito, como um fenómeno fisiológico, mas também cultural, na vida da mulher. Assim sendo, escolhi o concelho de Miranda do Douro para desenvolver o referido trabalho.

Miranda do Douro situa-se na região norte de Portugal, mais concretamente no nordeste transmontano. Por ser uma região do interior do país e fortemente marcada pela ruralidade e pelo acentuado envelhecimento da população, tive como objectivo estudar de que forma as mulheres de meia-idade vivenciam a menopausa como mais uma etapa das suas vidas. Como se processa a interacção entre cultura, ecologia e estrutura social neste contexto; de que forma as mulheres aderem às mutações e justificam os comportamentos; como no referido contexto geográfico e sócio - cultural as mulheres vivem este fenómeno fisiológico; pretendo perceber o que mudou, como é feita a reprodução social, como partilham entre si e entre gerações as memórias individuais e colectivas, qual o valor simbólico que lhe é atribuído, e que apropriação de termos específicos tem para designar este fenómeno.

Ao longo do trabalho de campo, entrevistei cerca de trinta mulheres, com idades compreendidas entre os 45 e os 70 anos, dessas trinta entrevistas apenas trabalhei dezoito.

Nas várias entrevistas que efectuei tive oportunidade de ouvir os testemunhos das mulheres e a sua experiência nos períodos pré – menopáusico, menopáusico e pós – menopáusico.

Importa dizer, que existe uma grande heterogeneidade de vivências neste grupo, contudo, o que parece consensual é a ideia de “dar mais vida aos anos, e mais anos à vida”. A menopausa é parte de um processo natural na vida da mulher, e não uma aberração, que precisa de ser remediada ou controlada, na verdade, a menopausa é mais um rito de passagem na vida da mulher, como o da passagem da adolescência ao estado adulto. É o momento do pleno amadurecimento.

Desta forma, pretende-se que este estudo seja um instrumento de trabalho para todos aqueles que se interessam pelas ciências sociais, pela antropologia da saúde e mais concretamente pelas questões relacionadas com a mulher e a menopausa.

A organização do trabalho regista-se da seguinte forma: no *capítulo 1* é analisado o conceito de menopausa, as características e as mudanças associadas. Na secção 1.1 aborda-se o conceito e características da menopausa. Na secção 1.2 dá-se uma perspectiva do que mudou relativamente à menopausa. Na secção 1.3 abordam-se os factores associados à menopausa. Na secção 1.4 analisa-se a menopausa desde a antropologia médica. Na secção 1.4.1 analisa-se a questão da medicalização da menopausa. Na secção 1.5 analisa-se o conceito de envelhecimento, segundo uma perspectiva antropológica das idades. Na secção 1.5.1, analisam-se as representações sociais da velhice. Na secção 1.5.2 faz-se a análise antropológica dos factores culturais. Na secção 1.5.3 indagamos a doença numa perspectiva antropológica. Na secção 1.6 aborda-se o tema da

publicidade e as mulheres de meia-idade. Na secção 1.6.1 debruçamo-nos no aspecto da cosmética, como os cremes anti-idade relacionando-os com os transtornos hormonais.

No capítulo 2, entra-se no trabalho de campo propriamente dito, fazendo a avaliação das vivências da menopausa em mulheres do concelho de Miranda do Douro. Na secção 2.1 faz-se a introdução. Na secção 2.2 especificam-se os objectivos. Na secção 2.3 focam-se as perguntas de investigação ou hipóteses. Na secção 2.4, aborda-se a metodologia utilizada para a investigação. Na secção 2.4.1, fazem-se algumas precisões acerca da metodologia qualitativa, uma vez que esta é a metodologia utilizada. Na secção 2.4.2, analisa-se o contexto geográfico onde decorre a investigação. Na secção 2.4.3, faz-se referência aos procedimentos. Na secção 2.4.4 faz-se referência aos instrumentos utilizados na pesquisa. Na secção 2.4.5 traça-se o perfil das informantes. Na secção 2.5 apresentam-se os resultados. Na secção 2.5.1 fala-se dos sintomas. Na secção 2.5.2, como se vivencia esta fase da vida das mulheres. Na secção 2.5.3 aborda-se a questão da informação ou da falta de informação sobre este período da vida das mulheres. Na secção 2.5.4 o que pensam as mulheres acerca da menopausa ser doença ou não. Na secção 2.5.5, é tratada a questão da menopausa ser assunto tabu. Na secção 2.5.6 analisa-se a questão da qualidade de vida nesta fase da vida. Na secção 2.5.7 procuram-se encontrar crenças e práticas ligadas à menstruação e à menopausa. Na secção 2.5.8 analisa-se a expressão usada pelas informantes para justificar a falta de predisposição para o sexo. Na secção 2.5.9 de que forma passa de mães para filhas a experiência do climatério. Na secção 2.5.10 aborda-se a questão dos parceiros, como reagem a esta fase da vida das mulheres. Na secção 2.5.11, analisa-se o que muda na sexualidade dos casais de meia-idade. Na secção 2.5.12 focaliza-se a questão na medicalização da menopausa. Seguindo-se as conclusões da investigação.

CAPÍTULO 1: A MENOPAUSA: CONCEITO, CARACTERÍSTICAS E MUDANÇAS ASSOCIADAS

1.1 Conceito e características da menopausa

Existem numerosas definições do termo menopausa (Bastos, 2003; Ferrari, 1996; Martins, 1996; Trien, 1994). Contudo, a definição universalmente aceite é a oferecida pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda que o termo seja utilizado para designar o processo como um todo, e não apenas o cessar do fluxo menstrual. O conceito ginecológico de menopausa assinala um acontecimento pontual, que é o fim dos períodos menstruais. É um fenómeno central do climatério, isolado, natural, universal e inevitável para todas as mulheres, que sucede normalmente entre os 45 e os 55 anos.

Os termos menopausa e climatério são comumente usados indistintamente pela população feminina e também em alguma literatura, no entanto, segundo o ponto de vista da ginecologia, cada um expressa eventos distintos. Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o climatério é o período de tempo que se estende desde a maturidade até à decrepitude ou senilidade. Marca a transição entre a etapa reprodutiva e não reprodutiva da mulher, que vem determinada pela diminuição da atividade ovárica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz referência ao climatério como uma etapa da vida da mulher de limites imprecisos, situada entre os 45 e os 64 anos de idade.

Este período é uma fase de transição complexa na qual intervêm fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A menopausa é um acontecimento que marca o início de mais uma etapa na vida da mulher e que está inevitavelmente influenciada pelo entorno socio-cultural em que esta está inserida.

Segundo Ausin (1993): “A menopausa é a paragem definitiva das menstruações. É um diagnóstico feito apenas ao fim de um ano sem período menstrual; dado que raramente esta paragem é abrupta, este diagnóstico torna-se essencialmente clínico, sendo muitas vezes necessário recorrer ao estudo de perfil hormonal a fim de objectivar as modificações sofridas pelo ovário” (Ausin, 1993:43).

Por outras palavras, o termo menopausa significa a data da última menstruação, situação que assinala o fim da vida reprodutiva da mulher. O ovário deixa de funcionar, o que quer dizer que deixa de produzir uma hormona, os estrogéneos, e é a falta desta hormona que vai condicionar o aparecimento dos sintomas associados à menopausa, porém “cada mulher tem a sua menopausa e há que encarar os problemas de forma personalizada” tal como nos diz (Parra, 1997: 52). Etimologicamente, o termo menopausa deriva do grego meno (mês) e pausa, pausis (cesse). Fala-se de menopausa precoce quando esta ocorre antes dos 40 anos. A menopausa pode também surgir quando a mulher é submetida a uma histerectomia total, com anexectomia bilateral, isto é, remoção cirúrgica do útero e dos ovários por via vaginal ou abdominal, entrando a mulher de imediato na menopausa (Brandt, 1999; 2001).

O climatério feminino, período que marca o final da fase de fertilidade biológica com o término das menstruações, foi tema raramente abordado, tanto na literatura científica, quanto na leiga, até à década de noventa. Quando as pesquisas na área começaram a proliferar, elas foram, principalmente, pesquisas médicas voltadas para a avaliação da eficácia da terapia hormonal.

Embora o climatério se caracterize por uma ampla gama de eventos orgânicos e emocionais e a menopausa (literalmente, última menstruação) se refira a apenas um desses eventos, o termo menopausa foi oficializado, por sugestão da própria Organização Mundial da Saúde (Ramos, 1998), como indicativo de todo o período climatérico. De facto, usualmente as mulheres sabem o que significa menopausa, mas não o que significa climatério.

Importa aqui mencionar que esta etapa da vida tem aparentemente certas vantagens. De facto, dado que hoje as mulheres têm em média cerca de 80/82 anos de esperança de vida, a menopausa é sem dúvida o começo de uma nova fase da vida que deve ser encarada de forma positiva. Para muitas mulheres é isso que representa; é um tempo de maior disponibilidade e menos responsabilidade. Regra geral, os filhos já estão criados e embora sempre presentes nas suas preocupações já não exigem a mesma atenção permanente. É também um tempo em que já não existe o risco de engravidar, pelo que a sexualidade pode ser vivida de forma mais despreocupada. Por outro lado, a mulher vai deixando cada vez mais de ser vista só como procriadoras e mães, mas como pessoas completas. A experiência de vida e a sabedoria acumuladas podem ser de um valor inestimável, quer nas relações pessoais, quer na carreira profissional se for esse o caso.

1.2 Ideias e crenças ligadas à menopausa

Assim, as crenças mais tradicionais sobre a vulnerabilidade da mulher menstruada, susceptível a forças externas, sujeita a restrições aos mais variados níveis, tais como: aconselhável tomar infusões de ervas durante esse período, manter-se quente, não lavar o cabelo, evitar banhos, exercícios pesados e comidas geladas ou cruas. As propriedades poluidoras do sangue menstrual restringiam também as relações sexuais durante a menstruação, pois eram consideradas perigosas tanto para as mulheres (febre do útero) como para os homens. Os factores que podem influenciar a idade de aparecimento da menopausa são actualmente conhecidos: hereditariedade, raça, clima, tabaco, fibroma. No entanto, circula ainda um determinado número de ideias falsas acerca da ocorrência, na realidade incapazes de influenciar a idade da menopausa, tais como, o número de gravidezes, a toma de contraceptivos orais, a idade da puberdade etc. Segundo o sexólogo, Pascual (2012) A grande maioria das crenças, tabus e dos erros que se cometem nomeadamente no que diz respeito à educação dos papéis sexuais tem origem

na confusão causada pela mistura dos factores biológicos e dos socio-culturais. Segundo este autor, apesar de todos nascermos com uma designação biológica que irá produzindo um corpo de homem ou mulher, nascer homem ou mulher é algo natural e biológico. Enquanto ao que chamamos “ser homem”, ou “ser mulher” tem a ver sobretudo com outros valores e normas assignadas socialmente.

Para além de que, historicamente sempre se impozeram argumentos acerca das diferenças nos comportamentos de homens e mulheres referindo-se às diferenças biológicas e responsabilizando, portanto, a natureza, por tais diferenças. Daí que sejam conhecidas expressões tais como: A única vocação da mulher é ser mãe; a mulher deve educar os filhos; compete à mulher zelar pelo lar; as mulheres são afectivas e os homens são racionais; As mulheres não devem tomar a iniciativa sexual; a mulher mãe não deve fazer essas coisas feias; essas atitudes são de prostitutas, não de uma boa esposa; a virgindade de uma mulher é o seu maior tesouro; sexualmente a mulher é passiva e o homem activo; a menstruação é impura e uma maldição; a sexualidade na terceira idade é vergonhosa e a menopausa determina o fim da vida sexual.

A sexualidade feminina que leva muitas mulheres a viver o desejo sexual na vida conjugal está cheia de repressões, inibições, proibições, sentimentos de culpa, de vergonha e ansiedade. A mulher ao longo da sua vida assume e desempenha vários papéis: o papel de filha, de profissional, de mãe e de avó. Algumas mulheres crentes, principalmente casadas a longo prazo, exercem estes papéis sem ter a “mulher sexuada” e a “mulher erótica” interiorizada, o que por vezes é motivo de certos conflitos.

Até agora dava a impressão que estes papéis de género eram inamovíveis porque como se afirmava que eram biológicos não havia outro remédio senão aguentar. As religiões tornaram-nos dogmas e mudar era deixar ou perder a fé. Os fundamentalismos religiosos para manter o seu poder sobre os fieis e pode-los controlar melhor opuseram-se sempre às mudanças.

No entanto, à medida que avançam os estudos, fundamentalmente da antropologia sexual, este suposto determinismo ou dogmatismo biológico da diferenciação nos papéis e comportamentos sexuais perdem força. Para além de que a observação de condutas associadas a homens e mulheres em distintas sociedades, culturas e religiões aportadas pela antropologia, faz-nos concluir que as diferenças estabelecem-se a partir do social e do religioso.

Os comportamentos considerados masculinos nalgumas culturas e religiões podem considerar-se femininos noutras, e inclusivamente até na mesma sociedade ou religião, os valores e normas vão-se modificando à medida que produzem determinadas mudanças sociais, económicas, demográficas ou até mesmo carência de vocação, etc. Ao longo da história do cristianismo, houve de facto um grande empenho por catalogar tais papéis, estereótipos ou características que se consideram como próprias do género masculino e aquelas outras que devem ser inerentes ao feminino, para que uma vez etiquetadas, que todos e todas tenhamos especial cuidado em não as transgredir, porque conseqüentemente haveria reprovação e condenação religiosa. A teologia dos géneros acurralava-se no aspecto natural biológico e não no natural integral ou pessoal para evitar as mudanças e o progresso.

A mulher desde que nasce que é educada para ser terna e doce “o eternamente feminino” com uma série de papéis, tabus e falsas crenças. Tudo isto unido à falta de espírito crítico vão fazendo seus e marcam o seu desejo de vida sexual posterior. Uma das muitas suposições e falsas crenças mais nocivas para o desejo e relações sexuais das mulheres é a sua negação, repressão, o facto de considerar o sexo mau, feio, e vergonhoso. Estes tabus e o desempenho de tais papéis continuam na educação religiosa desde meninas. Apesar de que já se demonstrou cientificamente que as mulheres acumulam a mesma capacidade e pulsão de desejo sexual que os homens. As variações da sua capacidade ou potencial de desejo erótico respondem basicamente a distintas características histórico-cultural-social-religiosa e pessoais, e não ao facto de ser homem ou mulher.

Para além de todas estas crenças relativamente à mulher particularmente a fase da menopausa, está muitas vezes associada à perda da juventude, da feminilidade e da sexualidade. A mulher, como diz *Bourdieu*, (2000:83) está “incesantemente expuesta a la objetividad operada por la mirada y el discurso de los demás”, ou seja, a mulher está mais exposta aos efeitos sociais que a sua imagem causa (sedução, encanto...).

Ao mesmo tempo, possui uma relação com o seu próprio corpo “self image”, a que se refere Bourdieu (2000), ela precisa de se sentir bem com ela própria, de olhar-se no espelho e sentir-se satisfeita com a imagem que este lhe reflete, mediante alguns padrões de beleza e jovialidade que a sociedade e os média vão ditando. Deste modo, a menopausa é sem dúvida uma etapa da vida da mulher que merece algum cuidado na abordagem. Helman refere que:

“Kaufert e Gilbert, observaram que a definição biomédica de menopausa como um distúrbio principalmente *endocrinológico* (deficiência de estrógeno), muitas vezes, conduz a uma definição de “característicos da menopausa” apenas os sintomas que podem ser atribuídos á falta de estrógeno (como sensações de calor, suores nocturnos, osteoporose e vaginite atrófica), ignorando-se os sintomas (principalmente os sociais e psicológicos) que não são facilmente tratados pela terapia de reposição hormonal (TRH)” (Helman; 2003: 156).

Segundo Souza, (2005) baseada numa pesquisa realizada entre um grupo de mulheres em São Paulo, atesta que esta fase da vida das mulheres parece tecida de uma certa invisibilidade. Refere que a maioria das mulheres entrevistadas afirmou que a menopausa devia ser vivida de forma discreta e silenciosa. Os sentimentos das mulheres em relação à menopausa eram, em grande parte, negativos decorrendo principalmente das alterações corporais que costumam ser características dessa fase. A partir do final dos anos noventa as publicações a respeito da menopausa aumentaram consideravelmente. O aspecto emocional dessa fase, no entanto, continuou pouco discutido. Segundo esta autora, uma forma de abordá-lo, que parece

promissora, é considerar a fase da menopausa como um momento de “crise de desenvolvimento” (crise caracterizada pela mudança das tarefas psicológicas e dos papéis sociais).

O papel da informação também é fundamental nesse processo, uma vez que a grande maioria das mulheres lamentam desconhecer as alterações orgânicas e emocionais características desse período, alterações, essas, que podem ser de grande impacto na auto-estima das mulheres. A expectativa de invisibilidade que as mulheres demonstram em relação à menopausa parece ser fruto de um duplo estigma: ser vergonhoso estar na menopausa, mas pior do que estar na menopausa é ter uma menopausa sintomática. Considerando, como Nissim (1984) e Vivaldi (1997), que apenas 10% das mulheres passam pela menopausa sem sentir nenhum desconforto, o estigma com relação à menopausa sintomática pode ser considerado um doloroso fardo para a maioria das mulheres.

Souza (2005) estabelece um paralelismo entre as duas transições mais marcantes do curso de vida da mulher: a puberdade e a menopausa. A transição da menopausa carrega o estigma de ser marcador de envelhecimento, isso numa sociedade em que é “vergonhoso” envelhecer. Para questionar esse preconceito em relação à menopausa, nada melhor do que estabelecer um paralelo entre esta e a puberdade, sendo esta uma fase de transição socialmente bem-vinda, bem vista e festejada, ao contrário da menopausa.

Por sua vez, Deutsch (1960) diz ainda que “ a mulher no climatério tem que renunciar a tudo aquilo que recebeu na puberdade”. As alterações que acontecem no papel social da adolescente e da mulher madura são diferentes: uma entra no universo dos adultos (prestigante) a outra transita pelo período de maturidade que antecede e prepara a fase que é chamada de velhice. Embora diferentes, as alterações de papel social dessas duas transições são balizadas por inquietações e indagações muito semelhantes: O que me está a acontecer? Quem sou? Que novas tarefas e novos desafios eu vou encontrar?

De acordo com Erikson (1998) essas crises, quando bem administradas, levam ao crescimento pessoal e à maturidade. Kanel (1999) alerta que as crises de desenvolvimento não devem ser confundidas com as crises situacionais (crises desencadeadas pela ocorrência de eventos incomuns e inesperados que o indivíduo não tem meios de controlar, tais como morte e doenças).

Dattilio e Freeman (1995) assinalam que na década de cinquenta, Erikson também já havia considerado os aspectos positivos e negativos das situações de crise ao postular que, na caminhada da infância à velhice, o ser humano passa por diferentes estágios de desenvolvimento psicológico e a transição entre eles é sempre mediada por crises. Essas crises, que foram chamadas por Erikson de “crises de desenvolvimento”, são caracterizadas pelas mudanças das tarefas psicológicas e dos papéis sociais que marcam a passagem de um estágio a outro. À primeira vista a palavra crise parece referir-se a situações em que há apenas aspectos “negativos” tais como desastres, doenças ou perdas. E de fato, as crises incluem sempre uma faceta de desestruturação. Mas o aspecto negativo não esgota os parâmetros necessários para esclarecer o que caracteriza uma situação de crise. Na escrita chinesa, por exemplo, a palavra crise é formada usando-se dois ideogramas: um que se refere a “perigo” e o outro a “oportunidade”. Perceber a crise a partir da junção dessas duas perspectivas à primeira vista opostas (perigo e oportunidade) pode ser um ponto de partida bastante interessante.

É curiosa a comparação de Souza (2005) que pega no conceito de crise para fazer a analogia com a menopausa. Segundo ela, essa definição é analisada por Dattilio e Freeman (1995) como apresentando quatro componentes, ou seja, a crise é vista como sendo: temporária, perturbadora, situacionalmente incapacitante e com potencial de superação. Essas quatro características parecem ajustar-se muito bem à transição da menopausa.

A menopausa como a crise é temporária. Os autores que se dedicam ao estudo da menopausa são unânimes em relação à sua transitoriedade. “ Os

problemas da menopausa geralmente são de curta duração, desaparecendo entre dois e cinco anos” (Trien, 1994:19)

A menopausa, como a crise, envolve potencial para superação. Esse potencial inclui a oportunidade de novas experiências e a aquisição de novas habilidades e comportamentos. Qualquer que seja o fator desencadeante da crise, seja a menopausa ou outro, o potencial para mudança varia de pessoa para pessoa, dependendo, naturalmente, da história de vida de cada uma. Outro momento em que o aspecto perturbador da menopausa pode fazer-se presente é quando se assume a sua realidade. Aqui, o aspecto perturbador pode estar relacionado tanto ao desconforto da sintomatologia, quanto às mudanças na aparência que acontecem nessa fase. De fato, muito frequentemente a auto – imagem e as expectativas pessoais passam por alterações durante a transição da menopausa, pois as mudanças na aparência (alterações na forma do corpo, com acumulação de gordura no abdómen e nos quadris, ressecamento da pele, embranquecimento dos cabelos...) que, em geral, acompanham as oscilações hormonais, comumente remetem a reflexões sobre o envelhecimento, numa cultura centrada nos valores da juventude.

A média das idades em que normalmente aparece a menopausa é entre os 45 e os 55 anos de idade, nas diversas regiões do mundo, e parece não se ter modificado ao longo dos tempos. Numerosos estudos assim o sugerem (Butts y Seifer, 2010; Im, Lee, Chee, Dormire, y Brown, 2010).

A menopausa caracteriza-se pela presença de alguns sintomas físicos junto a, possíveis sintomas psicológicos. De entre os sintomas físicos ou consequências destacam-se a osteoporosis (Boonen, 2010; Gallagher y Levine, 2010; Tuzun, Aktas, Akarirmak, Sipahi y Tuzun, 2010; Yuksel, Majumdar, Biggs y Tsuyuki, 2010). Outra relaciona-se com o incremento do risco de acidentes cardiovasculares (Kuller, 2010; Smoller, et al., 2009; Stramba-Badiale, 2009; van der Schouw, 2009)Outro fator adicional são os problemas de sono (Chasens, Twerski, Yang, & Umlauf, 2010; Chedraui, et al., 2010; English, 2002).

No entanto, estes fatores de risco não são inevitáveis e de facto, como assinala Kuller (Kuller, 2010), é possível prevenir os riscos cardiovasculares. Por outro lado, existem fatores associados que aumentam estes riscos, como por exemplo, a obesidade (Benson, et al., 2009), o uso de antidepressivos (Smoller, et al., 2009)...

1.3 Visão histórica da menopausa

“A mulher, arrastando sempre às costas a sua condição de tabu, atravessa a história, prisioneira de alguns dos suportes representacionais, que a deixam imersa numa auréola de mistério” (Losoviz, 2005: 19)

Margaret Lock (1998) diz que o termo menopausa foi inventado em 1821 pelo físico francês Gardanne. Até à década de noventa, o climatério feminino era tema raramente abordado, tanto na literatura científica quanto na leiga. A idade média do aparecimento da menopausa situa-se actualmente, por volta dos 50 anos e não parece ter-se modificado ao longo dos tempos. Em contrapartida, os progressos da alimentação e da higiene diária deram início a uma diminuição progressiva da idade de aparecimento da puberdade, aumentando, deste modo, a duração do período de atividade ovárica. Contudo, a mulher que merecia atenção do estado era aquela que se encontrava no período fértil.

Efectivamente, a partir dos finais dos anos noventa o silêncio sobre a menopausa começou a ser quebrado e as publicações sobre este tema aumentaram consideravelmente. Segundo Souza, (2005) esta abertura cada vez maior em relação ao tema menopausa pode ser considerada fruto de três forças: A geração de mulheres que chegou ao climatério durante os anos noventa, as pesquisas médicas e o movimento feminista.

A geração de mulheres que chegou à fase da menopausa no final dos anos noventa, reivindicando maior compreensão e principalmente, informação sobre seus próprios processos, teve sua história marcada pela conquista de novos espaços, como liberdade sexual, o uso da pílula anticoncepcional, a

ampliação do mercado de trabalho e o rompimento da sociedade conjugal. Foi também a geração que acompanhou a emergência e o fortalecimento do movimento feminista. As características dessa geração de mulheres que “(...) desafiou e rompeu os valores tradicionais da família (...) que inventou e experimentou novas formas de viver e estar no mundo” também foram destacadas por Ciornai (1999 : 23).

O segundo factor de influência na crescente visibilidade do universo da menopausa foram as pesquisas médicas. O peso deste fator parece evidente, uma vez que o médico é o profissional procurado, preferencialmente, pelas mulheres quando os desconfortos da menopausa se fazem sentir. Essa “medicalização” da menopausa, isto é, acreditar que a menopausa é um evento puramente biológico e, portanto, restrito à alçada médica, teve, de acordo com Souza (2004), duas implicações: Em primeiro lugar, a menopausa passou a ser vista como mais uma doença a ser tratada, mais especificamente uma doença de carência hormonal que deveria ser superada com a reposição das hormonas que estivessem em baixa. Em segundo lugar, a ênfase no aspecto orgânico da menopausa, redundou em negligenciar as turbulências psicológicas que também podem caracterizar esse período.

À medida que as pesquisas médicas foram avançando, a concepção da menopausa como doença foi sendo gradualmente substituída pela sua aceitação como uma etapa natural da vida da mulher. Essa alteração deveu-se, em grande parte, à pressão do movimento feminista, sempre atento às questões relativas à saúde da mulher e sempre crítico aos interesses da indústria farmacêutica. De fato, na literatura feminista há uma forte crítica ao modelo biomédico da menopausa. Rostosky e Travi (2000), por exemplo, ao analisarem criticamente esse modelo concluem que ele se apoia em três pressupostos que levam a uma oposição entre mulheres e homens saudáveis. Esses pressupostos estabeleceriam que, quando comparadas ao homem, as mulheres:

- 1- São consideradas como “ o outro” em relação à normalidade. O exemplo disso aparece quando se observa que as mudanças hormonais que ocorrem nos homens de meia - idade são vistas como naturais, enquanto as alterações hormonais femininas típicas da meia – idade são consideradas patológicas e merecedoras de tratamento.
- 2- São apresentadas como “doentes”. A menopausa, por exemplo, é concebida como uma síndrome que engloba vários sintomas (irregularidades menstruais, ondas de calor, enxaquecas, depressão), apesar da evidência de que esses sintomas não aparecem unicamente durante a menopausa.
- 3- São apresentadas como “fracas” e “sem poder” em relação ao médico e à autoridade científica. Ao definir a menopausa como síndrome, o médico determina não só o que ela é mas, principalmente, como ela deve ser vivenciada.

