

Corpo hormonal feminino e suas fases

Regina Senna Vieira¹² & Miriam Oliveira Mariano¹³

Resumo: Este trabalho visa analisar e problematizar o crescente avanço da biotecnologia hormonal sobre os corpos, em especial o corpo feminino. A partir de uma reflexão sobre a construção do fato científico e da proeminência do discurso biomédico na compreensão dos corpos, da sexualidade, das emoções e dos comportamentos, principalmente os femininos, analisamos as mudanças ocorridas ao longo da história nos discursos ditos científicos sobre as mulheres. No final do século XVIII e início do XIX, a ‘essência’ da feminilidade era localizada no útero; a partir de meados do século XIX, os ovários passaram a ser considerados a fonte das doenças das mulheres, inclusive as nervosas e mentais; no início do século XX começou a ocorrer uma mudança nos discursos biomédicos e a ‘essência’ da feminilidade passou a ser localizada em substâncias químicas denominadas ‘hormônios’. Desde então, a biomedicina compreende o corpo da mulher como regulado por fases hormonais, marcadamente a Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e o Climatério, produtoras de uma ‘subjetividade cíclica’ que reproduz visões estereotipadas de gênero em função da diferenciação biológica radical entre os sexos. Considerando que o discurso biomédico sobre a determinação hormonal da subjetividade feminina é reducionista e reifica a crença de que mulheres são instáveis e, portanto, em determinados períodos, irracionais e não confiáveis, ensejando intervenções biotecnológicas que visam o controle hormonal dos corpos femininos, sugerimos discursos alternativos que possam ser contrapostos ao discurso biomédico, possibilitando reflexões e compreensões mais abrangentes sobre o corpo, o gênero e a sexualidade na contemporaneidade.

Palavras-chave: biotecnologia – gênero – sexualidade – corpo – feminismo.

12 Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ), Doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ).

13 Psicóloga, Mestre em Educação (UCP), Doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ), Prof^a Titular da Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Considerações preliminares sobre a racionalidade biomédica e a construção do ‘fato’ científico

O saber referido à medicina ocidental baseia-se especialmente no conhecimento produzido pelas disciplinas científicas do campo da biologia e, portanto, denominá-lo ‘biomédico’ reflete adequadamente essa vinculação (CAMARGO JR., 2005).

Esse saber reivindica representar a ‘ordem natural’ do corpo e parece difícil evitar a convicção partilhada por muitos de que tal sistema de conhecimentos e suas categorias biológicas refletem os ‘fatos da natureza’.

No entanto, todos os discursos científicos estão necessariamente submetidos a regras e decisões construtivas de caráter metafísico que, ao não serem explicitadas, são tomadas acriticamente, dadas como ‘verdadeiras’, não questionadas.

Para Good (1994), por fazerem parte da vida cotidiana e permanecerem implícitos, os pressupostos metafísicos da biomedicina são mais resistentes à análise: são tão naturalizados que acabam sendo concebidos como ‘fatos cientificamente comprovados’. É necessário um grande esforço de reflexão para desnaturalizar os ‘fatos’ e encará-los como fazendo parte do domínio cultural. O discurso biomédico é, segundo este autor, um rico discurso cultural baseado numa visão específica da realidade e num sistema de relações sociais que, na prática, liga profundas preocupações morais às suas mais óbvias funções técnicas.

Assim, complexos aspectos pessoais, sociais, culturais, econômicos e políticos de comportamentos e processos vitais acabam reduzidos a causas supostamente biológicas, sempre entendidas como naturais e universais, num processo que podemos chamar de ‘medicalização’ da existência (CONRAD, 1992). A medicalização pode ser definida como um processo através do qual problemas que eram entendidos como não-médicos passam a ser definidos em termos médicos, descritos numa terminologia médica e compreendidos através de um enquadramento médico, tornando-se ‘doenças’ ou ‘transtornos’ que são diagnosticados e ‘tratados’ através de intervenções médicas. Por exemplo, muitos comportamentos que eram definidos como imorais, pecaminosos ou criminosos passaram para a jurisdição da medicina, deslocando-se da ‘maldade’ para a ‘doença’.

Para Conrad (1992, 2007), a medicalização aconteceu tanto com o comportamento desviante quanto com os processos vitais como a sexualidade, o desenvolvimento infantil, o nascimento, o envelhecimento e a morte. Através da medicalização dos comportamentos e processos vitais, o

modelo biomédico de compreensão dos fenômenos descontextualiza os problemas sociais ao mesmo tempo que os coloca sob o controle médico.