Para as feministas a menopausa é uma fase natural, que muito além do aspecto puramente biológico, sofre influências de variáveis psicossociais que ainda precisam ser estabelecidas e estudadas. Uma vez que a abordagem médica da menopausa tende a ignorar a possível influencia dessas outras variáveis, ela é considerada limitada e limitadora (Buchanan, Villagran y Raga, 2001; Greer, 1994; Nissim, 1995; Ramos, 1998; Rostosky y Travis, 1996 e 2000; Vivaldi, 1997).

Algumas autoras feministas destacaram, inclusive, o uso de termos pejorativos na linguagem médica descrita da menopausa (Rostosky y Travis, 1996). Essa linguagem médica negativa, com termos de uso corrente como “falência ovárica” ou “ disfunção ovárica”, estabeleceria as bases para a nossa consciência cultural, ajudando a construir uma imagem altamente negativa da meia – idade feminina.

No passado, quando a esperança de vida era menor, os problemas associados à carência hormonal não eram relevantes. Com o aumento da esperança de vida, cada vez um maior número de mulheres irá viver um terço das suas vidas na menopausa.

Daí a relevância que tem para as sociedades em geral a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças associadas à menopausa.

Segundo um artigo escrito pela Dra. Teresa Paula, assistente de ginecologia e obstetrícia da maternidade Dr. Alfredo da Costa em Lisboa, sobre a menopausa, esta não é uma doença e portanto, não precisa de ser medicada. No entanto, convém lembrar que o ovário é o único órgão que cessa a sua actividade de forma brusca, décadas antes da morte do indivíduo.

A mulher é obviamente um ser biopsicosocial, ou seja, o seu comportamento é determinado por factores biológicos, psicológicos e sociais, que interactivam de forma muito estreita. Esta etapa da menopausa coincide com outro aspecto da vida da mulher e que não passa de uma transição social, uma mudança de papéis, como por exemplo, a reforma profissional (nalguns casos), e também a saída dos filhos de casa “síndrome do ninho vazio”, que ela vivência de forma muito particular... (Helman, 2003: 157)

Desta forma, a menopausa é muitas vezes encarada como uma “mudança de vida”.

Porém, aquilo que mais nos preocupa é a componente cultural que condiciona a vivência deste fenómeno, por exemplo, no Japão, para referir um contexto longínquo daquele que estudaremos, Lock (1986) menciona o facto de a menopausa ser encarada como um processo natural do ciclo de vida da mulher, e por conseguinte, ao fim do ciclo menstrual não é atribuída grande importância. Outro exemplo, é o referido por Jiménez de Luque (1994) quando diz que 0% das mulheres Mayas apresentam afrontamentos relativamente às mulheres holandesas, cuja percentagem de manifestação deste sintoma é na ordem dos 80%. Isto significa que as manifestações que aparecem com a

menopausa não têm a mesma incidência em diferentes culturas. O que nos permite dizer que os fatores sociais e culturais influenciam na percepção das manifestações que surgem com o cese da função ovárica.

Contudo, cada vez mais em contextos ocidentais é dada maior importância a esta questão, exemplo disso é uma iniciativa de Portugal, em que estabelece o Dia Mundial da Menopausa, segundo o último Consenso da SPM (Sociedade Portuguesa de Menopausa) de 18/10/2003.

No entanto, a polémica dicotomia, natureza/cultura mencionada por Helman (2003) não deixa de influenciar o comportamento humano nos mais variados aspectos da sua vida social, política e económica.

A divisão binária da humanidade em dois géneros, facto universal, (Helman, 2003) levou muitos antropólogos a interessar-se pelo estudo destes dois mundos, sendo o mundo das mulheres, sempre muito mais impermeável, principalmente aos antropólogos masculinos.

Ao longo dos últimos anos, foram contudo realizados estudos etnográficos, desenvolvidos por antropólogas que tiveram maior facilidade no acesso aos meandros da feminilidade.

Segundo Johnson (citado em Helman, 2003), os papéis das mulheres na sociedade moderna, têm sofrido algumas alterações, o que tem gerado certos conflitos, pois a sociedade espera que elas sejam ao mesmo tempo “produtivas e reprodutivas”, ou seja, que tenham tanto carreiras profissionais, gerando riqueza e contribuindo para o incremento da economia familiar e do próprio país, mas ao mesmo tempo, que constituam família e ajudem a perpetuar a humanidade (Helman; 2003:156)

Segundo as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), temos aproximadamente 750 milhões de pós - menopáusicas em todo o mundo (Martins, 1996). Estes dados revelam claramente a importância exponencial dessa faixa etária em toda a massa populacional do planeta, com tendência a aumentar.

Para melhor entendimento, comecemos por categorizar os estádios da vida reprodutiva e não reprodutiva da mulher. Seguiremos o quadro introdutório de Martins (1996).

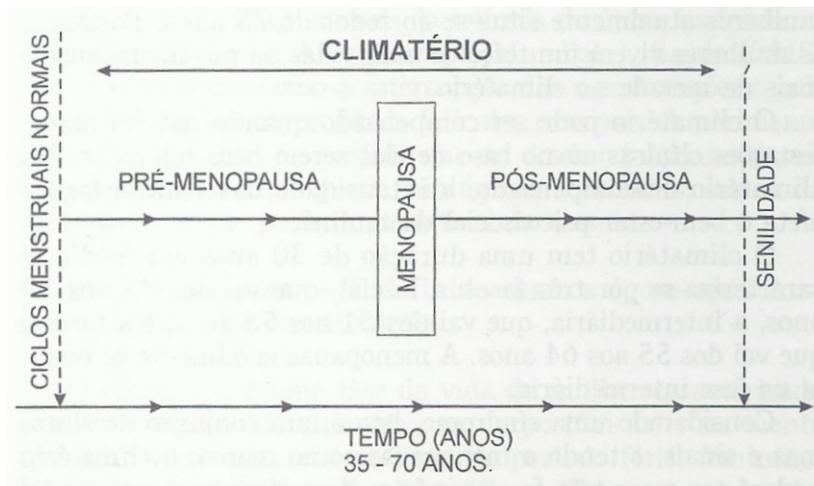


Figura 1. Esquema que indica as diferentes etapas do climatério

Segundo um estudo efectuado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e a Sociedade Portuguesa de Menopausa (Consenso & Estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa. 2004) o climatério compreende três fases, (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear.

Pré-menopausa – Em sentido geral inclui toda a idade fértil até a menopausa, em sentido restrito é todo o período de tempo decorrido entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa.

Perimenopausa – É o período de tempo que engloba a pré-menopausa até um ano após a menopausa.

Pós- menopausa – É o período que se inicia com a última menstruação.

Podemos dizer que, as mulheres que hoje em dia entram na meia-idade são umas privilegiadas, pois possuem mais liberdade em relação aos seus corpos, mais informação, mais consciência sobre os problemas de saúde do que as suas antepassadas.

Sem dúvida, que jamais, noutra época as mulheres ultrapassaram em anos de vida a meia-idade, o que fez com que despoletasse o interesse por este tema e efervescessem os estudos, as literaturas, os artigos sobre o mesmo.

“A menopausa não é coisa nova, mas o número de mulheres que a estão a viver, é. Pela primeira vez na história, as mulheres têm esperança de passar um terço de suas vidas após a menopausa” (Trien, 1994).

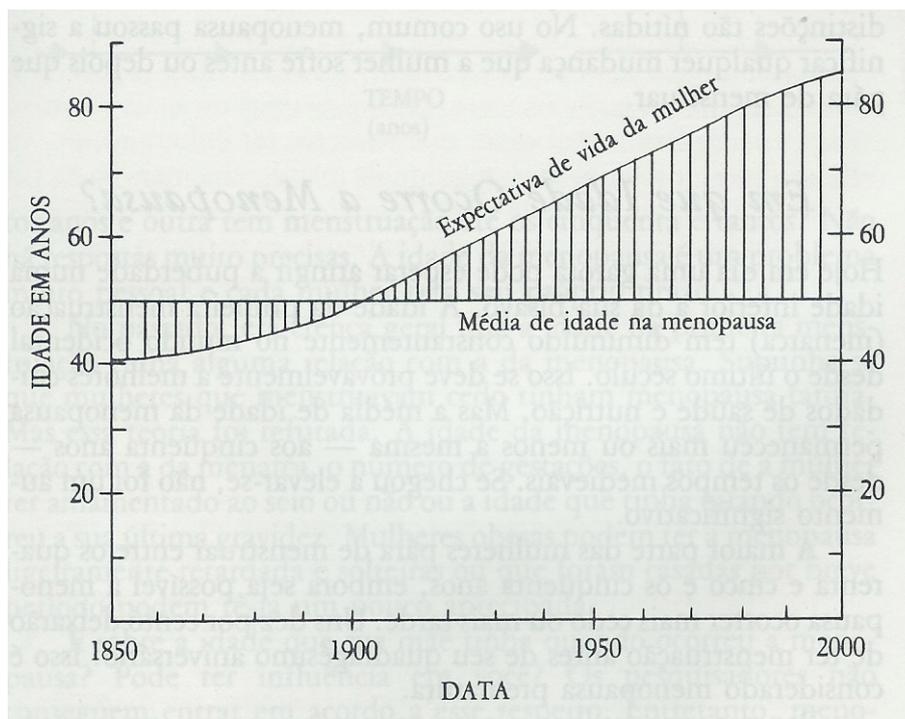


Figura 2. Gráfico da esperança de vida da mulher (Fuente: Trien, 1994)

A *menopausa* é simplesmente uma data, a data da última menstruação espontânea, que marca o fim da fase reprodutiva da mulher. Poder-se-á

comparar à *menarca*, ou seja, a data da primeira menstruação da mulher que assinala o início da fase reprodutiva da menina que a partir deste momento passa a ser mulher.

Assim como a *menarca* está no centro de um período designado por puberdade, também a menopausa é o centro de um outro período, o climatério, que etimologicamente quer dizer “ uma escada que se vai subindo”.

Os sintomas associados à menopausa são os seguintes:

- Paragem das menstruações
- Sintomas vaso - motores: Afrontamentos, calores súbitos, sudação, cefaleias.
- Sintomas Psíquicos: Humor depressivo, insónias, irritabilidade, perda de memória...
- Sintomas uro – genitais: Secura vaginal, dificuldades sexuais, incontinência urinária.
- Sintomas cardiovasculares: Aumento da pressão arterial e do colesterol...
- Outros: Aumento de peso, modificação da pele e do cabelo, nevralgias articulares, dores ósseas.

Diversos estudos indicam que estas afectações reduzem a qualidade de vida das mulheres na pós-menopausa (Abourazzak, et al., 2009).

1.4 Factores associados à vivência da menopausa

O Grupo Científico da Organização Mundial de Saúde determina que a idade média em que ocorre a menopausa nos países ocidentais é de 50 anos. No Brasil, por exemplo, os dados demonstram que a idade média ocorre mais precocemente, por volta dos 47 anos. Segundo Martins (1996) os factores que intervêm na Idade da Menopausa são os seguintes:

- 1) **Herança** – Geralmente a menopausa entre as mulheres de uma mesma família ocorre numa idade aproximada.
- 2) **Raça e Clima** – As raças mediterrâneas e africanas têm a menopausa em idades mais baixas do que as raças nórdicas. Isto significa que, as mulheres de países de climas quentes entram no climatério mais precocemente do que as de países de clima frio. Existem também indícios de que mulheres que vivem em altitudes elevadas (mais 2.000m) têm a menopausa de um a um ano e meio antes das que vivem a menos de 1.000m.
- 3) **Modificações com o tempo** – Acredita-se que a idade da menopausa vem sendo atrasada através dos séculos, da mesma maneira que a menarca (primeira menstruação) vem-se adiantando. Entretanto, não existem informes categorizados demonstrando cientificamente essa tendência.
- 4) **Estado civil e profissão** – Não se têm observado que as mulheres casadas tenham a menopausa em idade mais precoce do que as solteiras. Assim também não se verifica que mulheres que trabalham fora do lar tenham o climatério mais precoce do que as demais.
- 5) **Número de filhos** – Parece que a idade da instalação da menopausa aumenta com o número de filhos, mas isso só ocorreria após o quarto parto. As mulheres nulíparas (que não tem filhos) entram na menopausa mais cedo. Acredita-se que a idade que a mulher tem quando concebe o seu primeiro filho também é importante. Se o parto ocorrer antes dos 28 anos aumenta a precocidade da menopausa.
- 6) **Obesidade** – Estudos mais recentes demonstram que não existe diferença significativa entre a idade em que se instala a menopausa das mulheres obesas e das magras.
- 7) **Anticoncepcionais orais** – Pensava-se que a supressão da ovulação, através do uso contínuo de anticoncepcionais, pudesse

retardar a menopausa. Entretanto, não se demonstrou que os anovulatórios exercessem qualquer papel nesse sentido.

- 8) **Fumo** – De todos os factores, o fumo é o que tem influência mais precisa sobre a idade em que a menopausa se instala. Sabe-se tranquilamente que a menopausa sobrevém com mais precocidade em mulheres fumantes, e a quantidade e duração do tabagismo também têm importância nesse sentido. Mulheres fumantes apresentam menopausa em torno de dois anos mais precocemente, em relação às não - fumantes. Algumas substâncias contidas no cigarro, como os hidrocarbonetos aromatizados, podem acelerar o envelhecimento dos folículos ovarianos, denotando o seu efeito antiestrogénico. Esse fenómeno pode ser devido à acção da nicotina nos centros hipotalâmicos, sobre o fígado, ou por uma acção nociva directa.
- 9) **Factores socioeconómicos** – O factor nutricional parece influir na idade da menopausa. Mulheres de países pobres, onde a desnutrição é comum, entram no climatério e menopausa mais precocemente.
- 10) **Importância social** – No climatério contemporâneo, admite-se haver uma influência racial, ambiental, hereditária e nutricional, na época em que se instala a menopausa. É certo que factores culturais e socioeconómicos influenciam a frequência e a gravidade dos sintomas menopáusicos. Estudos demonstram as diferentes respostas durante o climatério de grupos distintos quanto às características étnicas, culturais e socioeconómicas. Mulheres que vivem em países de nível económico mais baixo ou em classes socioeconómicas mais baixas têm menor assistência médica durante o climatério, o que contribui para o agravamento dos sintomas.

Embora a menopausa seja tão velha quanto a própria mulher, algumas pesquisas na área da saúde no século passado colocaram-na numa perspectiva completamente inovadora. Na verdade, não há assim tanto tempo que a maioria das mulheres morria antes de alcançar a menopausa, ou pouco tempo depois.

1.5 A menopausa desde a antropologia médica

A primeira premissa básica comum ao saber biomédico refere-se ao dualismo mente/corpo. Scheper-Hughes e Lock (1987) destacam a falácia biologicista vinculada ao dualismo cartesiano que dissocia mente e corpo como duas entidades discretas, e que aborda o estudo deste último isolando-o de todo o contexto socio-histórico. É esta concepção do corpo que possibilita a universalização e essencialização do corpo feminino e, conseqüentemente, da menopausa. Os contributos da antropologia resultaram enriquecedores para subverter esta visão, destacando que o corpo é “um artefacto simultaneamente físico e simbólico, produzido tanto natural como culturalmente e cimentado num momento histórico particular” (Sheper- Hughes e Lock, 1987).

Apesar de que na menopausa se produzam uma série de mudanças endocrinológicas, a ocorrência destas não configura substancialmente a experiência subjectiva desta etapa. É neste sentido, que Lock propõe o termo “biologias locais” para poder entender a complexa dialéctica entre biologia e cultura (Lock 1993). A conservação da existência é a condição constitutiva dos seres vivos, que sem estar predestinados pela biologia, nos desenvolvemos em função das suas condições. É um erro tratar de entender a problemática da mulher como se não fizesse parte de sistemas maiores. Ávila e Corrêa (1999) vão mais longe dizendo que a meta é “ desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como o destino (...) de romper a lógica complexa de apropriação e subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública.

Durante a década de 1970, houve um grande salto na consolidação do campo da antropologia dedicada aos estudos de saúde. Antes deste período,

os poucos estudos utilizando a perspetiva cultural para entender as práticas de saúde foram abordados como exemplos de pensamento primitivo, magia, folclore, superstição, crenças e outras preocupações que circulavam nos debates antropológicos na época de sua formação como disciplina.

Cecil Helman diz-nos: “ a antropologia médica aborda as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde. Relaciona-se, também, aos tipos de tratamento nos quais as pessoas acreditam e aos indivíduos a quem recorrem quando, de facto, adoecem. A antropologia médica é, também, o estudo de como essas crenças e práticas se relacionam às mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, tanto na saúde quanto na doença” (Helman, 2003: 11)

Segundo Singer (1989), a antropologia médica foi o resultado da interseção entre os movimentos internacionais de grupos ligados à saúde pública e a atividade clínica e as pesquisas etnomédicas em antropologia cultural.

Parece indiscutível a pertinência do discurso antropológico na abordagem da saúde e da doença. Noções como as de saúde e doença referem-se a fenómenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais.

Tornou-se necessário relativizar o sistema médico ocidental, ou seja, é absolutamente necessário um despojamento da perspetiva etnocêntrica e “medicocêntrica” quando são avaliados os conhecimentos e as outras práticas de saúde.

O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Precisamente o que os estudos antropológicos nos revelam são que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. A antropologia médica inscreve-se numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde.

A perspetiva qualitativa é utilizada para identificar e analisar a mediação que exercem os fatores sociais e culturais na construção de formas características de pensar e agir face à saúde e à doença.

A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, ideias sobre prevenção, noções sobre causalidade, ideias sobre tratamentos apropriados, etc.) são fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (Nichter, 1989).

Segundo Kleinman (1987, 1995), os sistemas de saúde, assim como os demais sistemas socialmente construídos, como por exemplo, os sistemas religiosos, são plenos de simbolismo e alicerçados sobre significados, valores e normas comportamentais, entre outros. As ideias propostas por Arthur Kleinman (1980, 1987, 1995) para a compreensão da dinâmica dos processos de saúde, doença e cura são particularmente interessantes, pois permitem mapear o pluralismo dos sistemas de saúde que operam lado a lado, autorizando os indivíduos e suas famílias a procurarem por tratamentos dentro dos vários sistemas, simultaneamente ou não.

A expansão da lógica médica ocidental em diferentes contextos culturais é um fenómeno amplamente observado. Num contexto de interação, mesmo que adverso, as trocas de técnicas, tecnologias, informações e conhecimentos sobre o ato terapêutico de trazer alívio às doenças produziu (e continua a produzir) uma outra realidade, caracterizada pela existência simultânea de inúmeras práticas médicas e registrada pela literatura em antropologia médica como pluralismo médico, sistemas médicos plurais (ou pluralistas), configuração médica plural (ou pluralista ou sistêmica), entre outros termos (Press, 1980). O dualismo entre corpo e mente, tem sua perspetiva etiológica como um processo único entre causa, patologia e tratamento (Kleinman, 1995). As novas discussões em antropologia questionavam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais.

As informações culturais têm sido na maioria das vezes consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde.

Geralmente só são tidas como essenciais unicamente aquelas referentes ao diagnóstico biomédico. Todos os outros dados, em particular aqueles referentes ao impacto dos fatores sociais e culturais, são avaliados como acessórias (Kleinman, 1987).

Contrariando este ponto de vista, estudos recentes demonstram a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde (Taylor et al., 1987)

Segundo Scheper-Hugues & Lock (1987), o dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas de organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções que sustenta uma visão reducionista dos fenómenos saúde e doença. A doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenómeno multidimensional.

Para Kleinman (1987, 1995), deve compreender-se que a doença está sob influência de regras sociais que governam a percepção, o valoramento e a expressão de sintomas, e que ela mesma parte do processo de cura, se compreende que a cura, desse modo, precisa ser compreendida em diferentes níveis analíticos: fisiológico, psicológico, social e cultural.

Com o desenvolvimento da corrente interpretativa em antropologia, surge uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura tornando-se possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. Clifford Geertz, que se situa na origem dessa corrente, concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar as suas ações (Geertz,

1973). Segundo ele, a cultura fornece modelos “de” e “para” a construção das realidades sociais e psicológicas. Para Geertz, a cultura é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Essa conceção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspetos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo o fenómeno humano. Nessa perspectiva considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de Harvard e, em particular pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise de fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas, ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural; “ a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias” (Kleinman & Good, 1985).

Kleinman (1980) inspirando-se em Geertz (1973) afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Segundo Kleinman, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas face às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: *health care system*. Todo “sistema de cuidados em saúde” seria constituído pela interação de três setores diferentes (profissional, tradicional, e popular). Cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Para tal facto, Kleinman (1980) elaborou o conceito de “modelo explicativo” (explanatory model) para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde. Segundo este autor, o modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doença e em referência aos tratamentos que foram utilizados.

Kleinman (1980) distingue “os modelos explicativos” dos profissionais de saúde e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias.

Kleinman utiliza duas palavras em inglês, *disease* e *illness*, para distinguir as diferenças de perspetiva entre o profissional de saúde e os leigos. Os significados destas, em inglês, nem sempre têm uma tradução consistente por se distinguirem sutilmente e na sua tradução não é fácil comunicar o que querem dizer no idioma original. O modelo de doença (*disease*) refere-se à anormalidade na estrutura e/ou funcionamento dos órgãos e seus sistemas, ou seja, à perspetiva segundo o paradigma biomédico. Refere-se a um estado patológico, reconhecido ou não pela cultura, e que pertence ao modelo biomédico.

O modelo de enfermidade (*illness*) refere-se às perceções que o paciente tem para interpretar o seu estado de saúde e atribuir-lhe um significado. Este modelo, ou seja, como o doente interpreta a sua experiência, é altamente influenciado pelo contexto sociocultural em que ele se encontra; o seu estado é identificado socialmente e não necessariamente limitado ao corpo, mas pode incluir as relações sociais e até espirituais.

Nesta época houve uma preocupação em desenvolver um conjunto de conceitos analíticos deste novo campo que procura entender a saúde de uma perspetiva antropológica.

Posteriormente, Alan Young (1976) elabora um terceiro conceito, o de mal-estar ou *sickness*, que não se refere aos modelos de perceção, mas ao processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio. Isto é, o episódio da doença não é um diagnóstico ou categoria, nem um modelo de perceção, mas é um processo que emerge através das interações dos atores participantes ao longo da sua duração.

Young (1982) propõe um conceito abrangente para se referir aos eventos que envolvem a doença e direciona a atenção para as categorias ou crenças estanques, mas para a construção sociocultural da experiência da

doença. Helman também reconhece que a doença no sentido amplo de doença e enfermidade, caracteriza-se como um processo que é resultado da dinâmica das negociações de perspectivas dos atores e das escolhas feitas ao longo da duração do episódio de mal-estar.

O conhecimento dos modelos explicativos, que predominam num determinado grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde.

O antropólogo Byron Good (1977) procurando ir mais além da noção de que doença é um modelo de percepção, categoria ou diagnóstica, introduz o termo “*rede semântica*” (*semantic network analysis*) desenvolvido por Good (1977) e Good & DeVecchio Good (1980,1982), facto que abre caminho para a compreensão dos diferentes fatores que participam da construção de “realidades médicas”.

Este termo refere-se à relação entre os significados da experiência de mal-estar com o discurso quotidiano sobre as experiências sociais de sofrimento. A doença não é só um conjunto de sintomas ligados à realidade natural e objetiva, mas é um conjunto de experiências associadas através de redes semânticas e interação social de um grupo.

Este argumento pretende alargar e estimular o espaço de debate para a necessidade de alertar o médico para levar em conta a perspectiva do paciente, se quer melhorar a qualidade do seu tratamento – e conseguir a satisfação dos pacientes com as consultas médicas. Será este um importante contributo da antropologia para a prática clínica.

1.5.1 Medicalização da Menopausa

As mudanças biológicas envolvidas no envelhecimento tendem a ser ambíguas, contínuos e idiossincrásicos. Em resultado, as categorizações

médicas teriam levado a focalizar nas últimas menstruações como o indicador universal da menopausa, algo que pode ser reconhecido unicamente em termos retrospectivos, ou seja, quando a mulher experimentou mais de doze meses de amenorreia.

Por outro lado, o modelo biomédico dá por certo que a menopausa é uma experiência compartilhada universalmente pela população feminina, isto é, um fenómeno transcultural inerente à condição de ser mulher. Isto implica uma visão naturalista do corpo que não considera a variabilidade da sintomatologia diferencial associada com o climatério nas diferentes culturas. Nesta direção, seguindo Latour, Lock destaca o carácter artificial do natural. Diz-nos que “tanto os conceitos de natureza como os objectos naturais são em si mesmos, híbridos, inseparáveis do conhecimento culturalmente construído...” a natureza -incluindo a especificação com as suas relações com a sociedade humana e a cultura- é contingente e assim os significados atribuídos a ela mudam através do tempo e do espaço (Lock, 1996: 38).

Na abordagem desta temática sugiro que se analisem os conceitos de medicamento e doença para que se possa entender até que ponto a menopausa é considerada doença.

Segundo Schenkel (1991), os medicamentos são extensivamente utilizados pelas mais variadas populações, sejam em países desenvolvidos, não desenvolvidos ou emergentes. O termo “medicamento” é aqui entendido como uma substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais. O termo “remédio” é utilizado numa aceção mais ampla, aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como plantas *in natura*, repouso, benzeduras rituais de cura, etc. (Schenkel, 1991).

A penetração dos medicamentos nas mais diversas partes do mundo é imensa, a despeito de diferenças sociais, culturais, políticas e económicas.

Como entidades físicas e simbólicas, talvez sejam a tecnologia que melhor corporificam o poder da medicina ocidental – ou medicina científica, ou ainda biomédica. Enquanto mercadorias, como símbolos, são a possibilidade mágica da saúde que a ciência materializa (Lefrève, 1991). Apesar dos medicamentos representarem um dos maiores mercados do mundo, apenas alguns fatores relacionados à sua difusão têm sido foco de pesquisas há mais tempo, como o papel das indústrias químico-farmacêuticas na produção e marketing e o papel das políticas de saúde e de medicamentos. Apesar do desenvolvimento da antropologia médica, os antropólogos não dedicaram especial atenção até finais dos anos 80, ao que Van der Geest (1988) chama de “hard core” da biomedicina: os medicamentos (Van der Geest, 1988:330). A publicação do livro *“The context of Medicines in Developing-Studies in Pharmaceutical Anthropology”*, editada por Van der Geest e Whyte em 1988, onde os vários artigos se agrupam em dois temas principais: negociação (transaction) e entendimento (meaning) sobre os medicamentos. Para Van der Geest & Whyte (1988), não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais os mesmos são percebidos e utilizados.

Alguns anos mais tarde, Nichter e Vuckovic (1994a) propuseram uma agenda para uma antropologia da prática farmacêutica, em que alguns temas chamariam a atenção para as realidades sociais e económicas da prática de prescrição e uso de medicamentos; examinariam o efeito da difusão de medicamentos nas percepções de saúde e doença; e explorariam a interrelação entre demanda de consumidores, produção de medicamentos e marketing.

As instigantes propostas para uma antropologia farmacêutica resultaram num número considerável de publicações ao longo dos últimos anos, abordando um grande número de temáticas, como medicamentos e sistemas médicos (Tan, 1989; Whyte, 1992).

Para Van der Geest e Whyte (1989), o significado dos medicamentos é apreendido em termos da experiência e concepção da doença. Sendo a antropologia médica interpretativa uma abordagem que privilegia a compreensão da doença como uma experiência subjectiva, torna-se também adequada para as pesquisas sobre medicamentos em cenários locais. Embora a grande maioria dos trabalhos em antropologia farmacêutica não assumir explicitamente o referencial teórico da antropologia interpretativa, desenvolvendo mais a práxis de tal campo, parece muito claro que as suas pesquisas se apoiam nessa abordagem. Nessa linha temática, a proposição de Arthur Kleinman para a antropologia médica fornece subsídios úteis para a compreensão do papel dos medicamentos em diferentes cenários e situações.

1.6 Antropologia do envelhecimento: a visão antropológica das idades, saúde e doença

Este é o ramo da antropologia que cada vez vai ganhando mais importância devido ao aumento da população idosa no mundo. Em todo o planeta o número de pessoas com mais de 60 anos deve dobrar, de 500 milhões, em 1990, para cerca de 1,2 bilhões até 2035; dos quais 72% estarão a viver em países em desenvolvimento. Supõe-se que a maior parte desse crescimento aconteça na África, na Ásia e na América Latina. Em todo o mundo os velhos, a partir dos 85 anos, são o grupo etário que mais cresce em toda a população idosa. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a *Era do Envelhecimento*. Em destaque das causas deste fenómeno está a modernização económica, a queda da taxa de natalidade, a mudança de papéis de género e a mobilidade das populações. Este evoluir da sociedade significou a quebra de uma ampla estrutura familiar de forma que o número de idosos que cuidam de si mesmos aumentou significativamente nos tempos modernos.

Também Barreto (1992) e Palma (2000) explicam essa transição demográfica dizendo que ela se origina não apenas pelos avanços

tecnológicos na área da saúde, os quais implicam aumento da expectativa de vida, mas principalmente pela redução da taxa de natalidade.

Este processo de envelhecimento demográfico repercutiu e continua a repercutir nas diferentes esferas da estrutura social, económica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida. Tais demandas fizeram da velhice tema privilegiado de investigação nas distintas áreas de conhecimento, elevando substancialmente o volume de obras publicadas nos últimos tempos.

A primeira perspectiva que se denominou “biológico/comportamentalista”, orienta as ações de gerontólogos e geriatras e coloca a sua ênfase no processo de decrepitude física ocasionada por fenómenos degenerativos naturais do organismo. Nessa perspectiva, os idosos aparecem como portadores de múltiplas patologias sobre as quais os indivíduos e a sociedade devem atuar no sentido de retardá-los. Os estudos de Chaimowicz (1987) constituem exemplos de trabalhos que se enquadram nessa perspectiva. O autor revela que constatou num estudo que realizou nas regiões metropolitanas das cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte que em média, o número de patologias crónicas _ como a osteoartrite, dispneia ao esforço ou diminuição da acuidade visual _ que acometem os idosos é muito elevado (o número de casos registados salta de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade.

Outro estudo citado por Chamowicz (1987) revelou, mediante inquérito domiciliar realizado em amostra aleatória de 1.602 indivíduos com 60 anos ou mais do município de S.Paulo, em 1989, que apenas 14% dos entrevistados se consideram livres de doenças crónicas como: hipertensão, diabetes, asma, reumatismo, derrame e insónia. Numa subamostra da mesma população, um terço dos indivíduos também relataram dificuldades na conversação devido a problemas auditivos, 63% apresentavam deficiência auditiva, quando submetidos ao exame audiológico. Chaimowicz (1987) citou também um

inquérito sobre saúde oral, realizado no município de S. Paulo, no qual foi demonstrado que os idosos possuíam, em média, apenas dois dentes sadios, isto verifica-se especialmente entre as camadas mais carenciadas da população. Era elevada a frequência de lesões periodontais e problemas relacionados com o uso de próteses dentárias sem manutenção adequada.

Pode-se observar que os estudos incluídos nesta perspectiva “biológico/comportamentalista” usam como justificação ao seu desenvolvimento dados quantitativos que revelam um envelhecimento populacional decorrente de um processo de transição demográfica, definida por uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupada pela população mais idosa. Neste sentido, a perspectiva “biológica/comportamentalista” analisa aspectos relativos a alterações fisiológicas do organismo, mas também mudanças no perfil populacional e a forma como as políticas públicas de saúde reagem ou deveriam reagir em relação a elas, chamando a atenção para a questão do envelhecimento populacional como um problema de Estado. Conforme analisou Chaimowicz (1987), houve modificação do perfil de saúde da população; em vez de processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornaram-se predominantes as doenças crónicas e as suas complicações, o que implica longos períodos de utilização de serviços de saúde. Dessa forma, quase que unanimemente, esses estudos concluem que o processo de envelhecimento populacional constitui, também, um problema social que requer medidas urgentes por parte do governo e da sociedade em geral.

Existe ainda uma abordagem na perspectiva de análise que se designa “economicista”. Onde tem lugar um leque variado de gerontólogos e geriatras mas também cientistas sociais. Nesta perspectiva, as investigações preocupam-se em situar o lugar dos velhos na estrutura social produtiva, centrando as análises na questão da ruptura com o mundo produtivo do mercado de trabalho, concretamente, a questão da reforma laboral. Neste

momento, a velhice passa a ser delimitada não mais pelas transformações fisiológicas, mas por um advento social, a reforma laboral, passando a ser pensionistas, na qual o indivíduo passa pela transposição da categoria de trabalhador para ex-trabalhador; de produtivo para improdutivo; de cidadão ativo para inativo. Cria-se um princípio de identidade para a velhice, definindo esse tempo da vida pela inactividade (Salgado 1997).

A reforma, conforme diz Salgado (1997) decreta funcionalmente a velhice, ainda que o indivíduo não seja velho sob o ponto de vista biológico (...) é uma forma de produzir a rotatividade de mão-de-obra no trabalho, pela troca de gerações. Nesta perspectiva, nota-se uma mudança no discurso, a aparente neutralidade do discurso biomédico anterior vai adquirindo contornos políticos. Os pensionistas defrontam-se com o Estado, acusado de ser o principal responsável pela situação marginal vivenciada pelos idosos na sociedade. Essa situação é apontada como fruto de um descaso político, da má gestão do sistema previdenciário e da propagação de uma ideologia dominante que pretende homogeneizar as diferentes formas de vivenciar a velhice.

Outro ponto de convergência destas duas perspectivas de análise: a “biológico/comportamentalista” e a “economicista”- é que, tanto na primeira quanto na segunda, a justificação apresentada para maiores investimentos na questão da velhice reside na preocupação recorrente de que o envelhecimento demográfico irá sobrecarregar os cofres públicos, agora não só pela alta demanda dos serviços de saúde, mas também do sistema de Previdência Social.

Existe uma terceira perspectiva de investigação sobre a velhice, que surge mais recentemente com os trabalhos de alguns cientistas sociais (antropólogos, sociólogos, historiadores etc) refletindo um modelo de análise que se caracteriza por uma ênfase sociocultural que de certa forma critica as abordagens das vertentes biológicas do ciclo de vida e das economicistas. A partir da constatação de elementos novos emergentes na sociedade, como o aumento da população idosa, e a diferença de formas de envelhecer noutros

contextos não ocidentais, tornou-se pertinente fazer estudos comparativos. Começaram então a efervescer os estudos antropológicos na década de 70 sobre as diferenças entre cultura e natureza. Nomeadamente, em todas as culturas o envelhecimento biológico não é a mesma coisa que o envelhecimento social, nem mesmo envelhecimento psicológico. Na verdade, a idade cronológica definida como velhice em uma cultura pode não ser considerada como tal em outra. Da mesma forma, o comportamento definido por um grupo como inadequado para os velhos, como ter relações sexuais ou por exemplo, usar roupas coloridas, pode não ser considerado inadequado em outra cultura. A autopercepção e o envelhecimento psicológico são muitas vezes independentes da idade cronológica. Apesar do declínio físico do corpo, a maioria dos idosos conserva ainda o espírito vital jovem o “eu sem idade” (the ageless self) de que nos fala Sharon Kaufman (1986;1994). Eles muitas vezes ainda se sentem capazes mas é a sua sociedade que os marginaliza.

As culturas variam em relação ao *status* que atribuem aos seus velhos. Nas sociedades ocidentais industrializadas por exemplo, a perda da capacidade produtiva pelo excesso de idade e a reforma laboral significam uma quebra marcante no *status* social, ao passo que o respeito ao velho é geralmente muito maior em sociedades tradicionais rurais. Especialmente em sociedades não-alfabetizadas, os velhos são repositórios vivos da história oral e de tradições antigas, de hábitos culturais, convicções, mitos e conhecimentos rituais. São eles que passam de geração em geração o legado histórico e patrimonial de uma cultura. Segundo Helman (2003) por tal motivo, a morte de um velho respeitado pode comparar-se ao efeito de uma biblioteca que se queima numa sociedade alfabetizada e desenvolvida. Em geral, as sociedades ocidentais industrializadas, depositam maior ênfase, maior confiança na juventude, na produtividade, no individualismo, na autonomia e no autocontrole, desenvolvendo muitas vezes uma certa intolerância para com os mais velhos.

Helman (2003), diz-nos que as sociedades que entraram na era da informação por computadores, telecomunicações globais e inteligências

artificiais, virtual etc, consideram os velhos ultrapassados e fora deste sistema evolutivo.

Tendendo a desvalorizar as pessoas velhas, e a perpetuar o preconceito contra a perda de habilidades cognitivas associando-as a ideias prejurativas de demência. Nesta era, em que o computador com sua avançada capacidade de memória, de lógica e de cálculo) tornou-se o respeitado pela maioria da população, muitos dos sinais normais de envelhecimento passaram a ser considerados patológicos.

O envelhecimento da população também é um desafio crescente para o modelo de atenção médica com sua ênfase atual em tratamentos que privilegiam uma solução a curto prazo.

Para que se possam desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer realmente como é que os idosos envelhecem e se veem envelhecer, como atribuem significado a este período das suas vidas ou como o integram à sua experiência. Seria conveniente conhecer a forma como o idoso percebe os seus problemas de saúde, como procura resolve-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso.

Segundo Uchôa (2003) apesar da entrada no campo de estudos da antropologia sobre o envelhecimento ser relativamente recente, ela já deu algumas contribuições importantes na abordagem das questões relativas à saúde do idoso, nomeadamente, a relativização da visão universalista, usualmente adotada em estudos sobre o envelhecimento centrado exclusivamente a partir da sua dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e conseqüentemente tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio (Corin, 1982; Debert, 1999) criou-se uma visão meramente orgânica do envelhecimento e por isso negativa.

Quando se compararam com estudos realizados em sociedades não ocidentais constatou-se que a velhice e o envelhecimento podem tomar outras

conotações muito mais positivas, questionando-se assim a universalidade da visão ocidental, demonstrando que uma representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda, não é universal. Uchôa (2003) dá-nos o exemplo clássico do estudo de Evans-Pritchard (1989) entre os Nuer, grupo étnico do Sudão, que comprova o contrário desta ideia, onde os membros de uma classe de idade devem respeito aos da classe anterior, que é composta por pessoas mais velhas e, portanto, superiores na hierarquia social. Este respeito e deferência transparecem em todas as dimensões da vida social. Para referir um exemplo mais atual, o dos Bambara do Mali, com quem Uchôa teve oportunidade de trabalhar (Uchôa, 1988) segundo ela, os Bambara consideram a velhice, uma conquista. Para eles, o envelhecimento é concebido como um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado conhecimento e ter conquistado através destas experiências, um lugar socialmente valorizado. Para Uchôa, os Bambara constituem um exemplo atual da situação privilegiada dos idosos em algumas sociedades africanas. Para os Bambara, a idade é um elemento determinante da posição de cada indivíduo na sociedade. Toda a vida social é organizada segundo o princípio da senioridade. Uchôa diz-nos que eles consideram que os mais velhos estão mais perto dos ancestrais e por essa razão detêm a autoridade. Respeito e submissão marcam o conjunto de atitudes e comportamentos dos mais jovens para com os mais velhos. Outro exemplo que Uchôa (2003) nos dá e que parece ter deixado perplexos os europeus e norte americanos quando estes entraram em contacto com a cultura deste povo (Guemple, 1989) foi o comportamento e as atitudes dos jovens *inuit* (esquimós), para com os idosos constituindo, segundo ela, um paradoxo. Por um lado, eles demonstram carinho e afecto para com os parentes mais velhos, mas por outro, podem abandoná-los no meio de uma estrada ou ajudá-los a cometer suicídio por afogamento ou estrangulamento. Esta aparente crueldade enraiza-se numa conceção particular de vida, de morte e da própria essência do ser humano,

podendo co-existir, sem contradição, com atitudes de interesse e suporte aos mais velhos da comunidade. Curiosamente, durante o meu trabalho de campo, numa aldeia do concelho de Miranda do Douro, chamada Paradelas, sendo esta, a aldeia mais a oriente de Portugal, fazendo fronteira com Espanha, caracterizada pela sua paisagem escarpada, com o rio Douro marcando os limites territoriais. Existe nesta aldeia uma lenda semelhante. Conta-se que havia antigamente o costume de os filhos, quando os pais já estavam velhinhos e já só davam trabalho, embrulhavam-nos numa manta e levavam-nos para as arribas do Douro, lugar escarpado de grande altura e atiravam com eles dali abaixo. Um dia, vinha um filho com seu pai, embrulhado na “famosa” manta fazendo cumprir a tradição, quando o pai pediu ao filho para descansar um bocadinho. O filho parou, e o pai pediu-lhe que lhe tirasse a manta, o filho intrigado, inquiriu o pai perguntando por que queria ele tirar a manta, pois assim iria ter frio. O pai então respondeu-lhe: - Filho fica tu com a manta, pois, assim já terás manta para quando o teu filho te vier lançar no abismo... O filho reflectiu por momentos e decidiu levar o pai de volta para casa.

As pessoas da aldeia não sabem explicar muito bem o porquê deste ritual, dizem ser uma tradição antiga que se conta de geração em geração, mas ilustra perfeitamente o conceito da inutilidade que as pessoas idosas tinham. Ao serem um estorvo, eram descartadas desta forma.

Contudo, de uma maneira geral, estudos realizados por antropólogos em sociedades não ocidentais enfatizam o poder, o elevado *status* e o papel social central atribuído aos idosos nestas sociedades. À medida que os estudos realizados em contextos não ocidentais foram trazidos para o nosso conhecimento, evoluiu a ideia que havia do processo de envelhecimento em diferentes culturas, e é quando que se abre um leque de questões, que até então, não se questionavam, pois, constata-se que existe uma diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento, deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenómenos profundamente influenciados pela cultura.

Uma segunda contribuição da antropologia, é a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador. Com o aparecimento dos estudos holísticos, o envelhecimento passa a ser estudado através de uma perspectiva êmica. O investigador tenta envolver-se numa cultura específica para descobrir como aspectos relativos à velhice e ao envelhecimento são organizados e adquirem significado.

O envelhecimento deixa de ser encarado como um estado ao qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenómeno biológico, ao qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais (Corin, 1982; Marshall, 1986, 1987). Esta nova tendência coincide com o desenvolvimento da antropologia interpretativa e encontra em Geertz (1973) a plataforma para a construção de um novo paradigma para o estudo da relação entre envelhecimento e cultura. Uma abordagem interpretativa do envelhecimento focaliza a interação entre parâmetros culturais, traços individuais e marcadores biológicos na construção de maneiras típicas de envelhecer e viver o envelhecimento (Corin, 1982; Létourneau, 1989). Meyerhoff y Simic (1978) publicaram uma série de estudos antropológicos sobre o envelhecimento. Em todos estes estudos, o envelhecimento é abordado como um fenómeno universal que gera problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos diferentemente através das culturas. Os autores focalizam aspectos estruturais, culturais e vivenciais do envelhecimento em cinco sociedades distintas e convidam-nos a examinar os problemas específicos do envelhecimento e as estratégias adaptativas utilizadas pelos idosos em termos de uma articulação entre as capacidades do individuo e os recursos do meio.

Uchôa (2003) refere outro exemplo que vem de um estudo realizado por Arcand (1989) junto dos *Cuiva*, uma população indígena da Colômbia. Neste estudo o autor leva-nos a interrogar sobre a existência de modelos culturais que seriam determinantes no aparecimento de problemas específicos do envelhecimento em diferentes sociedades. Segundo o autor, os *Cuiva*

negariam todas as formas de envelhecimento, pois, preocupados com os ideais de igualdade e homogeneidade que estruturam a sociedade, evitariam tudo o que poderia provocar uma ruptura social. Segundo Arcand (1989), os *Cuiva* não constroem uma idade da velhice: depois de sair da infância, o indivíduo integra o grupo de adultos e continua confundido neste grupo até à sua morte. Ou seja, não existe espaço social particular para os velhos, nem atividades das quais eles são excluídos. Entre os *Cuiva*, ninguém é considerado velho demais para produzir, tomar decisões, casar ou qualquer outra coisa. Segundo Arcand (1989) a sociedade *Cuiva* trata os velhos como se a velhice não existisse, evidenciando um modelo radicalmente oposto ao modelo ocidental, em que todos os meios são utilizados para acentuar a distinção entre as diferentes fases da vida.

Estes contrastes conceptuais nos diferentes contextos compreendem os sistemas simbólicos partilhados colectivamente numa e noutra realidade, e, curiosamente leva-nos a questionar e de certa forma a ser influenciados pelas ideias das sociedades não ocidentais, “menos evoluídas” que fizeram com que se olhasse para a nossa população idosa com outros olhos, e não apenas pelo lado negativo, sempre associando a velhice à doença. Na verdade, as representações dos idosos sobre o corpo e a saúde problematizam esteriotipos em torno da associação entre velhice e doença.

As reflexões de Ellen Corin (1982,1985) foca-nos no ocidente, nas sociedades complexas, segundo ela, a velhice é geralmente descrita em termos negativos (perda, falta, incapacidade para...) do que é valorizado socialmente. Gognalons-Caillard (1979) sugere que esta exacerbação da visão deficitária do envelhecimento estaria ligada à maneira pela qual a velhice no Ocidente se situa na contracorrente de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. Segundo Corin (1982, 1985) é a partir da ideia de perda (perdas de papeis sociais, perda de capacidades intelectuais) que se estruturam os programas destinados aos idosos. A autora alerta ainda para a marginalização que uma definição tão negativa da velhice

impõe aos idosos. Por tal motivo, ela realça que os estudos sobre o envelhecimento devem focalizar a articulação entre parâmetros externos (ligados ao contexto sociocultural) e os parâmetros internos (ligados à vivência pessoal), bem como a sua contribuição para construir uma relação individual com o envelhecimento.

Segundo Uchôa (2002) existe uma certa discrepância entre a visão negativa de pessoas mais jovens acerca do envelhecimento e a percepção dos próprios idosos quando atribuem significado às suas experiências. Apesar da convivência com doenças inerentes à sua idade cronológica, as suas histórias de vida revelam ganhos e não apenas limitações, evidenciando a capacidade de adaptação e o apoio familiar e social como o diferencial nas vivências dos idosos. Por um lado, a dicotomia entre a imagem do corpo desgastado pelas mudanças que acompanham a idade, por outro, o “verdadeiro eu”, que fica idealmente resguardado e ileso às mazelas do tempo. Talvez um novo desafio que a própria imprensa pode assumir, tendo um papel relevante assumindo no processo de mudança cultural do lugar da velhice, que favoreça uma nova ideia, através de uma nova ótica predominante de problemas e ônus para a de fonte de riqueza e recursos para a sociedade. Todavia, é preciso que novas imagens de velhice não incorram em novos estereótipos ou hipertrofiem a responsabilização individual, tão ao gosto da cultura privatista contemporânea. Espaços de sociabilidade podem, então ser promissores para trazer o envelhecimento ao debate público como questão de qualidade de vida, definida individual e colectivamente de modo indissociável da busca de garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana. Ouvir os idosos e compreender melhor o processo de construção de uma identidade colectiva com maior expressão política e caracterizada por uma transição de valores funcionalizada também pelo mercado por meio do estímulo a novos nichos de consumo.

Uchôa (2003) diz que existem dois tipos de elementos que influenciam o processo de envelhecer: aqueles intrínsecos ao envelhecimento biológico e os relacionados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas

públicas vigentes na sociedade em questão. Segundo ela, a abordagem antropológica contempla a articulação entre estes dois tipos de elementos e o papel específico de cada um deles na construção de maneiras típicas de envelhecer, na identificação de problemas de saúde e no desenvolvimento de estratégias para enfrenta-los. Ressalta ela, também, a potencialidade da abordagem antropológica no campo da Saúde Pública contemporânea.

Novas mudanças se vem notando na nossa sociedade, por exemplo, as pessoas com 30 anos que antigamente eram consideradas adultas, emancipadas e “arrumadas” hoje continuam em casa dos pais. Esta categorização a partir dos trinta anos deixa claro que as mudanças que vêm acontecendo na nossa sociedade, principalmente desencadeadas pelas novas configurações económicas, acabam por acarretar novas conformações sociais e culturais. O prolongamento da vida académica, enfatizando sua continuidade com cursos de mestrado, doutoramento e pós-doutoramentos por imposições da sociedade, num mercado cada vez mais competitivo, com o conseqüente adiamento do ingresso no mercado do trabalho, sucede que se adiam os casamentos, as pessoas casam cada vez mais tarde, os casais passam a adiar ter filhos, e tem-nos cada vez mais tarde, facto que antes não acontecia. Antigamente as mulheres casavam antes dos 20 anos e tinham filhos logo de imediato. Normalmente tinham mais de 2 filhos, as famílias eram numerosas, existindo casais com 6, 9, ou mais filhos. Estas mudanças que se estão a verificar cada vez mais na sociedade contemporânea, transfigura um pouco o panorama das idades convencionalmente instiuidas. Por outras palavras, uma pessoa adulta, madura, de 30 anos, há 20 anos atrás, transformou-se, nos dias de hoje, num jovem, muitas vezes financeiramente dependente de seus pais.

Os estudos voltados especificamente à maturidade, são ainda incipientes, e sujeitos a uma desactualização constante, uma vez que a maturidade comumente vista apenas como uma fase de transição entre a juventude e a velhice, considerada uma etapa bastante importante da vida, em que várias mudanças (físicas, comportamentais e culturais) são vivenciadas,

nao é vista como possuidora de um *status* próprio. Ser maduro parece ser um estar na contramão, tanto da juventude quanto da velhice. Estas mudanças fazem com que os estudos sobre estes novos paradigmas se destaquem e cada vez mais seja pertinente e se imponha mais que uma antropologia do envelhecimento, uma antropologia das idades.

O termo terceira idade é também uma construção das sociedades contemporaneas e vem sendo empregue por acreditar-se que é isento de conotações depreciativas e como destacou Debert (1999) para atender a interesses de um mercado de consumo emergente. Refere-se em geral, aqueles idosos que ainda não atingiram a velhice mais “avançada”, estão na faixa dos 55 aos 70 anos, e inclui fundamentalmente, individuos que ainda têm boa saúde e tempo livre para o lazer e para novas experiencias nessa etapa da vida.

Na perspectiva socioculturalista que argumenta que embora as questões demograficas e/ou economicas sejam aspectos plausiveis como justificacão de reformulaçãõ de politicas públicas dirigidas à população idosa são insuficientes para revelar e explicar a totalidade dos factos que emergem da velhice como categoria analitica. De acordo, com Debert (1999), (...) explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da “conspiração do silêncio” em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma num problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento.

Nessa vertente de estudos, a questao da velhice é entendida como uma construçao social, em que os recortes de idade e a definiçao de práticas legítimas associadas a cada etapa da vida nao são compreendidos como consequências de uma evoluçãõ científica marcada por formas cada vez mais precisas de estabelecer parametros no desenvolvimento biológico humano (Debert, 1998). Parte-se do pressuposto que é a sociedade/cultura que estabelece as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisãõ social do trabalho e dos papéis na família. Segundo essa autora, essas

atribuições são, em boa parte, arbitrárias, porque nem sempre se firmam numa materialidade numa cronologia de base biológica quanto às reais aptidões e possibilidades, mas são reconstruídas num tempo social essencialmente dinâmico e mutável.

1.6.1 Representações Sociais da velhice

Mas afinal, o que representa envelhecer e ser uma pessoa madura? Para responder a esta questão algumas escolhas metodológicas e conceituais foram realizadas. Em primeiro lugar importa analisar o conceito de representações sociais. A expressão representações sociais teve origem nos estudos sobre ideação colectiva (ou representação colectiva) de Durkheim (2007), que identificou os processos cognitivos, ideológicos, normativos, morais, etc., como produções mentais sociais. A sua teoria foi desenvolvida quando, ao estudar os fenómenos religiosos, mágicos e míticos, passou a entendê-los como construções essencialmente colectivas, impossíveis de serem criadas no plano individual (Alexandre, 2004). Durkheim (2007), constatou que a vida colectiva é feita de representações. Estas representações independem do indivíduo e fazem parte da consciência colectiva, que transcende a consciência individual tanto pela sua superioridade, quanto pela pressão que exerce sobre ela. A consciência colectiva, para Durkheim (2007) não se confunde com a consciência individual mas com a sociedade que vive e actua em nós.

O estudo das representações sociais, como construtos e construtores de conceitos e paradigmas que irão balizar as relações e o movimento das sociedades e/ou das colectividades que a compoem é de um valor inestimável para as ciências sociais, nomeadamente para a sociologia e a antropologia, enquanto ciências que se propoem a compreender as lógicas e as dinâmicas que constituem as sociedades.

Moscovici (1995) aponta que os saberes populares e o senso comum são elaborados e re-elaborados através da linguagem, das conversações e

trocas entre os membros de uma cultura e/ou grupo. Dessa forma, a linguagem e a comunicação, enquanto produtoras de trocas e de relações sociais tem uma abrangência determinante. É através da linguagem e da comunicação que a construção desse conhecimento se irá processar. Assim, a metodologia utilizada na recolha e análise dos dados dentro de uma abordagem das representações sociais deve levar muito em consideração as falas individuais e colectivas, do grupo pesquisado, bem como o contexto ao qual esse grupo está inserido.

“O individuo sofre a pressão das representações dominantes na sociedade e é nesse meio que pensa ou exprime seus sentimentos. Essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldadas. Portanto, cada tipo de mentalidade é distinto e corresponde a um tipo de sociedade, às instituições e às práticas que lhes são próprias” (Moscovici, 2001:49)

É importante salientar que longe de serem meras abstrações subjectivas, as representações sociais são muitas vezes, capazes de orientar as práticas quotidianas.

Para Durkheim (2007), as representações sociais são, então produções mentais colectivas, construtoras de conceitos, paradigmas e imagens dos grupos sociais em relação a si mesmos e em relação à sociedade como um todo.

Victoria, Knauth y Hassen (2000) citando por Jodelet (1989) explicam as representações sociais como “formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas que possuem fins práticos e concorrem à construção de uma realidade comum a um grupo social.” Sendo, muito mais que abstrações, verdadeiras direccionadoras da prática social. Assim, é fundamental a compreensão de que as representações sociais, mais que meros frutos do imaginário, são construções colectivas que muitas vezes de forma quase naturalizada, impregnam as significações e os fazeres sociais.

Nesse sentido, Chartier (1991) considera que as representações colectivas são construtoras do mundo social; não há prática ou estrutura que não seja produzida pelas representações, pelas quais os indivíduos dão sentido ao seu próprio mundo. Dessa forma, a partir da compreensão de que as representações sociais sobre a maturidade estão intimamente ligadas às questões de género, esta categoria passa a ser entendida como fundamental para o estudo das experiências em relação ao envelhecimento (Saffiotti, 1992). Homem e mulher envelhecem distintamente e esta distinção é, em grande medida, realçada pelos usos e significados atribuídos aos corpos masculinos e femininos durante todas as fases da vida, precedendo, muitas vezes, o nascimento. Isto pode ser verificado através dos discursos, representações e práticas sociais, o que influencia o comportamento e as atitudes das pessoas, na medida em que determina como deve ser o masculino e o feminino também na maturidade.

As investigações pioneiras de Margaret Mead (veja-se por exemplo, Med, 1961, Mead, 1967) constituíram um contributo fundamental para o conhecimento das relações entre homens e mulheres, promovendo a diferenciação posterior das categorias de sexo e género. Uma das características que a autora reconhece como próprias do ciclo de vida feminino, é o facto de que a vida de uma mulher desenvolve-se em distintas etapas predefinidas, pontoalizando-se em cada caso particular se é virgem, se deixou de se-lo, mulher sem filhos, mãe, mulher que passou pela menopausa e que já não pode ter filhos (Mead, 1961). Tomando como referência a sociedade ocidental, Lock (1998) observa que o saber científico biomédico, compartimentalizou progressivamente o ciclo de vida feminino em distintas etapas, frequentemente asinaladas cada uma delas por alguma crise particular e, neste sentido uma destas etapas consignadas para o ciclo de vida feminino é a “meia-idade” caracterizada pela ocorrência do climatério e da menopausa (Lock, 1998:35).

Repassando a conceptualização biomédica da menopausa, particularmente, a construção do corpo feminino subjacente ao dito saber e partindo do pressuposto que na sociedade ocidental, a materialidade física do corpo feminino e as suas características “naturais” tem sido historicamente os emblemas definitórios da identidade feminina, os substratos utilizados para sustentar e legitimar a estrutura de género da nossa sociedade. Como destaca Burín, “na cultura patriarcal o sistema predominante organiza as mulheres e a sua feminidade em volta da fertilidade e da maternidade” (Burín e Meler, 1998).

Resta então perguntar que modalidades de existência cabe áquelas mulheres que entram ou superam a idade da menopausa, na medida em que são percebidas e defenidas em função da perda das suas capacidades reprodutivas.

1.6.2 Análise antropológica da saúde

A importância dos fatores culturais em muitos aspectos da saúde internacional foi oficialmente reconhecida em 1996 pela Organização Mundial da Saúde e pela Unesco, que declararam aquele ano como o Ano da Cultura e da Saúde. Em sua declaração conjunta, os directores gerais de ambas as organizações propuseram “mais avenidas de cooperação, de modo que a saúde e a cultura possam ser desenvolvidas por meio de apoio mútuo, que beneficiará a todos os povos do mundo.

Os trabalhos de A. Kleinman (1985, 1987), B. Good e M. J. Delvecchio Good (1980) reinscrevem as crenças, as normas de comportamento e as expectativas referentes às doenças no contexto mais amplo de normas e valores que predominam numa sociedade. Eles questionam o “naturalismo” das interpretações biomédicas hegemónicas, favorecem maior tolerância face a outras formas de pensar e agir diante da doença e em consequência, abrem novos caminhos para o reconhecimento e análise dos processos culturais que mediatizam a construção das representações e comportamentos em saúde.

Diversos autores ressaltam a grande influência que exercem a semiologia popular e as concepções culturais de causalidade sobre os comportamentos adotados frente às doenças (Nyamwaya, 1987; Green, 1992; Hielscher y Sommerfield, 1985; Corin et al., 1992a)

Hielscher y Sommerfield (1985) discutem a relação existente entre as concepções culturais das doenças e a utilização de recursos médicos numa comunidade rural do Mali. Os autores descrevem a identificação da causa cultural como etapa fundamental do processo terapêutico. As concepções etiológicas populares dão significado aos diferentes episódios patológicos e determinam em grande medida as estratégias para lidar com eles.

O modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” elaborado por Corin et al. (1989, 1990, 1992a, 1992b, 1993) inscreve-se em linhas gerais como um prolongamento dos trabalhos do grupo de Harvard.

Apesar deste modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” ter sido inicialmente empregue na área da saúde mental, sua contribuição potencial para outras áreas da saúde, parece indiscutível.

O modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” visa precisamente o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às quais se quer intervir; ele constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos predominantes.

Este modelo de análise é constituído a partir de duas premissas básicas: 1) cada comunidade constroi de maneira específica o universo dos problemas de saúde, marcando principalmente tal ou tal sintoma, privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reações e ações; 2) existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolve-los; essa construção específica é ligada às características socio-

culturais da comunidade e às condições macroscópicas de contexto. (Corin et al., 1990)

A experiência anterior dos autores (Corin et al., 1992b) revelam que existe grande distância entre os discursos que descrevem uma doença em termos gerais e a maneira pela qual são percebidas e interpretadas as ocorrências concretas dessa doença; por tal facto, deve escolher-se focalizar as ações concretas de indivíduos particulares, frente a problemas específicos, e, por essa via, remontar ao universo de percepções e representações.

A análise dos “sistemas de signos, significados e ações” é feita a partir do estudo das práticas dos atores apreendidas por histórias concretas. Uma fase preliminar do estudo visa à delimitação do campo semântico que cobre um determinado problema. São identificados termos locais e formuladas descrições significativas que servirão para identificar casos. Para cada caso identificado, diferentes questões tentam reconstruir de maneira detalhada os comportamentos e sintomas associados à doença, as interpretações feitas por diferentes categorias de pessoas, os tratamentos realizados e/ou que deveriam idealmente ser realizados.

A teoria dos sistemas de signos, significados e práticas termina por introduzir a semiologia popular da enfermidade no próprio conceito de saúde, ampliando desse modo o significado da experiência do adoecimento como uma forma de construção simbólica, coletiva e compartilhada da subjectividade.

1.6.3 A Doença na Perspectiva Antropológica

Na década de 70, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à biomedicina sobre o conceito de doença (Fabrega, 1974; Good, 1977, 1994; Hahn e Kleinman, 1983; Young, 1976, 1982)

Segundo Kleinman (1995) a medicina é um sistema cultural como qualquer outro (religião, linguagem ou parentesco) e, a partir da perspectiva interpretativa, postula-se que a doença deve ser vista como experiência

subjectiva, sendo importante entender o seu significado para o doente e para as pessoas que o cercam. Good (1977), por exemplo, entende que a doença é um produto dinâmico do relacionamento de uma pessoa com o seu ambiente social e cultural, e que necessariamente configura uma “síndrome de experiências típicas” (Good, 1977:27). Para Langdon, “ a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo experienciado cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico” (Langdon, 1995:07). Kleinman observou que em todas as sociedades as atividades de atenção/cuidado à saúde são mais ou menos inter-relacionadas, devendo ser estudadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado “sistema de saúde” (Kleinman, 1980:24) Para ele, todos os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo, como uma experiência individual, como uma construção social.

A abordagem Kleinmaniana tornou-se importante como metodologia porque dá primazia à apreensão da realidade local, coisa que anteriormente não acontecia. Porém essa escolha não implica uma “fé cega” depositada nesta teoria. Kleinman está primeiramente interessado numa visão microscópica, interna, clínica, baseada em estudos de localidades (comunidades, vizinhança, grupos de famílias), mas salienta que o modelo empregado não ignora os aspectos externos (macrossociais e bioambientais) da atenção à saúde como fatores económicos, políticos e epidemiológicos que outros modelos enfatizam (Kleinman, 1980: 27). Segundo ele, os contextos locais são úteis para os estudos de campo, pois permitem aos investigadores relacionar o sistema de saúde com as influências particulares do meio. Dito sistema de saúde inclui as crenças e valores das pessoas e os modelos de comportamento. As crenças e os comportamentos são influenciados por instituições sociais particulares (como clínicas, hospitais, associações

profissionais, instituições burocráticas de saúde), papéis sociais (como papel do doente, papel da cura), relações interpessoais (como relação médico-paciente, paciente-família, rede social), cenários de interação (como casa, consultório médico), limitações económicas e políticas, incluindo ainda tratamentos disponíveis e o tipo de problema de saúde entre outros fatores. A realidade psicobiológica é constituída pelo mundo interno e pela estrutura biológica do individuo. A realidade social é representada pelas interações externas do individuo, onde ocorrem as negociações de papéis e dos símbolos. Ela apresenta dois aspectos principais: o mundo social e cultural (realidade social *per se*) e a realidade simbólica de aquisição da linguagem e de significados, que é a ponte entre a pessoa e o mundo/realidade social. A realidade clínica é o contexto socialmente legitimado da doença (crenças, expectativas, normas comportamentos e negociações) e da procura de cuidado (relações família-paciente, especialista-paciente, atividades terapêuticas, avaliação de resultados) (Kleinman, 1980: 41-42).

Lock (1993) no seu livro “Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America” destaca as afirmações de Wilson onde a imagem da mulher prevalence constituída em torno de um útero tal como Tilt propusera no século anterior (Lock, 1993). A partir das investigações deste médico, no ano de 1966, propôs-se um uso massivo da Terapia de Reposição Hormonal para tratar a sintomatologia produto da menopausa. Wilson indicava que restabelecendo os valores hormonais normais – relativos aos níveis de estrogénios presentes na mulher em idade de procriar – se deteria e evitaria o decaimento físico e psíquico da mulher no período menopausico. Começa assim um longo debate que actualmente ainda está por resolver, sobre as vantagens e as desvantagens do uso deste tipo de terapias, sejam elas para prevenir ou para tratar a sintomatologia associada à menopausa. Até meados dos anos setenta a terapia de substituição hormonal ou estrogénio era usada para o tratamento de sintomas específicos associados com a menopausa, especialmente os “calores”. Entre 1975 e 1980 o seu uso

declinou de maneira dramática devido ao risco de contrair cancro no endométrio. Em consequência, a partir dos anos oitenta, passou a recomendar-se o uso combinado de estrogeneo com progesterona que administrado em determinadas doses prescritas, evitaria o efeito tóxico do estrogeneo. Este tratamento recebe o nome de Terapia de Substituição Hormonal, o qual, diferentemente do anterior é também utilizado para prevenir doenças coronárias e osteoporoses. (Leydy, 1999; Lock, 1993).

Como assinala Conrad, o modelo médico descontextualiza os problemas sociais, ao mesmo tempo que os coloca sob o seu controlo. Desta forma, este processo individualiza o que de outra maneira seria visto como um problema de carácter colectivo e social. No caso da menopausa, “a medicalização desenha um facto que desvia a atenção do escrutínio crítico dos valores patriarcais e a inequidade social inerente a este (Conrad, 1992, 223-224). Contudo, como assinala Lock o corpo medicalizado não é simplesmente o produto dos mutáveis interesses médicos, do conhecimento e da prática, senão uma manifestação de potências nunca estabelecidas, parcialmente guiadas por assunções morais e interesses políticos (Lock, 1996:37). Dentro das crenças enganosas e contraditórias do modelo biomédico, talvez a mais significativa seja aquela que dá por certo que o corpo tem uma estrutura fixa que explica a constancia das suas propriedades sem tomar em consideração que na nossa condição de sistemas vivos existimos enquanto se satisfaçam as condições que o definem (não necessariamente a presença ou ausência de menstruação) e existimos tanto homens como mulheres no domínio em que estas condições se satisfaçam (família, trabalho, etc). As nossas percepções da menopausa estão ligadas a assunções culturais mais amplas sobre a feminidade, envelhecimento, e concepções médicas em geral. Neste sentido, tanto a menopausa, como o género, podem ser entendidos como construções culturais que reflexam e reforçam valores e assunções culturais mais amplos (Webster, 1993:243) ”.

1.7 Publicidade e Mulheres de Meia-Idade

O objectivo desta secção é colocar determinadas interrogações, a propósito de uma representação de género particularmente no que diz respeito à construção da menopausa – da mulher menopausica – em avisos publicitários gráficos de revistas de circulação actual. A descrição destas publicidades, será analisada no marco das interpretações geradas segundo os estudos que adotam uma perspectiva de género, desenvolvidos sob um olhar crítico e reivindicativo da posição das mulheres na sociedade.

A construção de corpos saudáveis é provavelmente o exemplo mais comum da forma em que o corpo se tornou um projecto a ser trabalhado como parte da identidade do sujeito. Ou seja, “ o corpo é objecto de toda uma série de estratégias destinadas a transforma-lo – maquilhagem, vestimenta, dietética, cirurgia estética – com intuito de faze-lo apresentável, representável e socialmente aceitável” (Bourdieu 1986:183).

Nas publicidades médicas, a mulher é representada a partir do que o conhecimento médico predica sobre ela. Isto é, representa-se o sumatório de sintomas que dão conta da menopausa como processo patológico. A construção biomédica da menopausa contrapõe-se a outras concepções deste processo surgidas por um lado em diferentes investigações antropológicas e por outro, desde as críticas do movimento feminista. Portanto, segundo estas perspectivas propõe-se que a experiencia da menopausa seja um processo construído culturalmente, dependente do contexto socio-histórico em que se desenvolve e o caracter patológico que se lhe asigna nas sociedades ocidentais é também uma construção socio-cultural. Como assinala Webster:

Então se a menopausa é um evento biológico, o significado que lhe é atribuído é cultural. As nossas percepções da menopausa estão ligadas a assumpções culturais mais amplas sobre a feminidade, envelhecimento e concepções médicas em geral. Neste sentido, tanto a menopausa, como o género, podem ser entendidos como construções

culturais que reflectem e reforçam valores e assunções culturais mais amplas (Webster, 1993: 243).

Contudo, as revistas médicas tratam a mulher em idade da menopausa com publicidades que se referem explicitamente a ela. No caso da publicidade de medicamentos introduz-nos diretamente na problemática da medicalização da menopausa. As duas problemáticas foram abordadas tanto desde os desenvolvimentos feministas como desde a antropologia. O conceito utilizado para interpretar e conciliar estes dois âmbitos em aparência dissimile será o de corpo tal como nos propõem as autoras Sheper- Hughes e Lock no seu artigo “The mindful body”. No qual partem do princípio de que a antropologia médica falhou na problematização do corpo, recaindo nas falácias biologicistas e nas afirmações paradigmáticas da biomedicina. O que elas propõem é reconceptualizar o corpo, considerando-o como “um artefacto produzido natural e culturalmente, anclado de maneira indissociável num momento histórico particular” (Sheper- Hughes y Lock 1987:7).

A posição do corpo na cultura contemporânea, reflete uma individualização do corpo sem precedentes. Há uma preocupação crescente vinculada com a saúde, a forma, e a aparência dos nossos corpos, como expressões de identidade individual. No caso do corpo feminino, as suas funções reprodutivas e a fisiologia associada a ela, são rasgos que historicamente foram considerados constitutivos da identidade do género feminino. Quando falamos de menopausa, aludimos a “ problemas de mulheres”. Os ciclos vitais femininos foram sendo justificativos desta associação da mulher com as ideias de fragilidade feminina (Shilling, 1993).

No que diz respeito às publicidades, Goofman, em *Gender advertisements*, a partir de uma perspectiva etológica analisa um conjunto de 508 anuncios publicitários, publicados no início dos anos de 1970, explorando o modo como as imagens representam a relação entre homens e mulheres. Assim, descobre nas publicidades um certo número de expressões “naturais”

da feminilidade e da masculinidade, porque se deixam representar por meio de estilos de comportamento perceptíveis visualmente. Pergunta-se então, que diferença há, desde o ponto de vista dos ritos, entre as cenas que nos pintam a publicidade e as cenas da realidade. “A noção de “hiperritualização” constitui uma primeira resposta. De facto, a normalização, a exageração e a simplificação que caracterizam os ritos em geral reconhecem-se nas poses publicitárias, mas elevadas a um grau superior” (Goofman, 1991). O autor afirma que os anúncios publicitários “hiperritualizam” as relações de género. A ideia de “ritual” em Goofman refere-se a um comportamento expressivo, a gestos ou ações significativos. Onde os homens têm um papel activo e dominador enquanto a mulher, uma imagem frágil e doce. Tal representação da feminilidade sustenta uma relação de poder naturalizada, em que a mulher ocupa um lugar “naturalmente” subordinado, ela torna-se “naturalmente” um ornamento, trata-se da “essência” da feminilidade. Esse discurso, que supostamente está veiculado para vender produtos “vende” também relações de poder, que se apresentam como obviedades, como evidências, mas que fundamentam, reiteram e sustentam uma desigualdade inegável.

Um estudo realizado por Lahitte e Fitte (2007) focaliza a atenção na reprodução da imagem da mulher, cuja etapa patológica está inerente à sua condição de mulher. Segundo, Leidy, esta concetualização da menopausa como patologia adquiriu três formas:

Como uma doença deficitária (similar à diabetes ou ao hipotiroidismo);
2) como uma endocrinopatia (doença das glândulas endócrinas); 3) como um fator de risco para contrair doenças crónicas tais como osteoporose e doenças de tipo cardiovascular (Leidy, 1999: 409).



Publicidad Nº 2

Figura 3. Exemplo de publicidade de medicamentos para a menopausa

Os autores analisam quatro publicidades de medicamentos para mulheres no climatério, sendo eles: “Trisequens” (Figura 3), “Activelle” (Figura 4) e “Paraclim” (Figura 5) vinculados com a companhia farmacêutica Elea - División Salud Femenina – e Novo Nordisk. Os produtos mencionados, estão ordenados na revista de maneira secuencial e estão desenhados estrategicamente para as distintas necessidades da etapa climatérica: perimenopausa, menopausa e pós- menopausa. Em cada uma delas anunciam-se os efeitos terapêuticos desejados, a ausência de efeitos secundários, e o efeito profiláctico sobre a perda de massa óssea. Quando se referem à redução de sintomas, alude-se a um dos sintomas típicos da menopausa, isto é, aos transtornos vasomotores, conhecidos na jiria popular como “calores”. Cada uma das publicidades está acompanhada por fotografias de mulheres loiras e sorridentes. A análise de algumas particularidades de cada uma destas publicidades permite, segundo os autores, criar uma ideia

integral acerca da representação da mulher como fenómeno anormal e patológico, postulada pela antropóloga Margaret Lock. O medicamento Trisequens, propõe-se como sendo a primeira opção na transição da menopausa. Um dos efeitos que se destaca, é o facto de manter os ciclos regulares, o que pressupõe que seja indutora da menstruação. Por outro lado, outro detalhe da apresentação do produto que resulta interessante, é a apresentação do tratamento numa embalagem calendário fazendo lembrar o conceito das pilulas anticoncepcionais. Estas duas características remetem-nos novamente ao parâmetro de referência da mulher em idade reprodutiva.

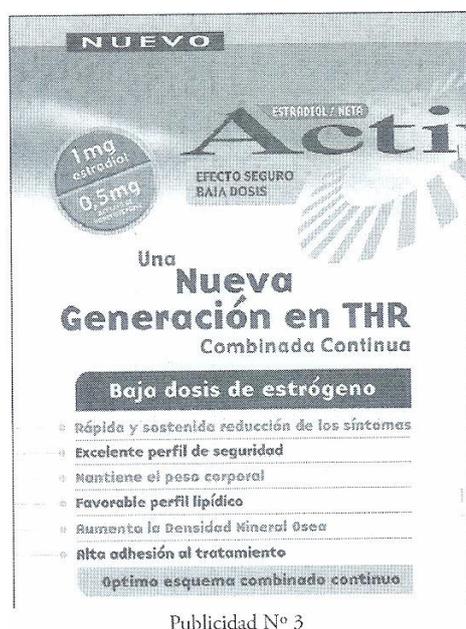


Figura 4. Publicidad del medicamento Activelle

O produto seguinte, é o Activelle, “ a nova geração em TRH” assegura ter um efeito seguro e em doses reduzidas (Figura 4). Neste caso soma-se uma propriedade inovadora, no que diz respeito ao anterior: mantém o peso corporal, sendo este, particularmente um motivo de preocupação basicamente estético durante a menopausa. Nesta publicidade destaca-se, o modo de garantia de qualidade, pelo facto de este medicamento estar avalado pela Food and Drug Administration (FDA). A FDA é a agência do governo dos Estados

Unidos responsável pela regulação dos alimentos, suplementos alimentares, medicamentos, cosméticos, aparelhos médicos, produtos biológicos e produtos hemáticos. Regula a circulação de produtos medicinais para assegurar a segurança dos consumidores norteamericanos, tarefa para a qual conta com um orçamento de aproximadamente 290 milhões de dólares.



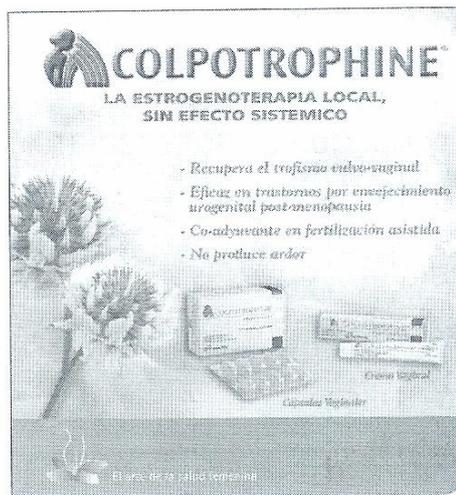
Publicidad Nº 5

Figura 5. Publicidade de Paraclim

A publicidade de Paraclim está orientada para as mulheres post-menopausicas: “ A terapia integral da post-menopausa”. Ocupa a capa e a contracapa da folha final da revista. De destacar que a primeira página, é sobre um fundo branco e cor-de-rosa pálido (cor tradicionalmente associado às mulheres), onde se pode ler - “ Recupera a qualidade de vida”. No centro da página, há uma fotografia do rosto de uma mulher loira e de olhos claros-, encaichellhada num círculo. Do lado direito da fotografia destaca-se uma lista dos efeitos e benefícios da terapia. Em relação aos exemplos anteriores, este, destaca que o produto não gera actividade estrogénica sobre o útero e seios. Estes esclarecimentos recorrentes e comuns em cada uma das publicidades analisadas, estão vinculadas ao reconhecimento e à difusão das contraindicações e consequências do uso de hormonas sintetizadas

artificialmente como terapia de substituição. Esta informação foi difundida principalmente na década de setenta, quase uma década depois de que Wilson – médico reconhecido a partir das suas investigações para a companhia farmacêutica Wyrst-, publicando o livro intitulado “Feminine Forever”. A eficácia e os riscos para a saúde do tratamento Terapia de Substituição Hormonal, foi amplamente questionada, destacando-se sobretudo as críticas formuladas desde a perspectiva feminista. Recorde-se que até meados dos anos setenta, a terapia de substituição de estrogénio era usada para o tratamento de sintomas específicos associados com a menopausa, especialmente os “calores”. Entre 1975 e 1980 o seu uso declinou drasticamente, devido ao risco incrementado de contrair cancro endometrial que o seu uso acarretava. Consequentemente, a partir dos anos oitenta, passou a recomendar-se o uso combinado de estrogénio com progesterona que em doses pre-estabelecidas, evitaria o efeito tóxico do estrogénio. Este tratamento recebe o nome de Terapia de Substituição Hormonal.

Na segunda página da publicidade destaca-se particularmente dois efeitos benéficos da terapia, ausentes nos anteriores: “Melhoria da actividade sexual” e “mantem-na no tempo”. Precisamente uma das consequências adjudicadas ao défice de actividade hormonal estrogénica, é a atrofia dos órgãos sexuais, modificação à qual se associa a alteração da actividade sexual (a causa da chamada dispareunia ou coito sexual doloroso). Importa destacar que é a única publicidade em que aparece uma fotografia masculina.



Publicidad Nº 4

Figura 6. Publicidade de Colpotrophine

A última publicidade analisada, é a de Colpotrophine (Figura 6), apresentada na revista Tendências Médicas como “ a estrogénioterapia local sem efeitos sistémicos”. O medicamento estaria desenhado para o tratamento local aí explicitado: “recupera o trofismo vulvo- vaginal, eficaz em transtornos devidos ao envelhecimento urogenital post-menopausa, co- adjuvante na fertilização assistida, não produzindo ardor”. Este aviso resulta interessante porque configura uma representação da mulher menopausica que contrasta com as publicidades anteriores, alude-se aqui ao terceiro efeito antes mencionado. O termo co-adjuvante, é definido desde a farmacologia como toda aquela substancia que se junta a um medicamento para acelerar ou incrementar a actividade do componente principal. Segundo os autores,isto remete-nos para uma imagem recente e actual da mulher menopausica, a qual, por definição perdeu a sua capacidade reprodutiva. Com o surgimento de novas tecnologias reprodutivas e da fertilização assistida – esta imagem reverte-se e remete-nos para uma mulher que superou a barreira dos sessenta anos com possibilidades de exercer a maternidade, imagem actualmente questionada no meio social. Para os autores Lahitte e Fitte (2007) isto resulta significativo uma vez que na publicidade em questão a imagem da mulher foi substituída por uma flor a desabrochar, metáfora que podemos associar à ideia

de mulher-bela, mulher-mãe, e de certo modo de vitalidade. A interpretação da sequência de avisos aqui descritos reforça a imagem da mulher reconhecida por Lock: um tipo genérico de mulher afectado por uma instabilidade física e psíquica, sendo esta condição reversível através da restituição de hormonas segundo estricte prescrição médica (Lock, 1993). Neste sentido, Shilling destaca que “ historicamente, a posição das mulheres na sociedade, tem sido reduzida através de tentativas reiteradas de defenir os seus corpos “inestáveis”, que dominam e ameaçam as suas mentes “frágeis”” (Shilling, 1993:44).

No trabalho de Martin, 1989 – *Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproductions-*, a antropóloga dedica um capítulo à análise dos discursos médicos sobre a menstruação e a menopausa. Partindo do principio que os textos médicos constroem o corpo da mulher, através do uso da metáfora contextualizada socio historicamente. Enquanto as descrições da menopausa do século XIX recorrem a uma linguagem vinculada com os sucessos económicos, no século XX começam a usar-se metáforas vinculadas com a informática, isto é, a fisiologia – o sistema hormonal feminino – é entendido como um sistema de sinais e respostas. O que salta à vista é que não se encontra na bibliografia médica descrições análogas que expliquem a fisiologia masculina nestes mesmos termos (Martin, 1989).

1.7.1 *Estética, cremes anti-idade e transtornos hormonais*

Os mesmos autores, Lahitte e Fitte (2007) dedicaram uma parte do seu trabalho analisando não só o lado da publicidade em torno da medicalização da menopausa, como também a parte da estética do corpo da mulher madura, sendo esta uma das vulnerabilidades da feminilidade.

As publicidades seleccionadas formam parte das campanhas publicitárias de três marcas, que aparecem na revista semanal Viva, do diário argentino Clarín, considerado como um dos multimeios mais representativos do país. Os critérios para a seleção destas publicidades, como no caso das anteriores, não

cumpriram com os requisitos de sistematização, nem ao acaso, mas sim com o objectivo de dar com publicidades referentes aos cuidados pessoais, que aludissem à menopausa. Da totalidade de publicidades relativas ao cuidado pessoal que apareceram entre dezembro de 2006 e maio de 2007, foram preseleccionadas as que eram sobre cremes cosméticas faciais, das quais foram seleccionadas três casos. Nestas publicidades, as mudanças hormonais são relacionados com um aspecto corporal em particular, o aspecto da pele, e por outro lado, o seu uso está indicado para mulheres que superam os 40 anos.

Os três anúncios tem uma estrutura comum, composta por: um primeiro plano do rosto e parte do pescoço de uma mulher. Nos três casos trata-se de fotografias de mulheres, com olhos claros, cabelo castanho claro, apanhado ou curto, peles extremamente cuidadas, de aspecto aveludado. No lado direito das fotografias estendem-se textos explicativos relativamente às causas da perda da elasticidade e firmeza da pele, a fórmula do creme anti-idade publicitada e, por baixo do texto, a embalagem do creme em questão. Os textos explicativos estão escritos num registo que oscila entre um estilo informal, dirigido à mulher, ao mesmo tempo apela-se à racionalidade e à terminologia típica do âmbito científico. As fotografias mostram as mulheres em plena ação de si mesmas. As expressões referidas em ditas fotos, podem traduzir-se como de segurança e desafio pessoal, mas carecem da agressividade sexual, típica das imagens publicitárias focalizadas em mulheres de um segmento de idade menor. Em suma, expressões faciais socialmente aceitáveis, para uma mulher dessa idade. Um possível lugar do transcurso da ação: um laboratório, um lugar asséptico onde as mulheres são observadas com minuciosidade, o que implica necessariamente o olhar do outro e a preparação de uma imagem pública/social.



Publicidad Nº 7

Figura 7. Publicidade da Vichy

No caso particular da publicidade da Vichy (cujo slogan é “a saúde também passa pela pele”) no primeiro parágrafo escrito desta-se: “ Défice da actividade hormonal: a lipo-estrutura que suporta a pele degrada-se”. A imagem representada neste caso, remete-nos a daquela mulher descrita por Wilson, afectada na sua totalidade pela falta de estrogeneo (Webster 1993:250). Neste caso, o tratamento proposto para restituir a juventude das peles maduras, é Neovadiol, creme que é apresentado como um dos primeiros tratamentos com pro-Xylane (um descobrimento científico que levou 7 anos de investigação) e o Isobioline, dos produtos de uso exclusivo por parte da marca. Tanto o nome do produto, como os seus componentes trazem-nos à lembrança o nome das hormonas e tratamentos propostos pela medicina e a farmacologia. O produto, segundo a publicidade, tem “ação dupla redensificadora e lipo-estruturante”. “ Realça os traços e remodela o rosto e pescoço”. O recurso utilizado para reforçar este último efeito é chamativo. Trata-se de um *corsé*, peça feminina por excelência, colocado à volta do pescoço da mulher. De acordo com Knibiehler, por volta de 1810, o uso do *corsé* teve uma função estética que permitia marcar a finura da silhueta e sobressair os peitos e ancas, rasgos estes, que aludem à função reprodutora da mulher (Knibiehler 1993).



Publicidad Nº 8

Figura 8. Publicidade da Roc

Na publicidade de Roc- CompleteLift, a imagem da fotografia (em branco e preto) adquire uma identidade pessoal. Este efeito é conseguido através de uma expressão testimonial, que se destaca em letra manual: “ agora posso verme tão vital como me sinto”. A nota é assinada por Verónica Leloir, de 52 anos de idade. Sem dúvida que o texto conota a associação ser/parecer como uma dimensão valorizada. Talvez a vitalidade seja uma qualidade. `própria´ da juventude, que no caso de uma mulher que supera determinada idade, deixa ser `natural´e começa a ser possível somente um rasgo adquirido ou ganho.



Publicidad Nº 6

Figura 9. Publicidade de Ebele

Na publicidade de Ebele exibe-se o rosto de uma mulher. Vemos duas mãos abertas envolvidas em luvas de latex que tocam a testa e o queixo da mulher. O texto principal proposto é: “nem pensar em cirurgia”. Promete-se uma eficiência do tratamento similar ao do resultado da cirurgia plástica. Sendo este último recurso estético de custe económico bastante alto e aceitação social duvidosa, sem necessidade de recorrer a ela. Trata-se de uma linha reconstrutora criada para devolver à pele madura o seu aspecto juvenil, perdido com o passar dos anos e as mudanças hormonais. O teste de qualidade é traduzido por uma serie de percentagens que gratificam os resultados comprovados.

A integração das descrições para cada uma das publicidades permitem-nos destacar três dimensões interrelacionadas presentes na representação da mulher menopausica: A associação entre beleza e saúde; a dicotomia ser e parecer, e a restituição da pele madura por uma pele de aspecto juvenil (o qual nos remete para um estériotipo de beleza que tem como condição básica a juventude). Segundo Reischer, o termo beleza remete-nos para uma referência construída culturalmente. A associação entre beleza e mulher está

condicionada pelo lugar que ocupa o corpo na sociedade de consumo. A autora destaca que os ideais corporais não seriam somente simbólicos benignos de valores sociais, mas também – seguindo a Marx e Foucault,- serviriam como mecanismos de poder e controlo social (Reischer e Koo, 2004).

A nível de produtos alimentícios surgem hoje em dia, uma vasta gama de produtos dirigidos a esta camada da população feminina de meia-idade, por exemplo:

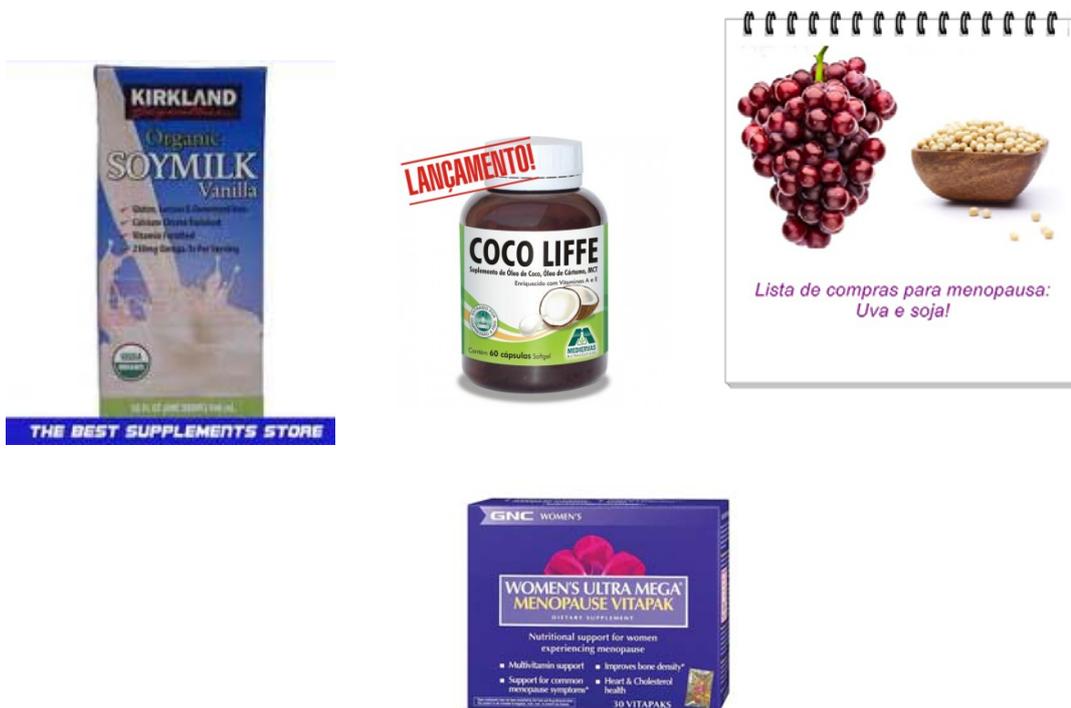


Figura 10. Produtos alimentícios

Para quem não possa ou não queira tomar medicamentos, existem outras alternativas terapêuticas. O termo “alternativas” leva a pensar na medicina não convencional e nos chamados “produtos naturais”. Estas substâncias são vendidas de forma indiscriminada para tratar uma grande variedade de problemas de saúde, e o seu consumo tem vindo a aumentar não só em Portugal como em todos os países de cultura ocidental. Para esta

explosão de vendas muito tem contribuído a divulgação feita em revistas. No caso da menopausa, os produtos mais conhecidos e mais utilizados são os fito-estrogéneos mas de origem vegetal. De facto, as mulheres asiáticas, cuja alimentação é rica em soja, raramente sofrem de afrontamentos e são menos atingidas por doenças cardiovasculares, osteoporose e cancro de mama. Os efeitos hormonais dos fito-estrogéneos são atribuídos a uma família de compostos conhecidos por isoflavonas, os mais activos, são a genisteína e daidzeína, aliviam os afrontamentos e parecem aumentar a densidade mineral óssea e reduzir os níveis de colesterol. Os alimentos são a fonte mais segura de os obter. Porém, para uma mulher habituada à dieta ocidental, passar a ingerir produtos de soja, ou outros vegetais, que lhe forneçam 30-50mg/dia de isoflavonas, que é a quantidade recomendada para resolver os problemas da menopausa, não será propriamente simples. Convém ainda lembrar que o rótulo soja por si só, não confere poderes mágicos a um alimento, isto é: o óleo de soja e o molho de soja são fontes inadequadas de isoflavonas, ao passo que o leite de soja, o tofu e o miso contêm um alto teor das referidas substâncias. O risco cardiovascular pode ainda ser reduzido pela normalização do peso corporal, controlo da hipertensão e da diabetes.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Menopausa a Terapêutica Hormonal do Climatério tem benefícios tais como:

- Tratamento de sintomas vasomotores
- Tratamento de atrofia urogenital
- Melhoria da qualidade de vida
- Prevenção da osteoporose
- Prevenção do cancro do colón

Mas também tem riscos potenciais sendo eles:

- Carcinoma da mama
- Tromboembolismo venoso
- Doença cardiovascular
- Carcinoma do endométrio

Havendo ainda dúvidas sobre a doença de Alzheimer.

CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DA MENOPAUSA EM MULHERES DO CONCELHO DE MIRANDA DO DOURO

2.1 Apresentação

Na parte teórica do presente trabalho fundamentamos o conceito de menopausa, segundo o ponto de vista médico e antropológico. Fizemos alusão aos factores associados à menopausa, às consequências da mesma desde o ponto de vista médico, psicológico e social.

Fizemos especial fincapé nos factores socioculturais associados ao conceito de mulher, envelhecimento, doença e menopausa. Pois bem, todos estes factores têm uma grande importancia no momento de entender as vivências da menopausa nas mulheres de hoje em dia. Por outro lado, tivemos ocasião de referir como o contexto exerce também uma importancia chave no momento de determinar as diferenças das vivências em aspectos como o envelhecimento, a doença, ou a menopausa.

Assim e na tentativa de integrar os aspectos comentados previamente, no presente trabalho empírico propomo-nos os seguintes objetivos.

2.2 Objetivos

Com o presente estudo pretendemos:

- 1) Conhecer as vivências da menopausa por parte de mulheres portuguesas do Concelho de Miranda do Douro.
- 2) Analisar as concepções implícitas nas vivências da menopausa (p.e. como doença, como transição, como perda de poder,)

- 3) Analisar o impacto da menopausa na percepção da qualidade de vida destas mulheres.
- 4) Perceber até que ponto este fenómeno fisiológico natural é medicalizado nos nossos dias.

2.3 Perguntas de investigação ou Hipóteses

A partir do que foi exposto na parte teórica do presente trabalho, esperamos encontrar:

- 1) A vivência de sintomas físicos e psicológicos associados à menopausa.
- 2) A percepção das mudanças no *status* social como consequência da menopausa.
- 3) A existência de uma relação entre o entendimento da menopausa (como doença vs. processo natural) e do seu impacto (negativo vs. positivo), e o seu impacto na qualidade de vida.

2.4 Método

2.4.1 A metodologia qualitativa: alguns comentários

A metodologia utilizada na disciplina de Antropologia é o trabalho de campo. Este permite o estudo de um grupo social, permite também, que o investigador apreenda e interprete cenas da vida social, económica, política, religiosa, cultural, linguística, enfim um leque variado de vivências.

O trabalho de campo é o método por excelência da Antropologia. O Antropólogo prepara com ansiedade a ida para o terreno. Que tem como objectivo observar e interpretar a cultura do grupo observado.

Neste trabalho, sobre as vivências das mulheres no climatério, ou seja, no período da menopausa, no concelho de Miranda do Douro, pretende-se estudar de que forma elas vivenciam esta etapa das suas vidas, como era antes, como é agora, até que ponto esta cultura se predispõe à mudança e à modernidade. Teve a duração de cinco meses no terreno, o restante para

preparação e tratamento do material recolhido, confrontado com bibliografia e redacção do relatório final.

Desta forma, optou-se por uma metodologia qualitativa porque não se pretende quantificar, nem traduzir em números, sentimentos, crenças, tabus e intimidades.

A relevância foi dada a conversas informais utilizando-se um guião de entrevista semi-estruturada. E introduz-se a designação de entrevista semi-estruturada e as suas vantagens segundo Pardal e Correia (1998: 47-48)

“A entrevista semi-estruturada nem é inteiramente livre e aberta – comunicação, entrevistador e entrevistado, com carácter informal – nem orientada por um leque inflexível de perguntas estabelecidas a priori. Naturalmente, o entrevistador possui um referencial de perguntas - guia, suficientemente abertas, que não serão lançadas à medida do desenrolar do guião, mas, antes, à medida da oportunidade, nem, tão pouco, tal e qual foram previamente concebidas e formuladas: deseja-se que o discurso do entrevistado vá fluindo livremente exprimindo-se com abertura, informa sobre as suas percepções e interpretações que faz de um acontecimento; sobre as suas experiências e memórias; sobre o sentido que dá às suas práticas; revela as suas representações e referências normativas; fornece indícios sobre o seu sistema de valores, emotividade e atitudes; reconstitui processos de acção ou mudança e denuncia os elementos em jogo e suas relações, ajudando à compreensão dos fenómenos. Entretanto, o questionamento do entrevistador vai surgindo, de modo tão natural quanto possível, com precisão e sentido de oportunidade.

A intervenção do entrevistador tem como finalidade encaminhar a comunicação para os objectivos da entrevista, sempre que o discurso se desvie das intenções da investigação, suscitando o aprofundamento da informação requerida – de elementos compreensivos que, naturalmente, o entrevistado deixa escapar. A opção por um ou outro dos tipos de entrevista apresentados – ou por outras modalidades que possam ser construídas pelo

investigador – depende de diversos factores, entre os quais destacamos o objecto de estudo e as características da população alvo.”

Recorreu-se portanto, a fontes bibliográficas que permitiram uma leitura de outros estudos sobre o tema e todo um conjunto de contributos para a presente investigação.

As entrevistas foram gravadas na íntegra, em áudio, e posteriormente transcritas com a ajuda de um computador.

De salientar a existência de um *website* da Sociedade Portuguesa de Menopausa que a modernidade se encarregou de pôr ao dispor de todos os curiosos, e que serviu também como fonte de pesquisa deste trabalho.

A técnica do registo de notas no diário de campo que acompanha todo o antropólogo que se preza, revela-se de extrema importância, pois serve para fazer um controlo do processo de investigação, para além de o observador registar pormenores que as entrevistas não permeabilizam, tal como gestos, emoções, feições... Mas também muita informação que nos é dada em *off*, isto é, logo que o gravador é desligado, o clima entre a investigadora e a informante perde a rigidez que até então paira no ar. Parece estar relacionado com um certo acanhamento, porque se toca a intimidade das mulheres, são mitos e medos que vigoraram durante séculos e que não desaparecem assim tão facilmente.

A câmara fotográfica foi utilizada, mas por questões éticas não se usaram reproduções visuais, com excepção da imagem que foi reproduzida na contracapa por pertinente necessidade. Desde logo a informante mostrou-se muito disponível para a exposição, pelo que se manifesta aqui o apreço por esta postura.

De uma maneira geral, estes foram os métodos e as técnicas utilizadas para este estudo. As entrevistas foram definitivamente o principal instrumento de trabalho, a partir do qual se estabeleceu um marco reflexivo.

Os critérios de selecção das aldeias foram por conveniência e por razões de familiaridade devido a outros trabalhos já efectuados nestes locais.

As unidades de análise foram também escolhidas segundo o critério de relações de proximidade, foram abordadas mulheres dentro de um escalão etário entre os 40 e os 70 anos sensivelmente, no total do estudo foram entrevistadas cerca de 30 mulheres, contudo nem todas as entrevistas foram registadas em áudio, apenas no diário de campo.

A abordagem diacrónica permitiu analisar as sequências no tempo das transformações e/ou da continuidade das vivências das mulheres no concelho de Miranda do Douro.

2.4.2 Contexto geográfico



Figura 11. Mapa de Trás-os-Montes

O concelho de Miranda do Douro localiza-se no nordeste transmontano, na parte mais meridional da província, sobre a margem direita do rio Douro, que o separa da vizinha Espanha.

Este concelho caracteriza-se por ter um clima áspero, transmitido pela sabedoria popular no provérbio: “Em Miranda há nove meses de Inverno e três de inferno”. Os meses de Inferno são os de Verão, quentes e secos, e os de Inverno são rigorosos, com frequentes nevadas.

Miranda do Douro possui uma área de cerca de 488 km², que abrange 17 freguesias com as suas aldeias anexas e tem uma densidade populacional de 16,1 habitantes por km², como podemos verificar na Tabela 1.

Tabela 1. Características do Concelho de Miranda do Douro

Concelho de	Área total (em km ²)	Número de freguesias	Densidade populacional
Miranda do Douro	488	17	16,1

(Dados de 2002)

A escolha do terreno prende-se com o facto de Miranda do Douro ser uma região do interior do país e fortemente marcada pela ruralidade e pelo acentuado envelhecimento da população. Muitas vezes esquecida em prol dos interesses políticos e económicos dos grandes centros de decisão.

Daí a curiosidade e a expectativa em saber como este grupo de mulheres vivência esta etapa das suas vidas, mas também o que mudou desde o passado até aos nossos dias, de que forma aderem às mutações, ou seja, como aderem à modernidade ou perpetuam a continuidade das tradições, das crenças populares relativamente à menopausa, como partilham entre si e entre gerações as memórias individuais e colectivas.

Outro factor decisivo na escolha do terreno, foi sem dúvida a familiaridade da investigadora com o objecto de estudo, isto é, pretendeu-se fazer um trabalho de investigação antropológica “*em casa*”. Seguindo as ideologias de Pereiro (2005) sobre precisamente a antropologia em casa.

A investigadora vive neste concelho que considera desfavorecido, pelo que, provavelmente, esta será a forma de dar a esta unidade social o seu contributo e viabilizar a aplicabilidade da Antropologia.

A selecção das aldeias onde se realizaram as entrevistas obedeceu a uma escolha de conveniência: Sendim, Duas Igrejas, Miranda do Douro, Malhadas e Paradela.

Sendim: Por ser a segunda freguesia com maior densidade populacional do concelho. Mas também por existirem laços de amizade e proximidade com o objecto de estudo.

Duas Igrejas: Também por ser uma aldeia com dimensão considerável, mas essencialmente, por estar intimamente relacionada com várias manifestações culturais e daí o despertar de alguma curiosidade face a esta aldeia.

Miranda do Douro, sede de Concelho, e talvez o ponto de maior proximidade com os modos de vida urbanos ou semi-urbanos, por outras palavras dir-se-ia que Miranda do Douro é uma cidade urbana, com traços que deixam antever as tradições rurais do passado, mas que, pela sua história política, social e religiosa marca a diferença pela existência de algumas casas senhoriais muito ligadas á presença de alguns nobres, da Diocese e todo o clã do clero, ao mesmo tempo aparentemente mostra-se mais aberta à modernidade e à influência do “*modus vivendi*” estrangeiro.

Paradela: Sem dúvida, pelas experiências de trabalhos de campo anteriores, é uma aldeia pequena, com gente muito simples e acolhedora, gentes de fácil trato, sempre dispostas a colaborar. Foi precisamente nesta aldeia que foram recolhidos dados absolutamente fabulosos relativamente à

pessoa que fazia os partos às mulheres da aldeia. De uma maneira geral, nas aldeias, antigamente quem fazia os partos eram as mulheres mais velhas, mais experientes, as “curiosas”, estas eram as parteiras que auxiliavam as parturientes naquela hora que se desejava que fosse pequenina.

Curiosamente na aldeia de Paradela, quem auxiliava nos partos era um homem e não uma mulher, o que levou a levantar a questão da “vergonha” ou da falta de à-vontade perante este elemento masculino. Surpreendentemente, estas mulheres respondiam que naquela hora o que queriam era ver-se aliviadas, e não pareciam dar grande importância a este facto.

Malhadas: A escolha recai por ser igualmente uma aldeia com uma densidade populacional significativa dentro do concelho e também por ser juntamente com Paradela uma aldeia mais a norte de Miranda, situando-se Sendim e Duas Igrejas mais a sul da sede de concelho.

Segundo os dados demográficos do INE, a população deste concelho é considerada uma população envelhecida, com uma baixa taxa de natalidade, uma taxa de mortalidade alta e um crescimento natural negativo, como mostra o Tabela 2.

Tabela 2. Tabela ilustrativa das taxas

NUTS	Miranda do Douro
Taxa de Natalidade	5,9
Taxa de Mortalidade	12,9
Taxa de Crescimento Natural	-7
Taxa de Nupcialidade	4,2
Taxa de Divórcio	0,5
Taxa de Fecundidade	29,6
Nados-vivos Fora do Casamento	31,9
Casamentos Católicos	78,8
Índice de Envelhecimento	255,8

(Dados de 2002)

Podemos verificar também que, apesar de pouco significativamente, existem mais mulheres do que homens no concelho, a partir dos 50 anos de idade (Tabela 3, População Feminina do Concelho de Miranda do Douro a partir da meia-idade)..

Tabela 3. Mulheres e Homens (Miranda do Douro)

Miranda do Douro		Nuts
Total	HM	7.879
	M	3.992
	H	3.887
0 a 14 anos	HM	851
	M	419
	H	432
15 a 24 anos	HM	963
	M	479
	H	484
25 a 49 anos	HM	2.318
	M	1.095
	H	1.223
50 a 64 anos	HM	1.570
	M	835
	H	735
65 ou mais anos	HM	2.177
	M	1.164
	H	1.013

Como podemos verificar no gráfico anterior, a população feminina desde os 50 anos de idade apresenta um aumento gradual até aos 60-64, decrescendo também gradualmente até aos 75-79. A partir desta idade verifica-se um declínio bastante significativo que coincide com a idade terminal de vida.

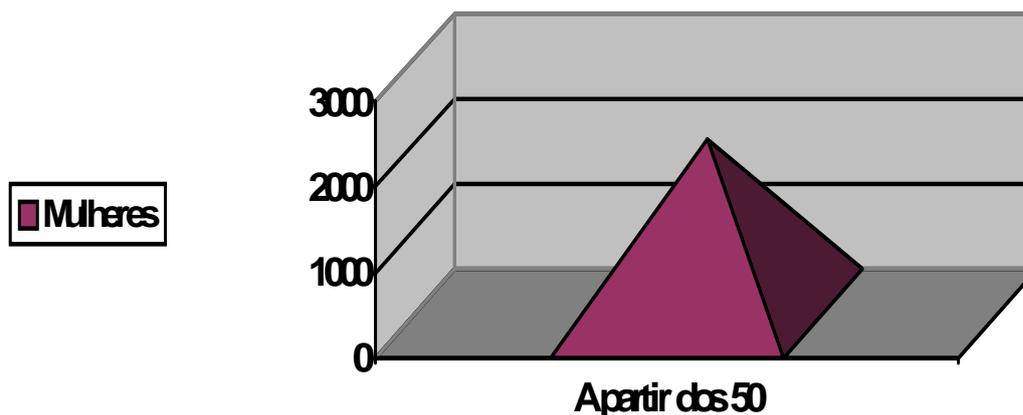


Figura 12. População Feminina com mais de 50 anos de idade existente no concelho de Miranda do Douro

O gráfico anterior refere-se à população feminina total do concelho de Miranda do Douro com mais de 50 anos.

A Antropologia, ela própria envolvida na mutação dos interesses pelas questões humanas e sociais torna inevitável que o Antropólogo faça o seu trabalho de investigação no lugar de onde ele próprio é oriundo.

Desta forma, o presente trabalho insere-se neste mesmo âmbito.

O facto de se desenvolver no concelho de Miranda do Douro e de as minhas informantes serem muitas vezes pessoas que, de alguma forma me são, obviamente, familiares pode querer significar vantagens no sentido de que, senti uma proximidade maior, e não foi sentida, pelo menos de forma muito significativa, a necessidade do exercício abrupto do distanciamento necessário ao estudo.

Isto nos diz Pereiro, (2005: 17), ao destacar a importância do trabalho de campo em antropologia, que se baseia fundamentalmente na convivência com o grupo estudado.

E continua ele dissertando no mesmo capítulo: “observar não é o mesmo que ver ou visionar; observar é olhar com categorias e ideias desde um posicionamento mental, o do investigador, que observa com o objectivo de descrever e interpretar a cultura do grupo observado.”

As vantagens que em primeira instância sobressaíram, foram desde logo:

- O desnecessário processo de adaptação pessoal mútuo;
- A assimilação cultural.

O tema que é proposto para estudo, o da menopausa, é ainda hoje para muitas mulheres de meia-idade, um assunto, para o qual é necessário algum à vontade e alguma confiança. Toca limiarmente em assuntos muito íntimos, de cariz pessoal...

A tudo isto, acresce o facto de que em meio rural, meios pequenos em que “tudo se sabe” e toda a gente se conhece, dificulta um pouco o objectivo inicial da investigadora que será a obtenção do maior número de informação possível, a partir da qual se estabelecem marcos interpretativos. Estes meios são fortemente imbuídos de crenças, mitos, tabus e vergonha do que é íntimo, contudo, esta familiaridade entre informantes e investigadora surtiu efeitos muito positivos.

Não é de marginalizar que o facto de ser mulher permitiu maior facilidade na permeabilização dos meandros do mundo feminino. Existem algumas dúvidas de que um antropólogo (masculino) conseguisse essa mesma intimidade sem que houvesse uma grande desconfiança por parte das mulheres.

Não tão “Ingenuamente” a antropóloga se auto - instrumentaliza como ferramenta fundamental do estudo.

A língua mirandesa, ou mirandês é um idioma pertencente ao grupo asturo-leonês, é uma manifestação cultural e da especificidade da região, sendo a segunda língua oficial de Portugal, reconhecida oficialmente e por isso protegida, pertencente ao grupo das línguas românicas, com a qual a antropóloga está familiarizada, embora tenha obviamente, pedido a colaboração de especialistas no domínio desta língua.

Nas entrevistas realizadas em Sendim é notória a presença de vocábulos em mirandês, que mostram um pouco a diversidade linguística de um contexto cultural dentro de uma mesma cultura. Esta é a fala primitiva que se mostra viva e bem de saúde. A coexistência pacífica das duas línguas faz com que a língua portuguesa considerada a língua fidalga seja usada com pessoas de fora da região e a língua materna, rural, usada no dia-a-dia, na rotina local. É através dela que se manifestam ideias, sentimentos, experiências e a cultura de um grupo humano.

O deslumbre consiste na descoberta de que “realidades excessivamente próximas ocultam coisas tão surpreendentes como outros remotos mundos e vidas (...)”. Pereiro, (2005:26)

Por outro lado, a intenção é a de conseguir resultados positivos, ou seja, conseguir melhorar a qualidade de vida das pessoas, neste caso, das mulheres face a uma antropologia aplicada neste espaço cultural. Esses resultados advêm do exercício reflexivo profundo na tentativa de promover a qualidade de vida das mulheres, refutando a inércia e o cepticismo de alguns.

Aos antropólogos nativos impõe-se o estabelecimento do distanciamento tão falado em antropologia, que não é um distanciamento físico mas sim intelectual. Subscrevo totalmente a ideia de Pereiro, (2005:29) quando diz que “no caso do antropólogo nativo o facto de que dois indivíduos pertençam à

mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que estariam se fossem de sociedades diferentes (...)"

É a distância crítica que deve merecer relevância para que o estudo seja sério e com rigor científico. Nunca esquecendo que ao nível social tudo pode ser relativizado.

2.4.3 Procedimiento

O primeiro passo foi reunir, tanto quanto possível, o maior número de referências bibliográficas acerca do tema. Desta forma, foi possível obter maiores conhecimentos que facilitariam o surgimento de ideias e a decisão do caminho a traçar.

Conforme estava definido, elaborou-se previamente um guião de entrevistas que seriam abertas e semi-estruturadas para permitir a maior abrangência no tema das vivências da menopausa.

O trabalho de campo iniciou-se em Setembro de 2010 e terminou em Janeiro de 2011.

A primeira entrevista foi realizada em Miranda do Douro, posteriormente, procedeu-se a um reajustamento na organização do trabalho e houve necessidade de iniciar então desta feita com as entrevistas em Sendim.

Em Sendim, o ambiente era bastante familiar, uma vez que já foi o local de residência da investigadora; bastou falar com algumas senhoras que, prontamente se mostraram interessadas em colaborar na entrevista e no final desta, até indicavam outras senhoras que também estavam na menopausa dizendo: "Vá falar com 'fulana' que ela também está na menopausa". Elas próprias, de alguma forma, foram auxiliando e facilitando a abordagem às outras, indicando sempre quem estava e quem não estava nesta fase.

A espontaneidade foi, sem dúvida, o predicado mais relevante deste grupo de mulheres, e o gravador o instrumento de trabalho privilegiado para o registo e a recolha das fontes orais.

2.4.4 *Instrumentos*

Para la recogida de datos se utilizó un guión de entrevista (véase Anexo 1) compuesto por preguntas que indagaban en primer lugar sobre algunos aspectos personales, como por ejemplo:

- Então como é que se chama?
- diga-me a sua idade?
- É casada?
- Quantos filhos?
- E viveu sempre aqui?
- E de solteira onde viveu?
- E a sua escolaridade?
- E o que é que faz?

Un segundo grupo de preguntas indaga sobre la menopausia y su vivencia:

- Então com idade é que teve a sua menopausa?
- Então conte-me lá a sua história.
- E de noite sentia?
- Nem dores de cabeça, irritação, nervosa?
- já tinha alguma informação acerca da menopausa, quando começou a ter estes sintomas?
- Ai era o mês?

- E acha que a menopausa é uma doença?
- E o que é que toma?
- E em relação á qualidade de vida? Acha que a mulher na menopausa ainda tem qualidade de vida? Porque há a ideia que a mulher na menopausa perde um bocado a jovialidade, deixa de ser jovem deixa de ser bonita...
- E tem ideia de algumas crenças ligadas a menopausa?
- E acha que a menopausa afectou a sua vida familiar?
- falar com as suas amigas ou vizinhas, sobre a menopausa, costuma trocar ideias?
- Olhe e a sua vida sexual?
- Mas não se sente aliviada, com a menopausa?
- Mas nesse campo acha que a menopausa é um alívio ou é um transtorno?
- E o seu marido como é que reagiu à sua menopausa?
- Então a acha que o tratamento que faz traz benefícios para a mulher?

Estas perguntas pretendem dar a conhecer em profundidade a realidade das vivências da menopausa neste contexto geográfico concreto e poder de certa forma comparar com outros estudos feitos, em outros contextos, com o mesmo questionamento, para que se possa inferir da similaridade ou não dos resultados.

2.4.5 Participantes

A idade das informantes das entrevistas trabalhadas varia dos cinquenta e dois anos até aos setenta e dois (Tabela 4).

Relativamente às idades em que ocorreram as menopausas, as idades variam entre os trinta e nove e os cinquenta e sete anos.

Tabela 4. Características das informantes

s	Nome	Idade	Meio	Nível Educativo	Situação profissional	Estado civil	Filhos	Filhos vivem com a mãe	Idade da menopausa
1	G.. T	52	Rural	Curso geral de comércio 5º ano	Comerciante/ Agricultura	Casada	2 Filhas	Não	51
2	M.R.	54	Rural	4ª Classe	Doméstica/bordadeira	Casada	1 Filha	Não	45
3	F. G	59	Rural	6º Ano	Agricultura	Viúva	2 Filhos	1 + novo	39 Morte filha
4	M.N.	54	Rural	Curso de professora	Professora 1º ciclo	Casada	2 Filhos	Não	54
5	A..M	55	Rural	Curso de educadora	Ed. Infância	Casada	2 Filhos	Não	55
6	P. C		Rural	3ª Classe	Doméstica/ livraria	Casada	3 Filhos	Não	44 Morte do filho
7	F..A	54	Rural	4ª Classe	Doméstica/agricultura	Casada	Filhos	1 + novo	49
8	M.J	63	Rural	4ª Classe	Doméstica/ Comerciante	Casada	Filhos	Não	57
9	H.C	61	Rural	4ª Classe	Comerciante	Casada	Filhos	Não	43
10	E.C	60	Rural	4ª Classe	Doméstica/agricultura	Casada	Filhas	1 + nova	50
11	L.E	58	Rural	3ª Classe	Doméstica/agricultura	Casada	Filhas	11 + nova	56
12	T.S	72	Ru-urbana	4ª Classe	Doméstica	Casada	Filhos	Não	46
13	J.A	60	Ru-urbana	Escola Industrial	Escriturária da E.D.P	Casada	Filhos	Não	42 Operada
14	L. M	52	Ru-urbana	4ª Classe	Doméstica	Casada	Filhas	Não	48 Operada
15	C. P	66	Rural	4ª Classe	Doméstica	Viúva	Filho	Não	55
16	A.P	67	Ru-urbana	3ª Classe	Comerciante	Casada	Filhas	Não	47
17	J. L	60	Ru-urbana	4ª Classe	Doméstica	Viúva	Filhos		44
18	A.I.M	53	Rural	4ª Classe	Comerciante/bar	Casada	Filhos	48

2.5 Resultados

O tema da menopausa no momento da recolha de dados exige alguma confiança na pessoa a quem se transmite a informação, e a relação de proximidade com as informantes e a conquista dessa confiança facilitou o trabalho.

Em Sendim, de uma forma particular, as mulheres foram muito espontâneas, e utilizavam aqui e ali algumas palavras em mirandês, as quais estão devidamente identificadas e traduzidas nas transcrições das entrevistas em anexo. O que se pretendeu foi respeitar a fala nativa e reproduzi-la com o intuito de dar maior riqueza mórfica.

A D^a. F. A., de 54 anos, disse-nos que a sua menopausa começou por volta dos quarenta e nove anos, e quando interpelada para relatar a sua experiência começou por dizer uma coisa que parece ser bastante elucidativa: “ Olhe, a experiência, quando me veio, quando comecei, não sabia e quando acabei pouco mais sabia.” (F.A, 54 anos)

Isto parece augurar a falta de informação das mulheres nestas idades e nestes contextos. A verdade é que a maioria diz não ter tido, e parece não ter, qualquer informação acerca deste assunto, a não ser, conforme elas dizem:

“ É o que se diz”. Isto nota-se também pela dificuldade que muitas tiveram aquando da pergunta: “Com que idade teve a sua menopausa?”, muitas faziam confusão com a menarca, ou seja, muitas delas parecem não saber distinguir na perfeição a menopausa e a 1^a menstruação. Isto vê-se pelas respostas nas entrevistas em que muitas respondiam aos 12, ou aos 16 (ent.: M.J., Sendim)

Significa também que a palavra menopausa é uma palavra que só recentemente entrou no vocabulário destas mulheres de meia-idade, neste contexto geográfico.

2.5.1 Os sintomas

Muitas mulheres dizem que o período começa a falhar aos poucos, não é algo que acontece de forma abrupta, mas sim uma falha no período menstrual que vai dando sinal:

“ (...) Vinha um mês, falhava três ou quatro, andei assim muito tempo, quatro anos. Até que no mês de Agosto falhou, falhou e estive assim dois anos, no mês de Junho veio o período muito abundante, Junho e Julho, depois eh...tive...ora, faz três anos, portanto, em Junho e Julho, até hoje não voltei a ver mais nada (...)” (M.M, 54anos)

Nesta matéria, o que parece ficar claro é que cada mulher é um caso. Algumas, a partir do momento em que começa a falhar o período começam a ter realmente algum mau estar e alguns sintomas:

“ (...) Os calores e os afrontamentos eram muito grandes, começavam pela coluna ao para cima, eu só queria estar era num poço de água (...)” (M.M, 54 anos)

“ (...) Ainda agora de vez em quando, tenho aquele, aquele calor, um calor assim que começa aqui assim (apontando para as costas) ao para cima, na espinha, ao para cima e olhe tenho que me desapertar toda, e tenho os calores. De vez em quando ainda tenho agora (...) (E.C, 60 anos)

Porém, nem todas as entrevistadas referem os sintomas, muitas delas não sabem o que isso é:

“ (...) Nunca, nunca, nunca tive nada. Nem calores nem afrontamentos, nem nada...Não, nunca. Porque diziam...dizem os antigos que se a menopausa for muito cedo, se um tiver a menopausa muito cedo, que fica com...pronto, muitos problemas e se for mais tarde, que não fica com problema nenhum. Eu, felizmente, nem afrontamentos, nem calores, nem...nada, nada, nada, nada (...)” (M.C, 63anos)

“ (...) Sintomas de nada. Foi embora e fiquei na mesma...fiquei como se nada fosse, não tive sintomas nenhuns (...)” (T.S, 72 anos)

“ (...) Não tive sintomas nenhuns...Nada, nada, nada, não senti nada...Nem calores nem afrontamentos, num (...)” (A. P, 67anos)

“ (...) Nada, nada, nada, nada. Nem dores de cabeça, não sei, unicamente, eu sei lá! Parece que estou mais, doem-me mais as pernas, mas não é. É a artrose. Porque eu já fui ao médico, já fiz umas rádios no Porto e tudo e disse-me que é a artrose. Acho que não terá nada a ver com isso, não é? Não sei. Agora há tantas pessoas aí que dizem: _ Ai eu sinto-me tão mal, eu desde que se me foi o período, fico assim... tenho uns calores...tenho...Eu nunca tive nada disso (...)” (L.E, 58 anos)

2.5.2 *Como se vivencia esta fase da vida*

A maior parte das mulheres vivencia esta fase da menopausa com tranquilidade e aceita-a de forma natural. Elas próprias são conscientes de que este é mais um ciclo de vida pelo qual as mulheres têm que passar.

Isto verifica-se pelas respostas que vão dando ao longo da entrevista:

“ (...) Encaro com optimismo, portanto, não é nenhum “bicho-de-sete-cabeças”, porque...É uma coisa natural...Há aqueles calores, mas isso não é coisa que mate, nem que...eu para mim não, a menopausa não (...)” (G.T, 52 anos)

“ (...) Portanto, para mim a menopausa é uma fase, como quando nos vem o período, não é? É uma fase, que é da mulher, pronto, e, e nem só da mulher, todos os animais têm esse ciclo, não é? E que tem um início e tem um fim, e que temos que encarar isso, não é, não é sintoma de velhice, nem nada, portanto é sintoma de uma fase que nós...que vamos...que a gente vai, vai avançando, não é? Sempre encarei estas coisas com normalidade (...)” (A.M, 55 anos)

“ (...) Tem que se encarar as coisas com naturalidade (...)” (M.M, 54 anos)

É com este espírito que normalmente elas falam sobre a sua vivência desta fase das suas vidas. De facto, parece ser que a postura destas mulheres perante a menopausa poderá também influenciar a forma como vivenciam a mesma, no entanto, parece existir algo de biológico na existência ou não de sintomas. A existência ou não dos mesmos é certamente um factor importante na forma como as mulheres vivenciam a menopausa.

2.5.3 A informação

Muitas destas mulheres, as mais idosas, não fazem, nem nunca fizeram consultas de planeamento. Desta forma, só vão ao Centro de Saúde se tiverem realmente um problema de saúde que as faça lá ir.

Não estão, portanto, sensibilizadas para estas questões, nem alertadas. A informação é escassa, errónea porque é passada empiricamente de umas para as outras. Senão, vejamos o que elas dizem quando inquiridas sobre a informação que possuem sobre a menopausa:

“ (...) o médico isso nunca falei.

(...) Não, não, não, também nunca fui, nunca fiz, planeamentos nenhuns nem nada, isso nunca fiz, mas falava com as minhas amigas e a gente...trocava as informações, não é? (...)” (M.C, 63 anos)

“ (...) Às vezes diziam: ainda vais a ter... (calores) ainda vais a ter... Até hoje só se ainda vierem, mas acho que já há dois anos e tal, não devem já vir calores nenhuns. Não sei (...)” (L.E, 58 anos)

“ (...) Eu? Logo diziam, a gente logo dizia, quando tiveres os calores, é, já toda a gente diz isso.” (H. V, 61 anos)

“ (...) Oh, não tinha, antigamente como é que era, não, sabia-se, eu ouvia falar pela minha mãe, que davam uns afrontamentos de calor, agora que me dissessem assim, um médico ou, qualquer, ninguém me tinha dito (...)” (J. A, 60 anos)

“ (...) Não, não sabia... Não tinha informação nenhuma (...)” (A. P, 67 anos)

“ (...) Não, eu até pensava que nem fosse tão cedo, não era, eu achava ainda cedo demais, por isso, eu até, eu pensava que estava grávida, não é? (...)” (J. L, 60 anos)

Outras porém, afirmam já ter alguma informação advinda das leituras feitas em revistas ou folhetos a que ocasionalmente tinham acesso.

Um caso ou outro diz ter tido essa informação no Centro de Saúde. O facto é que este assunto não era muito falado. Hoje em dia, parece já haver maior abertura para estas questões.

2.5.4 Menopausa será doença?

O que é que estas mulheres entrevistadas pensam deste assunto? Como vêem ou encaram este fenómeno biológico?

Até agora, nunca a menopausa foi olhada como doença. Porque não o é de facto, contudo, nunca como nos nossos dias se fala da menopausa como algo a que a indústria farmacêutica tenha que dar resposta.

Para estas mulheres a resposta é unânime: para as que sofrem deve ser doença, para as que não sofrem e não sentiram nada de especial é uma “coisa natural”, conforme elas dizem.

Vejamos o que respondem à pergunta:

“ (...) Eu acho que é uma coisa normal, então não é? Eu parece, para mim, que é uma coisa normal, pois se a gente tem esta, esta...ehhh, bah, se é regradada chega aquela altura tem que ser de alguma maneira, não é? “ (F.A, 54 anos. Doméstica/padeira)

“ (...) Eu acho que não. Sei lá, eu acho que não, eu acho que não (...)” (M.C, 63 anos)

“ (...) Eu sei lá! Para algumas pessoas será mas para outras, acho que não é (...)” (L.E, 58 anos)

“ (...) Não. Então isso é a coisa mais natural do mundo, como é que há-de ser doença, para algumas mulheres será (...)” (M.M, 54 anos)

2.5.5 Assunto tabu

Segundo Freud (1913b) o conceito é de origem polinésio, a palavra “tabu” conota um duplo significado. Por um lado diz-nos “sagrado”, “santificado”, e por outro lado, “ominoso”, “perigoso”, “proibido”, “impuro” participando simultaneamente de ambos os sentidos.

Os conhecimentos que foram adquirindo sobre a menopausa são como já foi mencionado diminutos. “Nessa altura não havia abertura”, diziam.

A experiência sobre a menopausa das mães destas mulheres de meia-idade não foi transmitida de forma pedagógica, era de certa forma um assunto tabu, do qual não se falava à frente dos filhos ou filhas, nem do marido. Escondia-se tudo: escondia-se o assunto, escondiam-se os “paninhos” quando os iam lavar ao rio.

“ (...) Elas escondiam-se de nós (...)” (L.E, 58 anos)

“ (...) Era tudo muito escondido (...)” (L.E, 58 anos)

“ (...) As mães não falavam com as filhas, não sei, teriam vergonha, não sei, pois eu sei lá! (...)” (L.E, 58 anos)

“ (...) Não é como agora (...)” (L.E, 58 anos)

Muitas fazem referência, ao facto de antigamente não se falar destes assuntos, escondia-se o mais possível:

“ (...) Hoje, falo com as minhas filhas e elas dizem-me:

- Ah, mãe havia de ir ao médico, porque convêm ir na menopausa.

-Mas eu tenho andado bem (...)” (L. E., 58 anos)

“ (...) Naquela altura não se falava nada destas coisas, não é como agora (...)”

(L. E., 58 anos.Doméstica)

E todas elas têm a noção que agora as coisas estão bastante diferentes:

“(…)Eu nunca tomei nada para evitar os filhos, e nunca fui ao médico fazer nenhuma consulta de planeamento, nem nunca fiz o “papanicolau” , não é como agora que começais logo a tomar a pílula e a fazer o papanicolau e tudo isso, antigamente não havia nada disso.” (L. E., 58 anos. Doméstica)

Se por um lado é certo que em termos de assistência e acompanhamento médico dado às mulheres hoje em dia é muito maior, daí que estes assuntos tenham assumido uma relevância conquistada. Não é menos verdade, que a menstruação e a menopausa tenham tido ao longo de muitas décadas um carácter mitológico associado a tabus. As mulheres que faziam poções mágicas curativas que nada mais era do que a sua própria intuição feminina ao serviço da necessidade e do seu instinto maternal, eram consideradas bruxas e sempre ligadas às mulheres mais velhas, obviamente, pois essas eram as mais experientes e às quais os anos tinham dotado de maior sabedoria.

O sangue menstrual sempre foi visto como algo sujo, algo ligado à vergonha. Mas os antigos sabiam que este representa o poder criativo da vida e que conecta as mulheres com o próprio ritmo do Universo, e por conseguinte às questões mágicas.

7.6 O aumento da esperança de vida

Relativamente ao aumento da esperança de vida e ao facto das mulheres viverem cerca de mais vinte a trinta anos na fase não reprodutiva despoletou um maior interesse por parte dos técnicos de saúde mas também de investigadores sociais.

A indústria farmacêutica insiste em medicalizar a menopausa sob fortes convicções de que é em prol da vida da mulher e do seu bem-estar.

A indústria rejuvenescedora apresenta todas as operações plásticas ao dispor da mulher para que esta se sinta mais jovem e mais atraente apesar da idade.

A indústria estética aconselha a mulher a pintar os cabelos brancos de cores joviais, e a usar uma maquilhagem que disfarce os anos palmilhados.

A própria indústria alimentar e nutricional apresenta toda uma gama de produtos para a mulher da meia-idade como por exemplo: O leite de soja rico em isoflavonas, que são fitoestrógenios similares aos estrógenios da mulher ajudam a compensar a diminuição destes na mulher menopáusicas.

De facto, a mulher de meia-idade dos nossos dias já não é essa mulher de lenço á cabeça, com o cabelo num “monho”,¹ vestida de preto, sentada ao soalheiro a fazer meia ou a fiar.

As nossas informantes não se coibiram de dizer:

“ o facto da esperança de vida estar a aumentar só pode ser bom, eu acho que a mulher depois da menopausa ainda tem muito para dar, eu pelo menos, acho que sim” (M.C.63 anos)

“ (...) O facto de a mulher viver mais tempo sem a sua capacidade reprodutiva eu não encaro como um fim dramático, esta fase da vida, não encaro. Por exemplo: A mulher chegou ao fim do seu ciclo reprodutivo, começa outro ciclo de vida...lá está! Eu, se vivesse num meio maior, há muitas instituições que a gente podia servir para ehh...ocupar ...e para sermos úteis aos outros, infelizmente aqui no meio, nestes meios pequenos é muito mais difícil, não é? A pessoa, portanto, anula-se muito e eu tenho pena disso, porque eu acho que... eu acho que ainda tinha muito para dar, acho eu dentro da minha humildade, acho que ainda tinha muito para dar, mas não tenho, portanto, não tenho estruturas á minha volta que me permitam fazer algo pelos outros, portanto, vamos aceitar as coisas com normalidade (...) (M.N 54 anos. Professora do ensino básico).

“ (...) Sei lá...depois também uma pessoa, chega a uma certa idade, também já não tem paciência para ter filhos. Portanto, acho que os filhos tem

¹ Palavra em língua mirandesa; s.m. significa: carrapito, cabelo envelado na parte de cima ou de trás da cabeça.

que vir na idade, quando uma pessoa é jovem e tem paciência para os aturar, não é? Tem paciência para tudo... depois uma pessoa, sei lá, dos 50 anos, acho que a paciência acaba-se, e não há...depois já vem os netos...pois, já vem os netos para uma pessoa lhe dar apoio, não é?

Acho que... acho que é assim. Acho que não tem sentido, não tinha sentido nenhum, uma mulher de 50 anos, por exemplo acontece muitas vezes, mas não tinha sentido nenhum, uma mulher de 50 anos ter um filho. Portanto, chega-se a uma certa idade, não temos a capacidade que temos quando somos jovens, não é? (...)" (G.T, 52 anos. Doméstica/comerciante)

2.5.6 Qualidade de vida

Embora a idade da menopausa esteja intimamente ligada à ideia de velhice, decadência física e mental, perda de perspectivas de futuro, anulação sexual etc. vinculadas por ideias enraizadas cultural e socialmente, é perfeitamente aceitável que as mulheres na idade da menopausa ou pós - menopáusicas tenham qualidade de vida. Tudo depende da estrutura intrapsíquica de cada uma, isto é, a postura da mulher face às transformações que advêm da mudança de idade, influencia em muito a maneira como estas a vivenciam e o proveito que podem obter visionando a sua vida com optimismo. É um pouco a ideia da análise do copo meio cheio ou meio vazio...

Muitas mulheres que de forma positiva veem a sua vida, aproveitam esta fase em que os filhos já saíram de casa, o trabalho doméstico diminuiu, algumas são aposentadas e dispõem de mais tempo livre e aproveitam para fazer tudo aquilo que sempre tiveram vontade de fazer, mas foram adiando por várias circunstâncias da vida, como por exemplo: viajar e conhecer outros destinos dentro e fora do seu país. Aprender manualidades, pintura e escultura, aprender musica, praticar natação ou aeróbica, passear ao ar livre sem horários a cumprir, integrar-se num grupo de voluntariado etc. Segundo estas mulheres nesta fase da vida o que as faz feliz são os pequenos detalhes, viver

cada momento de forma intensa e desprendida, disfrutando de cada momento como se fosse o ultimo.

Vejam os que pensam as entrevistadas sobre a qualidade de vida das mulheres menopáusicas ou pós - menopáusicas:

“ (...) Tem. Eu acho que tem, tem, tem porque a gente não vai encarar agora a menopausa como um dilema de dizer assim: - pronto a minha vida já está em fase de acabamento... Ainda tem muitos anos pela frente, porque nós temos visto muita gente nova ir-se embora e os velhos vão ficando, não é? (estava a referir-se a um acidente de mota que vitimou dois jovens de Sendim que comoveu a vila toda) portanto, não vamos agora desmoralizar-nos por, por dizer que a gente já acabou aquela fase, acabou aquela mas começa uma outra nova.” (M.C, 63 anos. Doméstica/comerciante)

“ (...) Tem, então não tem? Eu agora posso falar por experiência própria, tem qualidade de vida como tem nas fases anteriores. Portanto, eu neste momento sinto-me uma mulher como qualquer outra. Não me sinto diminuída em nada. Aliás, sou uma pessoa, portanto, que gosto de.. quando saio, gosto de me arranjar, gosto de me olhar ao espelho. Gosto de me sentir bem comigo mesma, gosto que realmente a imagem que o espelho me transmita que seja... que goste dela. Não é? Que me sintam bem com essa imagem e quando não me sinto, procuro ehhh fazer os possíveis para que essa imagem quando for buscar essa imagem, ela me agrade, não é?... Acho que há preconceitos que a própria sociedade nos incute, são estes preconceitos: Ah!

Se estamos na menopausa já estamos velhos, já não prestamos para nada. Mas não (...) (M.N, 54 anos. Professora do ensino básico)

“ (...) Eu acho que sim, consegue ter qualidade de vida, é igual. Penso que sim, para mim sim (...)” (A. M, 53 anos)

“ (...) Sinto-me bem, tirando os problemas dos ossos (...)” (C.R, 66 anos)

2.5.7 Crenças e práticas ligadas à menstruação e à menopausa

Nenhuma das entrevistadas referiu conhecer alguma prática ou crença ligada à menopausa, quanto à menstruação parece haver mais crenças e práticas muito embora se estejam a desmistificar.

Existiram durante muitas décadas mitos acerca da menstruação, pairavam os medos, medo daquilo que não se conhece, medo da mulher menstruada.

A mulher menstruada, dizem os antigos, não podia fazer bolos nem pão, pois a massa não crescia, não podia fazer fumeiro, pois este estragava-se, também não podia tomar banho, pois o sangue podia subir-lhe à cabeça, morrer ou ficar “maluquinha”.

“ Antigamente era uma coisa muito fechada. E às vezes até se dava muitos casos de a gente não se resguardar. Agora já não, porque a gente já vai habituada a tomar banhos e a fazer aquelas limpezas e aquilo tudo. Antigamente não era isso. E depois às vezes apareciam problemas, e, a gente sofria as consequências por causa disso. Porque eu tenho aí um...pessoas da, da não da minha idade, mas um pouco mais velhas, mas não muito. Que uma ou duas morreram por falta de esclarecimento dos pais. E depois uma delas, uma delas, até eu vivi ao pé dela. Uma delas, até andava com a menstruação e nem a mãe nem o pai sabiam e o pai mandou-a a pisar, pisar as uvas no lagar. E a rapariga saiu do lagar e lavou-se. Lavou as pernas, não é? Eh... Porque estavam com o mosto e apanhou ali um...pronto, um resfriamento, não se queixou e morreu a rapariga com dezasseis ou dezassete anos... Dizem que foi disso... Estava frio, fazia muito mal. E aquilo subiu-lhe à cabeça, e, a rapariga morreu por causa disso.” (M.C, 63 anos)

“ Ah! Sim lembro-me de dizerem que quando uma mulher estava menstruada não podia meter a mão na massa dos folares, por exemplo...sim que se estragavam (...)” (L. E, 58 anos)

“ (...) Pois isso, quando a gente anda com o período, não se pode lavar a cabeça, não sei quê... Eu, tomava banho, lavava-me e nada me acontecia (riu-se) ... Ach...não, os bolos, os bolos não cresciam, não ficavam bons. (riu-se) ...Sim, cheguei a experimentar, cheguei a experimentar, cheguei, cheguei... Acontecia, é fica a gente mais nervosa, uns dias antes, não é?” (L.M, 52 anos)

2.5.8 *Já se foram as minhas flores...*

Ao longo das entrevistas perguntou-se às mulheres se conheciam outra designação para o termo menopausa. Que nomes atribuíam as mulheres à menopausa, neste concelho?

Muitas diziam não conhecer, no entanto, em Sendim e em Malhadas, mas com maior incidência em Sendim, muitas foram as que mencionaram a seguinte expressão para a menopausa que no fundo, refere-se mais á menstruação:

“ (...) Já se foram as minhas flores... Aí, havia uma senhora, ela morreu solteira, ela até disse que queria casar, mas foi o pai, os namorados que lhe falaram o pai não, não deixou casar com eles. (E depois uma irmã casou com um namorado que era dela. Diz que pôs-se à frente, não fez caso do que o pai dizia,) e quando se lhe foi a menstruação, ela dava-se muito bem com nós, ela andava ali e dizia, estou a chorar com pena, porque se foram as minhas flores e sem me estriar! (F. G, 59 anos)

“ (...) Onde não há flores, não há amores (...)” (E.C, 60 anos)

Esta analogia da mulher com a árvore de fruto parece interessante. Senão vejamos, a flor é onde sai o fruto, se não há flor não haverá fruto. Daí que a mulher após a menopausa deixe de dar fruto. A segunda entrevistada referiu a expressão, usada também por mais mulheres de Sendim, parece querer justificar a falta do desejo sexual nesta fase da menopausa.

Relativamente à menstruação o nome pelo qual a designavam em Sendim para além deste era: o “período”, “o mês”, e a “regra”.

“ (...) Já se me foi o mês, ou, já me veio o mês” (M. J, 63 anos)

“ (...) Em tempos não chamavam menstruação, chamavam-lhe a regra (...)” (M.N, 54 anos)

2.5.9 *De que forma passa de mães para as filhas a vivência do climatério*

Ficou claro que antigamente as mães não falavam com as filhas sobre as questões da menstruação e muito menos sobre a sua própria menopausa.

Estas questões eram muito resguardadas por toda a análise já feita anteriormente, contudo, existe hoje em dia sinais inequívocos de mudança:

“ (...) Sim! falo, falo com as minhas filhas abertamente, não tenho problemas nenhuns, ora essa (...)” (G. T, 52 anos)

Inclusivamente, a D^a J. A. que não tem filhas tem dois rapazes diz conversar com eles sobre as questões da menopausa e da menstruação, explica-lhes e dá conselhos para que eles mais tarde saibam como agir com as futuras esposas.

“ (...) Pois, mas já lhe disse aos meus filhos, que fossem melhor para as mulheres. Que a mulher tem...E eles já sabem disso... Sim, converso com os filhos...Claro, e mesmo quando fui operada e isso tudo, eles sabem de tudo como é que foi. Como é que foi, que... por o que fui, e tudo. Eu digo-lhe. E tento-lhe dizer quando as mulheres, tem, tem a família deles que sejam compreensíveis com as mulheres. Mesmo no período da menstruação e isso digo-lhe. Porque nós, as mulheres, às vezes, somos tão inconstantes. Que tanto estamos bem como mal, e não é verdade? “ (J.A, 60 anos. Reformada administrativa da EDP)

“ (...) Falo com as filhas! Sim, elas sabem. Elas estão ao corrente de tudo.” (L.M, 52 anos)

“ (...) Eu falo! Eu falo com elas, eu não tenho vergonha, eu quando...não tenho vergonha, como quando era minha mãe comigo, eu falo logo que ...que deixei de ser menstruada eu contei-lhe a elas e tudo. Elas até me disseram:

-Ah, mãe mas toda a gente vai ao médico, se calhar tu havias de ir. Porque seria bom consultares a médica, porque há pessoas que depois

ficam, ficam mal, tem esses calores, tem esses sintomas assim e tu havias de...

- Oh! Pois, deixa ver. Se tiver alguns...sintomas, eu vou. Se não tiver, o que é que vou fazer?! Eu nunca tive nada, eu nunca tive hemorragias, eu nunca tive nada (...)" (L.E, 58 anos)

2.5.10 Como reagem os parceiros a esta fase da vida das mulheres

A partir dos anos 60, com a descoberta da hormonoterapia de substituição, a mulher de meia-idade passou a ser seguida com outra atenção ao nível dos cuidados de saúde. A explosão do "feminina para sempre" aliciava-a no caminho da manutenção do seu bem-estar físico e psicológico.

Paralelamente, os homens não acompanhavam estas mudanças. Continuavam arredados e mais adversos ás inovações nas vidas das suas companheiras.

Segundo as nossas informantes, os homens não mostram muito interesse pelos "assuntos de mulheres" também não estão esclarecidos e muitas vezes não entendem o que se está a passar com elas. Como reagem?

" Oh! Eles não ligam a isso, (risos) (...)" (L.E, 58 anos)

" Oh! Coitado, como pode (risos) ... Ah, sim, sim lá por isso entendemo-nos bem, a esse respeito não há novidade (risos)" (F.A, 54 anos)

" Coitados! Eles já sabem que é um período da mulher, e tem que reagir. Não sei se algum deles não reagirão bem, não é? Porque há homens até que querem ter relações e depois, eh, uf, não sei, ou porque as mulheres...porque há muitos maridos que querem ter relações quando as mulheres andam com o período. E, (...) são aqueles homens que, não sei, são mais, mais, não tem raciocínio, não é? Agora aqueles homens que compreendem, valha-me Deus. Pois, sabem que têm que se aguentar, que é um período da mulher e que a mulher não está em grandes condições de ter, de ter, relações quando, quando anda com o período. Mas há muitos que não se importam. Há! Porque eu já tenho ouvido comentar: _ Ai e tal, porque o

meu marido quer fazer, quer acontecer... e depois se as mulheres vão a dizer que não, sabe como é? Eles revoltam-se. Quando são aqueles que são “caturras” , que são malucos, não é? Pronto, ou não compreendem ou não querem compreender. Agora os que são compreensíveis, eu por acaso, com o meu marido nunca tive esse problema porque ele compreendia, não é? Só às vezes, dizia assim:

- Carai! Nunca mais acabas com essa porcaria!

Tudo bem! (...) (M. C, 63anos)

“ Ele compreendeu. Sim, sim, sim...Continuou tudo na mesma (...)” (A. M, 55anos)

“ Eu sendo-lhe sincera, com toda a sinceridade, o meu parceiro nem, nem se apercebe que eu entrei nesta fase. Para ele é natural, ele não tem, não há qualquer comportamento que ... digamos que seja distinta das outras. Da, da dos períodos anteriores. Ele não tem...ele não se apercebe de absolutamente de nada porque não há nada de anormal, não há (...)” (M. N, 54 anos)

“ (...) Às vezes irritava-me mais. Porque:

-Oh! Júlia tu estas a ficar diferente! O que é que se passa?

-Não se passa nada, deixa-me em paz.

... Sim, às vezes compreendia outras, outras não. Também era para onde estivesse virado, não é? Que eles também não têm, não tinham eh, eh... ninguém lhe dizia nada como é que haviam de agir.” (J.A, 60 anos.reformada administrativa da edp)

“ Não o meu marido não reagiu mal. (...) Não, a nossa vida ficou na mesma, não afectou nada... Não é? ... Eu parecia-me até que era muito cedo e eu continuava a manter relações sexuais, assim com medo e o meu marido a ter, a ter assim cuidado, não era? “ (J.L, 60 anos)

“ Nada! È homem o que é que queria que dissesse...Sim compreendia, compreendia sempre me...apoiava-me em tudo e...às vezes, eu ia embora e ele ia a ver o que é que se passava (...)” (A. M, 53 anos)

2.5.11 Menopausa e sexualidade

Para muitas mulheres menopáusicas, o facto da relação sexual perder o significado procriativo, perde o sentido de diálogo fecundo, para o qual foram condicionadas cultural e educacionalmente.

Geralmente, o coito é o pesado e doloroso tributo para manter o vínculo com um homem que as solicita e ao qual não desejam frustrar nem perder.

Desta forma, a relação sexual apenas se converte numa obrigação e não num acto prazenteiro de troca de afectos.

Muitas das entrevistadas afirmam nada ter mudado na sua vida sexual. Não é a idade que dessexualiza o individuo, mas sim a sociedade e os seus valores. Alguns conceitos rotulam a vida sexual depois dos cinquenta anos como ridícula e vergonhosa.

Para a mulher, a real importância é dada a toda a envolvência do ritual e não ao acto em si, daí que toda a mulher que tenha tido uma vida sexual sadia durante a sua vida, dar-lhe-á continuidade após a menopausa.

Outras, testemunham ter perdido a libido, ou seja, não sentem impulso sexual. Não sabem explicar muito bem ou têm algum pudor em falar sobre isso, o que é facto, é que, repelem o acto sexual e não vivem a sua sexualidade em plenitude. Parece pertinente a necessidade de uma reeducação, ventilar maior informação para alcançar o bem-estar e a felicidade interior.

“ (...) Muda a gente, ...eh,eh ...sei lá...pronto, não sei como é que te havia de...como é que havia de explicar...a gente, é verdade, a gente já não tem vontade de sexo, nem... tanto como antes, não...a gente...ou será a idade, também das pessoas, não é? Sei lá! Sim, também a idade já, eu também já era muita idade, não sei. Será isso. (risos) (L.E, 58 anos)

“ (...) O meu corpo deu um “bolco²”, mas assim à maneira. Virou, fiquei parada, sem acção, sem vontade de...de relações com o marido, com o marido nem com coisa nenhuma. Só quero que me deixem em paz. Antes mal, mas agora pior. E portanto, só foi depois da menstruação s... Costuma-se dizer, “quando não há flores não há amores” mas isso é bem verdade, é uma verdade dos antigos (...) (F.A, 54 anos. Doméstica/padeira)

“ Eh, é um bocado diferente. É um pouco mais diferente... Não, não, não, não, não é igual. Não, não é igual. Tem um bocadinho de diferença para pior (...) (M.C, 63 anos)

“A minha vida sexual continua normal, como até aqui, é...como era antes, é a mesma coisa (...) (M.M, 54 anos. Doméstica)

“ (...) Pode-se perder. Não é bem o apetite, é assim mais um cansaço, percebes? Depois também depende do marido, não é? Prontos, tem que se arranjar, tudo tem que ter assim o seu ambiente, (risos) eu como sempre precisei de um ambiente, não logo assim, chega lá e ... precisei de um ambiente, assim prontos... tem que... não é agora...a parte sexual não é só a sexualidade, não é só o acto sexual. Tem que se ter também depois o envolvente, não é? Agora que uma pessoa também, prontos, se sinta assim um bocado às vezes, algo mais cansada, algo mais indisposta...num...depois isso também depende do marido. Mas isso também acontecia antes.” (A. M, 55 anos.educadora infantil)

“ (...) Tira muitos poderes, até tira, tira o apetite do sexo. Tira tudo. Eu acho que tira muitos poderes à mulher.” (F.G, 59 anos. Doméstica)

“ (...) Como lhe disse, eu acho que na parte afectiva, acho que estou muito mais sensível do que estava, do que anteriormente (...)” (M. N, 54 anos. Professora do ensino básico)

“ (...) A minha vida sexual (riu-se) corre normalmente. É normal. É normalmente, não tenho problemas nenhuns. Há pessoas que isso afecta-as, já tenho conversado com pessoas que... a mim, no meu caso não me

² Palavra em língua mirandesa; s.m. significa: tombo, viravolta.

afectou. Mas há pessoas...tenho conversado com pessoas que afecta. Falta de apetite sexual, há muitas pessoas que sim, já conversei com várias e dizem isso. A mim não, por acaso não.” (G.T, 52 anos. Doméstica/comerciante)

A D^a J. A. fez uma histerectomia total, isto é, retirou cirurgicamente por razões de saúde, o útero e os ovários. Esta operação é feita a mulheres a partir dos 40 anos o que provoca a menopausa e precipita a ocorrência de sintomas antes do seu período natural. Ela testemunha também a sua experiência ao nível da sexualidade: que apesar de ter sido histerectomizada diz sentir o mesmo prazer sexual.

“ (...) Exactamente. O médico disse-me a mim, eu fiquei tão envergonhada! Diz-me assim:

-J. isso é só para ter os meninos. O útero e os ovários é só para ter os meninos. O prazer fica na mesma. ...

E é de facto assim. É de facto, diz que o útero e os ovários só é para os meninos, para ter os meninos. O resto que num...disse-me ele, e eu nem tive palavras para lhe dizer nada. Fiquei tão envergonhada, tão envergonhada (...)” (J.A, 60 anos. Reformada administrativa da edp)

2.5.12 Medicalização da menopausa

Durante décadas, a mulher passou pela menopausa aguentando os calores, os afrontamentos, a osteoporose, a artrite etc. Hoje em dia, com os avanços da medicina e a descoberta do tratamento hormonal de substituição, as mulheres tem ao seu alcance reverter os anos a seu favor.

Existem opiniões, mesmo da classe médica, a favor do tratamento hormonal de substituição e outras que defendem que este é antinatural e que implica contrariar um fenómeno natural que é a menopausa. Porém, convém não esquecer, que a sobrevivência depois da interrupção das menstruações é um fenómeno recente.

Antes de 1900, poucas mulheres ultrapassavam em vida os cinquenta anos. Portanto, neste século assistiu-se a um prolongamento da vida, o que faz com que a mulher passe um terço dessa vida na fase pós-reprodutiva. Daí que, presentemente, possam observar-se as consequências que acarreta a falta das hormonas, ao nível de doenças várias como as dos ossos, do coração ... as quais, diminuem a qualidade de vida das mulheres.

O que parece abusivo é a estratégia de marketing que tem sido explorada pela indústria farmacêutica nas últimas décadas e o lucro obtido com a venda de hormonas para a menopausa que subiu de cerca e 17 milhões de euros, em 1966, para quase 500 milhões de euros em 1990, só nos Estados Unidos.

A antropologia permite analisar este fenómeno, e este trabalho fa-lo enquanto investigação, mas não está munido do saber médico ou técnico.

Partiremos para o empirismo das informantes, muito poucas fizeram o tratamento de substituição hormonal. A maior parte não fez e acha que não se deve fazer, pois a menopausa é uma “coisa” natural e, portanto, a natureza encarregar-se-á de fazer todo o processo de adaptação a este novo estágio de vida da mulher. Já assim foi com suas antepassadas.

“ (...) Não, eu portanto, já lhe disse, eu não, não, não sou neste momento, não sou apologista, portanto da medicação. Acho que ehh, nós nascemos, nascemos, temos um, um período de vida e morremos. Portanto, tudo tem um princípio, um meio e um fim. Ehh, eu acho que para melhorar a nossa qualidade de vida, concordo, não é? Mas isso ainda está muito em experiência. Portanto, ainda não está ehh, talvez eu tenha falta de informação profunda para eu aceitar esses tratamentos que agora são relativamente recentes, não é? E o conceito que se tem deles é negativo, não é positivo, não é? E em função disso, eu neste momento não estou a tomar nada. Mas não quer dizer que eu não venha a tomar, não é? Se realmente achar que, que, é saudável, que realmente é positivo, que eu vou, vou buscar qualidade de vida a curto ou longo prazo, pois tomo sem qualquer reticencias, sem

qualquer problema. Não tenho qualquer problema em tomar, mas não estou, digo-lhe que não estou devidamente informada dos fármacos nesse sentido” (M.N, 54 anos)

“ (...) É, é. Que lhe afecta o sistema nervoso, e ...e tudo. Eu por exemplo, eu às vezes fico nervosa, estou a fazer o que esteja a fazer, dou meia volta e... vou dar uma volta. Faço assim, às vezes, ai nervosa, ai qualquer coisa...Não me ando a encharcar cá de comprimidos para os nervos. Deixo o que estou a fazer, e ponho-me, e dou uma volta. Passado um bocado venho, já venho mais relaxada. Vou conversar um bocadinho com esta ou com aquela e dou uma volta e fico assim. Mas para muita gente é, é, é um bico-de-obra. Porque não aceitam e não ultrapassam a, o sistema nervoso que, que isto causa, não é? (J.A, 60 anos)

“ (...) Eu acho que não! Ao menos eu não, não fiz nada. Olhe, até hoje e já há tantos anos... e passei bem nunca tive problemas...” (J.L, 60 anos)

Outras fizeram o tratamento mas interromperam-no pouco tempo depois é o caso da seguinte informante:

“ (...) Fiz o tratamento, eu sei que tomei medicamentos durante um mês ou dois...esse tratamento era para evitar, o eu ter calor...mas como eu depois deixei, fiquei bem e não quis mais saber (...)” (A.M, 53 anos)

O caso da informante seguinte foi de rejeição ao método dos selos que é um método transdérmico (a hormona passa através da pele para o sangue) e de aceitação e satisfação a um novo sistema via oral:

“ (...) Deu-me os selos, mas eu depois cheguei a casa e pus um ou dois, cheguei a casa comecei a ler o rótulo e aquilo trazia muitas contra indicações, e...eu não sei se era disso ou de que era...em mim não colavam, cheguei a limpar com álcool, depois de tomar banho, limpava com álcool, não colavam... e eu disse assim: -Pronto isto para mim não serve, primeiro, eu estou a pô-los contrariada, não pus mais que três, acabei com eles e não quis mais nada, porque as contra indicações não me agradavam. E deixei porque dizia lá que aonde não havia problemas podiam aparecer. E eu disse: Não, não, olha, vou aguentando, que a minha mãe também os aguentou. E já está.

Mas depois comecei a tomar este: o estrofite forte, e tem-me feito bem. Não tem contra-indicações, é um produto natural, não tem contra-indicações e sinto-me bem com ele (...)" (M. M, 54 anos)

CONCLUSÕES

Desde logo, torna-se evidente que a menopausa não se manifesta da mesma forma em todas as mulheres, isto é, cada mulher vivencia esta fase da sua vida com mais ou menos sintomas ou sinais. E, inclusivamente, existem mulheres cujos sintomas da menopausa não se manifestam de todo.

Por outro lado, não é menos verdade que a menopausa influi, e muito na mulher, mediante a forma como a própria mulher encara esta fase, ou seja, mediante a sua postura face a esta etapa da sua vida.

Se a mulher se colocar numa posição positiva e optimista face à menopausa, passará por esta etapa da sua vida de uma forma muito tranquila, e quase que se poderá dizer: “sem praticamente dar por isso”, vivendo este período de uma forma muito natural. Caso contrário irá padecer sempre muito com todas as eventuais situações que surgam.

Relativamente à questão: “A menopausa é uma doença?” A resposta das entrevistadas é peremptória, respondem invariavelmente que será uma doença para quem sofre e padece, no entanto, para aquelas que felizmente não sentem nada, não o é claramente, mas sim, um ciclo normal e natural da vida da mulher.

As mulheres não têm muita informação. Elas têm receio de usar os termos correctos, não dominam os nomes técnicos. Confundem menopausa com menstruação, pelo menos, as menos instruídas. Muitas vezes, têm ideia dos termos, mas não estão seguras de os usar.

A maioria das mulheres diz não ter tido conversas sobre a menopausa com as mães, pois, nessa altura, ou seja, altura em que as mães destas mulheres menopáusicas passaram elas próprias, também pela menopausa não havia abertura para falarem com as filhas sobre o assunto. Já o mesmo não se

passa nos nossos dias, em que esta abertura de facto existe, e é encarada naturalmente. E a mãe passa à filha a sua experiência.

No que respeita ao facto da esperança de vida estar a aumentar e a mulher viver um terço da sua vida sem a sua capacidade reprodutiva encaram bem, muito naturalmente e conseguem dar uma explicação lógica acerca do assunto, e até gracejam dizendo: *“Quem já andou, já não tem para andar”*.

A qualidade de vida para estas mulheres é atribuída positivamente para aquelas que encaram a menopausa com optimismo.

Têm dificuldade em dizer, ou seja, em explicar o que significam estas mudanças para as mulheres.

De uma maneira geral não têm conhecimento de crenças nem práticas ligadas à menopausa, mas sim no que diz respeito à menstruação.

As entrevistadas acham que a menopausa acaba por afectar temperamentalmente a mulher na sua relação com a família, ela acaba por estar um pouco mais nervosa, mais ansiosa, mais irritada e também mais depressiva. Contudo, parece-nos que esta pode ser uma falsa questão, pois dizem ao mesmo tempo que já antes também acontecia, como é o caso da entrevistada J.A ent.nº13.

Não conhecem nenhum nome específico para designar a menopausa culturalmente. Já o mesmo não se passa com a menstruação que é entendida entre as mulheres desta zona por “tia Maria”, “o mês”, “a regra” e as “flores”. Hoje em dia as mães de uma maneira geral conversam com as filhas sobre a menopausa e sobre o que sentem, as suas próprias experiências e a forma como vivem esta etapa de vida, conversam inclusivamente com os filhos. Normalmente os parceiros tomam pouco partido relativamente à fase menopáusica das mulheres, porque não chegam a compreender o que se passa com as suas esposas, existe o preconceito e tabú “assuntos de mulheres”, isso de certa forma legitima um pouco o desinteresse deles.

Poucas fazem tratamento hormonal de substituição; algumas acham que não se deve fazer tratamentos pois não se deve intervir. “Isto é algo que a natureza criou”. Outras entendem que se a Medicina puder dar uma ajudinha de forma a minimizar o sofrimento das mulheres é com certeza bem-vinda.

Os benefícios do tratamento hormonal são entendidos por algumas como positivos, pois afirmam ter-se sentido melhor e com os sintomas minimizados.

Outras, porém não conseguem explicar e não sabem porque ignoram o tratamento.

As entrevistadas acham que, para algumas, a menopausa é um alívio; para outras, é um transtorno. As que sofrem, dizem ser um transtorno pelos incómodos que estes dão e que preferiam ser menstruadas como antigamente. Outras dizem ser um alívio, pois não tiveram os incómodos transtornos físicos próprios da menopausa e também não voltaram a ter que se preocupar mais com os períodos menstruais que mensalmente as “visitavam” e que, segundo elas apareciam sempre em momentos menos apropriados. Também o ter que deixar de usar contraceptivos e de se preocuparem com uma possível gravidez, o “poder andar á vontade”, como elas dizem, permitiu-lhes vivenciar esta fase de uma forma mais plena.

O grupo de mulheres na menopausa, é portanto, um grupo heterogéneo e esta fase da vida é vivenciada de forma diferente pelas diferentes mulheres, pelo que não é correcto existir um discurso único sobre esta fase da vida em particular quando esse discurso pretende “medicalizar” a menopausa e tornar as mulheres mais dependentes dos médicos e da indústria farmacêutica. É importante fazer ressaltar a ideia de que só uma parte das mulheres necessita de apoio médico, em consequência dos sintomas da menopausa e que muitas outras mulheres não têm necessidade dessa ajuda. O perigo do discurso totalizador, “medicalizador” é causar iatrogenia (doenças que são consequência do próprio tratamento ou tratamentos, cujos riscos e

consequências negativas são superiores aos benefícios). Tornam as mulheres mais inseguras e mais dependentes dos serviços de saúde, muitas vezes sem que o necessitem realmente. Deste modo, transforma a mulher menopausica numa potencial “doente”.

Por outro lado, o discurso “medicalizante” tende a rotular negativamente esta fase da vida que é vivido por muitas mulheres de uma forma positiva e gratificante.

O presente estudo pode compara-se com muitos outros estudos, realizados noutros contextos geográficos ocidentais onde se podem encontrar muitas semelhanças nos resultados, e noutros contextos não ocidentais algumas diferenças, mas estas serão comuns a todos os estudos ocidentais, e por esse motivo, razão mais que suficiente para nos questionarmos sobre certos pontos menos claros neste tipo de estudos. Principalmente porque dependem da interação de várias disciplinas, nomeadamente a medicina, a nutrição, a climatologia, a ciência etc. e factores como a cultura, religião, política etc.

Apesar de a partir dos anos 90 as publicações a respeito da menopausa aumentarem consideravelmente, o aspecto emocional e cultural dessa fase, no entanto, continuoou pouco discutido.

Aspectos comuns aos vários estudos é a falta de informação, a grande maioria das mulheres lamentam desconhecer as alterações orgânicas e emocionais características desse período. Souza et al., (1999) diz-nos no seu trabalho que para além de discutir com grupos de mulheres as suas experiencias sobre a menopausa, observaram também que mais do que falar sobre menopausa e sobre os sentimentos a ela vinculados, as mulheres queriam ouvir, queriam informações (Souza et al., 1999). A demanda por informação também foi constatada por Fox-young, Sheehan, O`Connor, Cragg e Del Mar, (1995) ao investigarem a percepção e a experiência da menopausa dessas mulheres, constataram que uma das áreas em que elas mais

solicitavam informação era a de “ experiência da menopausa” (o que é normal na menopausa? O que é esperado? O que está e o que não está relacionado com a menopausa?)

Este estudo possui algumas limitações, que seria conveniente aprofundar, talvez numa análise posterior, levando a cabo, outro tipo de questionamento. No entanto, gostaria de salientar que é minha intenção voltar ao terreno, numa primeira fase, apresentar este trabalho às mulheres que me ajudaram e poder transmitir-lhes agora a informação que elas necessitam. Uma vez que esta foi uma das lacunas encontradas. E que informações seriam essas? Ao se trabalhar com grupos informativos o conteúdo das sessões deve ser estruturado de forma a abranger tanto o aspecto orgânico quanto o emocional da menopausa. Esse conteúdo foi estabelecido por Souza (2004) a partir dos itens mais frequentes na literatura sobre menopausa. Na altura da recolha da informação do presente estudo ficou patente esta necessidade e penso que deste modo, seria uma oportunidade para concretizar a aplicabilidade da antropologia, isto é, aplicar a antropologia ao desenvolvimento comunitário, designação do mestrado ao qual pertence esta dissertação. Viabilizar de certa forma, a proximidade dos estudos académicos com as populações estudadas. Fazer essa ligação, trazendo-lhes maior conhecimento às pessoas e fazendo delas próprias protagonistas da sua realidade. Neste caso concreto, mudar o papel das informantes, figuras imprescindíveis ao trabalho antropológico e torna-las pessoas informadas.

REFERÊNCIAS

- Abourazzak, F. E., Allali, F., Rostom, S., Hmamouchi, I., Ichchou, L., El Mansouri, L., et al. (2009). Factors influencing quality of life in Moroccan postmenopausal women with osteoporotic vertebral fracture assessed by ECOS 16 questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 23.
- Ackerknecht, E. (1985). *Medicina e Antropologia Social*. Madrid, España: Akal editor.
- Alexandre, M. (2004). Representação Social: uma genealogia do conceito. *Revista Comum, Rio de Janeiro*, 10 (23), 122-138
- Arcand, B. (1989). La construcion culturelle de la vieillesse. In: Vieillir à Travers le Monde (R. Santerre & G. Létourneau, ed.), pp.97-106, Sainte- Foy: Les Presses de L'Université Laval.
- Ausin J. (1993). Definición y epidemiología de la menopausia. En: Palacios S. Climaterio y menopausia (p. 43). Madrid: Mirpal.
- Ávila M.B.M e Corrêa, S. (1999). O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. En: L. Galvão y J. Dias (Coords). *Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios* (pp. 70-103). São Paulo: Hucitec/Population Council.
- Barber Webster, J. (1998). Meno-boomers and moral guardians. Na: exploration of the cultural construction of menopause. En: R. Wietz (ed.), *The Politics of women's Bodies sexuality, appearance and behavior*. Londres: Oxford University Press.
- Bardin, L. (2004) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M.L. (1992). *Admirável mundo velho-velhice, fantasia e realidade social*. São Paulo: Ática, S.A.

- Bastos, M. H. (2003). *Sorria, você está na menopausa. Um manual de terapia natural para a mulher*. Cascais: Pergaminho.
- Beauvoir, S de. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Benson, S., Arck, P., Tan, S., Mann, K., Hahn, S., Janssen, O., et al. (2009). Effects of obesity on neuroendocrine, cardiovascular, and immune cell responses to acute psychosocial stress in premenopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 181-189.
- Boonen, S. (2010). Addressing the age-related needs of osteoporotic patients with strontium ranelate. *Osteoporosis International*, 21 (2), 415-423.
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción del cuerpo. En: VV. AA. *Materiales de Sociología Crítica* (pp. 183-194). Madrid: La Piqueta.
- Bourdieu, P. (2000): *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brandt A. (1999). Perfil de la mujer no tratada que acude a un consultorio de climaterio. *Boletín de la Sociedad Chilena de Climaterio*; 4:10.
- Brandt, A. (2001). Condición mental y climaterio. In: E.Arteaga, P. Contreras e O. González (eds.). *Consenso en climaterio. Una recomendación fundamentada*. (pp. 101-110). Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio
- Buchanan, M.C., Villagran, M.M. e Raga, S. (2001). Women, menopause and (ms) informations: communication about the climacteric. *Health Communication*, 14(1), 99-119.
- Burger, H.G. (1994) The menopause: When it is all over or is it. *Australian New Zealand Journal Obstetric and Gynaecology*, 34(3), 293–295,
- Burín, M. e Meler, I. (1998). *Género e família. Poder, amor e sexualidade na construção da subjectividade*. Buenos Aires: Paidós.

- Butts, S. F., e Seifer, D. B. (2010). Racial and ethnic differences in reproductive potential across the life cycle. *Fertility & Sterility*, 93(3), 681-690.
- Cabral, J. D. P. (1991). *Os contextos da antropología*. Lisboa: Difusão Editorial.
- Carranza, L. S. (1998): *Atención integral del climatério*. México: MacGraw Hill; Interamericana Editora.
- Chaimowicz, F. (1987). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do sec. XXI: problemas, projecções e alternativas. *Revista de saúde Pública* 31(2) : 184-200.
- Chartier, Roger. (1991). O mundo como representação. In: *Estudos Avançados*. 5, n.11. São Paulo.
- Chasens, E. R., Twerski, S. R., Yang, K., e Umlauf, M. G. (2010). Sleepiness and health in midlife women: results of the National Sleep Foundation's 2007 Sleep in America poll. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(3), 157-171.
- Chedraui, P., Perez-Lopez, F. R., Mendoza, M., Leimberg, M. L., Martinez, M. A., Vallarino, V., et al. (2010). Factors related to increased daytime sleepiness during the menopausal transition as evaluated by the Epworth sleepiness scale. *Maturitas*, 65(1), 75-80.
- Ciornai, S. (1999). *Da contracultura à menopausa – Vivências e mitos da passagem*. São Paulo: Oficina de textos.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.
- Corin, E., Uchôa, E., Bibeau, G., Koumaré, B., Coulibaly, B., Coulibaly, M., Mounkoro, P. e Sissoko, M. (1992a). La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de références. *Psychopathologie Africaine*, 24: 149-181.
- Corin, E., Uchôa, E., Bibeau, G. e Koumare, B. (1992b). Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*, 24:183-204.

- Corin, E., (1982). Régards anthropologiques sur la veillesse. *Anthropologie et Sociétés*, 6: 63-90.
- Corin, E., Bibeau, G. e Uchôa, E. (1993). Eléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Bwa et Soninké du Mali. *Anthropologie et Sociétés*, 17: 125-156.
- Corin, E., Bibeau, G., Martin, J. C. e Laplante, R. (1990). *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour Regionaliser les services de santé mental*. Montreal: Presses de L'Université de Montreal.
- Corin, E., Uchôa, E., Bibeau, G. e Harnois, G. (1989). *Les attitudes dans le champ de la santé mentale. repere théoriques et methodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Rapport Technique*. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS. (Mimeo)
- Dattilio, F.M. e Freeman, A. (1995). *Estratégias cognitive-comportamentais para intervenção em crises (vol1)*. Campinas: Editorial Psy II.
- Debert, G.G. (1998). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idades. En: M. M. Lins de Barros (coord.) *Velhice ou terceira idade? Estudos antropologicos sobre identidade, memória e politica*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas,
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Sao Paulo: Edus/Fapesp.
- Deutsch, H. (1960). *La psicologia de la mujer; 5ª ed*. Buenos Aires: Losada.
- Durkheim, E. (2007). *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Eco, H.. (2004) *Como se faz uma tese em ciencias humanas*. Lisboa: Presença.

- English, J. B. (2002). *Subjective sleep quality and dream type in perimenopausal women*. English, Jujan Bondman: U Arkansas For Medical Sciences, US.
- Erikson, E.H.(1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Evans-Pritchard, E. (1989). Les systemes de classe d'âge chez les Nuer. En: R. Santerre e G. Letourneau (eds.), *Vieillir à travers le monde*. (pp.125-131). Sainte-Foy: Les Press de L'Université Laval.
- Evans-Pritchard, E.E. (1951). *Kinship and marriage among the nuer*. Oxford: Clarendon Press.
- Fabrega, H. (1974). *Disease and social behavior: na interdisciplinary perspective*. Cambridge: the Mit Press.
- Ferrari, R. P. (1996). *Menopausa Hoje*. Porto Alegre: L&PM.
- Ferreira, C. (2003). *Toponímia, Paisagem e ambiente uma abordagem geotoponímica de Sendim em terra de Miranda. (Um Estudo de geografia rural e regional)*. Dissertação apresentada à Faculdade de Geografia da Universidade de Salamanca para obtenção do Grado de Salamanca.
- Fincham,S. (1992). Community health promotion programs. *Social Science and Medicine*, 35: 239-249.
- Flint, M. e Samil, R. (1990). Cultural and subcultural meaning of the menopause. Multidisciplinary perspectives on menopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592: 52-86.
- Fox-Young, S., Sheehan, M., O`connor, V., Cragg, C. e Del Mar, C. (1995). Women´s perceptions and experience of menopause: a focus group study. *Journal of Psychosomatics Obstetrics and Gynecology*, 16, 215-221.
- Freud, S. (1913). *Tótem y Tabú* A.E. XIII

- Gallagher, J. C., e Levine, J. P. (2010). Preventing osteoporosis in symptomatic postmenopausal women. *Menopause*, 18(1):109-118.
- Ganong, W.F. (1983): *Review of medical physiology*. Los Altos, CA: Lange Medical Publications.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of cultures*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Geertz, C.. (1988). *El Antropologo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Gognalons-Caillard, M. (1979). La production social de la maladie dans la vieillesse. *Gerontologie*, 29: 21-25.
- Good, B. e Del Vecchio Good, M.J. (1980). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. En: L. Eisenberg e A. Kleinman, (eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp. 165-196). Dordrecht: Reideil Publishing Co.
- Good, B. e Del Vecchio Good, M.J. (1982). Toward a meaning –centered analysis as popular illness categories: “Fright-illness” and “Heart Distress” in Iran. En: A. J. Marsella e G.White, (eds.), *Cultural conceptions of mental health and therapy* (pp. 141-166). Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.
- Good, B., (1977). The heart of what`s the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 25-58.
- Good, B.J. (1994). *Medicine, rationality and experience*. New York: Cambridge University Press.
- Goofman, E. (1982). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goofman, E. (1991). Gender advertisements. *Studies in the Anthropology of Visual Communication*, 3: 69-154.

- Greene, E.C. (1992). Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa. *Social Sciences and Medicine*, 35: 121-130.
- Greene; J. G. e Cooke D.J. (1980) Life stress and symptoms at the climacterium. *British Journal of Psychiatry*, 136: 486-491.
- Greer, G. (1994). *Mulher: maturidade e mudança*. São Paulo: Augustus.
- Guemple, L. (1989). La vieillesse chez les inuit. En: R. Santerre e G. Letourneau (eds.), *Vieillir à travers le monde* (pp.107-112), Sainte-Foy: Les Presses de L'Université Laval.
- Hahn, R., Kleinman, A. (1983) Biomedical practice and anthropological theory: framework and directions. *Ann.Rev.Anthropol.*, v12, p. 305-333.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde e doença* (4 ed.). Porto: Artmed.
- Hielscher, S. e Sommerfield, J. (1985). Concepts of illness and utilization of health care services in a rural Malien Village. *Social Sciences and Medicine*, 21: 397-400.
- Im, E. O., Lee, B., Chee, W., Dormire, S., e Brown, A. (2010). A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nursing Research*, 59(1), 26-33.
- Jiménez de Luque, M.P. (1994). Vivir la menopausia en Salud. *Revista Rol de Enfermería*, 194: 59-62.
- Jodelet, D. (1989). Représentations Sociales: un domaine en expansion. Em D. Jodelet (org.). *Les repréntations sociales* (pp. 31-61).Paris: P.U.F.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. En: D. Jodelet (coord), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Kanel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Pacific Grove: Brooks/cole Publishing Company.

- Kaufman, Sharon. (1986). *The ageless self, sources of meaning in late life*. Madison : The University of Wisconsin Press.
- Kaufman, S. (1994). Reflections on “The ageless self”. In: Shenk, D.; Achenbaum, W.A. (org.). *Changing perceptions of aging and the aged*. New York: Springer, pp. 47-55.
- Keesing, R.M. (1981): *Cultural Antropology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of cultures. An Exploration of borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley /Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151: 447-454.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. e Good, B. (1985). *Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Knibiehler, Y. (1993). Cuerpos y corazones. En: G. Duby, e M. Perrot (comps.), *História de las mujeres en occidente* (pp. 321-365). Volumen 4. España: Taurus.
- Kuller, L. H. (2010). Cardiovascular disease is preventable among women. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 8(2), 175-187.
- Lahitte, H.B. e Fitte, A.L. (2007). Antropologia y construcciones de género: publicidades graficas y menopausa. *Revista de Ciencias Sociales*, 19: 41-57.
- Langdon, E.J. (1995). A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. (Comunicación presentada en la: Conferência 30 Anos do Xingu. São Paulo: Escola Paulista de Medicina,

[También en: Centro de Filosofía y Ciencias Humanas-Universidade Federal de Santa Catarina. En línea <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm> . Consulta hecha el 12/03/2012.]

- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Layton, R. (1997). *An Introduction to theory in anthropology*. Cambridge: University Press.
- Lefèvre, F. (1991). *O Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- Leiban, R.W. (1977). The field of medical anthropology. En J.Honignann (coord), *Handbook of social and cultural anthropology* (pp. 1031-1072). Chicago: Rand MacNaly.
- Leidy, L. (1999). Menopause in evolutionary perspective. En: L Mckenna, e E., Smith, (eds), *Evolutionary Medicine* (pp 407-427). London: Oxford University Press.
- Létourneau, G. (1989). L'étude comparative du vieillissement. En: R. Santerre e G. Letourneau, (eds.), *Vieillir à travers le monde* (pp. 13-30), Sant-Foy: Les Presses de L'Université Laval.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture Medicine and Psychiatry*, 10: 23-46.
- Lock, M. (1991). Contested meaning of the menopause. *The Lancet*. 337: 1270-1272.
- Lock, M. (1993). *Encounters with aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lock, M. (1998). Anomalous ageing: Managing the postmenopausal body. *Body and Society*, 4; 35-61.

- Losoviz, A.I. (2005). *Mujer tabú. Vision antropológica de menopausia*. Buenos Aires: Universidade de Buenos Aires, Facultad de Medicina.
- MacCornack, C.P. e Strathern, M., (1981). *Nature, culture and gender*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marshall, V. (1986). A sociological perspective on aging and dying. En: V. Marshall, (ed.), *Later life. The social psychology of aging* (pp. 125-146). Beverly Hills: Sage.
- Marshall, V. (1987). Social perspectives on aging: Theoretical notes. En: V. Marshall (ed.), *Aging in Canada: social perspectives* (pp. 39-59, Markham: Fitzhenry & Whiteside.
- Martín, E. (1989). Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause. *International Journal of Health Services*, 18: 237-254
- Martins, A. A. (1996). *Menopausa sem Mistérios: As mais recentes descobertas*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos
- Masters, W. H. e Johnson, V.E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.
- McCoy, N., e Davidson, J. M. (1985) A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas*, 7(3), 217-24..
- Mead, M. (1961). *Masculino y femenino*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Mead, M. (1967). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós.
- Meyerhoff, B. e Simic, A. (1978). *Life's career aging. Cultural variations on growing old*. Beverly Hills/London: Sage.
- Minayo, M.C.S., Coimbra Jr., C.E.A. (2002). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenómeno social do envelhecimento. En: M.C.S. Minayo e C.E.A. Coimbra Jr. (coords.), *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 11-24). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Moore, Henrieta, L. (1996). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Moore, Henrieta, L. (1997). *Mujeres: envejecimiento y salud*. Barcelona: Glosa.
- Moscovici, Serge. (1995) Prefácio. In: Guareschi, Pedrinho A. & Jovchelovitch, Sandra (org.). *Textos em representações Sociais*. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. En: D. Jodelet, et al., (eds), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Nichter, M. (1989). *Anthropology and international health: South Asian case studies*. Dordrecht: Kluwer.
- Nichter, M. e Vuckovic, N. (1994a). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*, 39 (11): 1509-25.
- Nichter, M.; Vuckovic, N. (1994b). Understanding medication in the context of social transformation. En: N.L. Etkin e M.L. Tan, (eds.), *Medicines: meanings and contexts* (pp. 285- 303), Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam.
- Nissim, R. (1984). *Mamamélis: um guia de genecologia natural*. Rio de Janeiro: ed. Rosa dos Tempos.
- Nissim, R. (1995). *La ménopause – Réflexion et alternatives aux hormones de remplacement*. Geneve: Mamamélis.
- Nunes, B. (1997): *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.
- Nyamwaya, D. (1987). A case study of interaction between indigenous and western medicine among the Pokot of Kenya. *Social Sciences and Medicine*, 25: 1277-1287.

- Palma, L.T.S. (2000). *Educação permanente e qualidade de vida: indicativos, para uma velhice bem-sucedida*. Passo Fundo: UPF.
- Pardal, L. E. e Correia, E. (1998). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Parra, A. (1997). EL climaterio desde a perspectiva de la composición corporal humana. En S. Carranza (ed.). *Atención integral del climaterio* (pp.37-63). Mexico: McGraw-Hill.
- Paula, T. (2003) “Papel Actual da Terapêutica Hormonal”, *Menopausa e Osteoporose*, edição do expresso nº 1621, 22 de Novembro.
- Pereiro, X. (2005). *Galegos de vila. Antropoloxia dun espazo rural*. Santiago de Compostela: Sotelo Blanco.
- Pines, D. (1994). *A woman's unconscious use of her body*. Michigan: Yale University Press.
- Press, I., (1980). Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 14B (1): 45-57.
- Ramos, D. (1998). *Viva a menopausa naturalmente*. São Paulo: Augustos Editora
- Reischer, E. e Koo, K. (2004). The body beautiful: symbolism and agency in the social world. *Annual Review of Anthropology*. 33: 297-317.
- Reitz, R. (1977). *Menopause, a positive approach*. USA: Penguin Books.
- Ribeiro, M. (1990). *Temas de etnología-maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Rostosky, S.S. e Travis, C. B. (1996). Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984-1994. *Psychology of women Quarterly*, 20: 285-312.
- Rostosky, S.S. e Travis, C.B. (2000). Menopause and sexuality: ageism and sexism unite. En: C. B. Travis e J.W.White (coords.), *Sexuality, society and feminism* (pp. 181-209). Washington: APA.

- Saffiotti, H.I.B. (1992). Rearticulando gênero e classe social. En: A.O. Costa e C. Bruschini, (coords.), *Uma questão de gênero* (pp. 183-215).. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas.Sao Paulo.
- Salgado, M.A. (1997). Aposentadoria e ética social. En: *Série Terceira Idade* (pp. 4-15), São Paulo: SESC.
- Schenkel, E.P. (1991). *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzato.
- Scheper-Hughes, N. e Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(1): 6-41.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. Great Britain: Sage.
- Singer, M. (1989). The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28 (11): 1193 -1203.
- Smoller, J. W., Allison, M., Cochrane, B. B., Curb, J. D., Perlis, R. H., Robinson, J. G., et al. (2009). Antidepressant use and risk of incident cardiovascular morbidity and mortality among postmenopausal women in the Women's Health Initiative study. *Archives of Internal Medicine*, 169(22), 2128-2139.
- Souza, C.L. (2004). *Grupos informativos sobre menopausa – informação, suporte cognitivo-comportamental e prevenção*. Tese de doutorado ã publicada, curso de pós-graduação em psicologia clinica, Universidade de São Paulo.
- Souza, C.L. (2005). Transição da menopausa: a crise da meia-idade femenina e seus desafios fisicos e emocionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2) (bajado de Internet en la dirección: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200009).

- Stramba-Badiale, M. (2009). Postmenopausal hormone therapy and the risk of cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown)*, 10(4), 303-309.
- Tan, M.L. (1989). Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Science and Medicine*, 29 (3): 301-307.
- Taylor, P; Chandiwana, S.K.; Govere, J. M. e Chombo, F., (1987). Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community. *Social Science and Medicine*, 24 :607-611.
- Trien, S F.. (1994). *Menopausa: A grande Transformação*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Trien, S. F. (1994). *Menopausa: A grande Transformação*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos
- Tuzun, S., Aktas, I., Akarirmak, U., Sipahi, S., e Tuzun, F. (2010). Yoga might be an alternative training for the quality of life and balance in postmenopausal osteoporosis. *European Journal of Physical Rehabilitation and Medicine*, 46(1), 69-72.
- Uchôa, E. (1988). *Les femmes de bamako (Mali) et la santé mentale. Une étude anthropopsiquiatrique*. Thèse Ph. D. Montréal: Université de Montréal.
- Uchôa, E. e Vidal, J. M. (1994). Antropologia médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10: 497-504.
- Uchôa, E., Firmo, J.O. A.y Lima- Costa, M.F.F. (2002). Envelhecimento e saúde: Experiencia e construção cultural. En: M.C.S. Minayo e C. E.A. Coimbra jr. (coords.), *Antropologia, Saúde e envelhecimento* (pp.25-35). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19 (3): 849-853
- Van der Geest, S. (1988). Pharmaceutical anthropology: perspectives for research and application. En: S. Van der Geest e S. Whyte (ed.), *The context of medicines in developing countries - studies in pharmaceutical anthropology* (pp. 329-66). Dordrecht: Kluwer Academic Publishing.
- Van der Geest, S. e Whyte, S.R. (1988). The context of medicines in developing countries – studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer Academic Publishing.
- Van der Geest, S. e Whyte, S.R. (1989). The charm of medicines: metaphors end metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-367.
- Van der Schouw, Y. T. (2009). Incidence and mortality of cardiovascular disease in postmenopausal women world-wide and relevance for preventive strategies. *Climacteric*, 12 (1), 1-5.
- Victoria, Ceres Gomes, Knauth, Daniela Riva & Hassen, Maria de Nazareth Agra. (2000) Pesquisa Qualitativa em Saúde. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Vivaldi, M.I.M. (1997). Mulheres depois dos 40 anos – uma perspectiva de gênero. *Enfoque Feminista*, 6 (10), 27-32.
- Whyte, S.R. (1992). Pharmaceuticals as folk medicine: transformation in the social relations of health care in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 163-86
- Wilkinson, S. Kitzinger, C. (1996). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.
- Wilson, R. A. (1966) *Feminine Forever*. Nova Iorque: Editora Evans.
- Young, A. (1976). Some Implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, 78(1): 5-24.

- Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Annual review of Aanthropology* 11: 257-285.
- Yuksel, N., Majumdar, S. R., Biggs, C., e Tsuyuki, R. T. (2010). Community pharmacist-initiated screening program for osteoporosis: randomized controlled trial. *Osteoporosis International*, 21(3), 391-398.

ANEXOS

5.1 GUIÃO DA ENTREVISTA (SEMI- ESTRUTURADA)

1- Identificação

A idade

Estado civil

Nº de filhos

Onde vive/ onde viveu

Escolaridade

Profissão

2- A vivência da menopausa

Com que idade é que teve a sua menopausa?

Os sintomas que teve?

Se não teve sintomas como é que vivência esta fase da vida?

3- Pré-apreciação da informação sobre a menopausa

Tem informação/ conhecimentos acerca da menopausa?

Se acha que está devidamente informada/alertada para esta fase da vida?

Acha que a menopausa é uma doença?

Como é que adquiriu esses conhecimentos? (Se foi com a mãe, as vizinhas ou no centro de saúde)

4- A relação sócio-cultural do climatério

Acha que a menopausa afecta a sua vida familiar, social e laboral?

Em que medida ou de que forma a afecta?

Costuma falar com as amigas, vizinhas... sobre a menopausa?

Tem algum nome específico para designar a menopausa?

De que forma passa de mães para as filhas a vivência do climatério?

Quais as crenças e as práticas ligadas à menopausa?

5- O que pensam as mulheres destas questões?

Sabendo que a esperança de vida está a aumentar, como é que encara viver cerca de 20/30 anos sem a sua capacidade reprodutiva?

E relativamente à qualidade de vida das mulheres menopausicas?

O que significam estas mudanças para as mulheres?

6- A relação conjugal

Como reagem os parceiros a esta fase da vida das mulheres?

A vida sexual modifica; mantém-se igual, melhora, piora?

7- A medicalização da menopausa

Faz algum tipo de tratamento hormonal? Ou acha que não é preciso fazer nada porque é uma coisa natural?

O tratamento hormonal de substituição (THS) trás ou não benefícios para a mulher?

Acha que a menopausa é um alívio ou pelo contrário uma fase má, “um transtorno”?