Não se trata aqui de negar que existam processos patológicos que mereçam intervenção, nem de subestimar a eficácia de tratamentos, de procedimentos e de cirurgias ou não reconhecer a importância da tecnologia de ponta na medicina.

Mas, não sendo o espelho das ‘leis da natureza’, o conhecimento biomédico traz consigo um universo de paradigmas, teorias, ideias que nos remetem ao enraizamento cultural, social, histórico, político e econômico de todo e qualquer conhecimento.

Especificamente, a medicalização do corpo feminino tem se efetivado na direção de reafirmar estereótipos de gênero que têm consequências profundas nas vidas de mulheres e de homens, merecendo, portanto, ser pensadas e questionadas.

A construção do corpo hormonal

Os pensadores sociais dos séculos XVIII e XIX e os representantes dos saberes biomédicos – médicos, biólogos, anatomistas e fisiologistas – podem ser apontados como fundamentais na construção e legitimação do imaginário moderno da diferença radical entre homens e mulheres, ou, mais exatamente, da alteridade feminina radicada inexoravelmente em seu corpo.

Antes disso, na concepção herdada dos gregos, haveria apenas um sexo biológico de tal forma que homens e mulheres seriam distintos apenas em termos de grau de perfeição, dependendo da quantidade de calor atribuída a cada corpo. Nos homens, o calor seria suficiente para externalizar os órgãos reprodutivos; nas mulheres, o calor teria sido insuficiente e os órgãos teriam permanecido internos. As mulheres seriam homens imperfeitos pela falta de calor. As diferenças seriam de grau, compondo uma hierarquia vertical de gêneros: uma só carne, distintas marcas sociais. Segundo Laqueur (2001), durante dois milênios acreditou-se na identidade estrutural, mas não espacial, dos órgãos reprodutivos do homem e da mulher.

Mas, na passagem do século XVIII para o XIX, passou-se a insistir nas diferenças biológicas fundamentais entre os sexos masculino e feminino. Para os médicos e naturalistas de então, não só as diferenças físicas entre os sexos eram constatáveis nos corpos, como também as diferenças se expressavam diretamente na alma (LAQUEUR, 2001).



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

A partir do crescente prestígio da biologia e da ascensão do poder médico, a diferença sexual proclamada por médicos e naturalistas parecia solidamente baseada na natureza, consolidando-se um modo de pensar as distinções de gênero através das diferenças corporais entre os sexos. Nos corpos feminino e masculino via-se a origem de uma irreduzível diferença entre mulheres e homens que não era apenas físico-anatômica, mas também moral e social.

A medicina forneceu os argumentos para a discriminação político-moral: a partir da constituição óssea diferente (SCHIEBINGER, 1987, 2001) – pélvis maior indicando a destinação para a maternidade e crânio menor com a suposta consequência de inteligência menor, e da suposta constituição nervosa mais frágil – os médicos dessa época promoveram um intenso debate sobre a domesticidade e a inferioridade das mulheres, a vocação maternal, a sexualidade perigosa, o pudor feminino e a pouca aptidão para a política e para as ciências.

E assim, as mudanças trazidas pelos avanços no campo da biomedicina constituíram a oposição natureza (mulheres) versus cultura (homens) como um marcador relevante na ordenação social e na atribuição dos papéis de gênero.

Thomas Laqueur (1987, 2001) desenvolveu uma pesquisa histórica rigorosa acerca dos discursos sobre os corpos de mulheres e homens, na qual ele descreve a passagem de um modelo corporal de sexo único para o contemporâneo de dois sexos. Este estudo revela como foram construídas as definições e redefinições sobre as diferenças e/ou semelhanças corporais e fisiológicas entre mulheres e homens. Segundo o autor, este processo ocorreu em função de imposições políticas e sociais ocorridas no interior da sociedade moderna, e não em decorrência de avanços e descobertas científicas.

As novas concepções que passaram a descrever o corpo da mulher a partir de uma diferenciação biológica radical, fazem com que este corpo se torne depositário de intensa instabilidade e fragilidade.

Os cientistas dos séculos XVIII e XIX localizavam a ‘essência’ da feminilidade no útero. A natureza da mulher era moldada e determinada pelo útero e era tácito que os problemas ginecológicos se encontravam na raiz das doenças das mulheres, inclusive as nervosas e mentais.

A partir de meados do século XIX, os médicos passaram a deslocar sua atenção do útero para os ovários. Mas sempre, qualquer que fosse o lugar no corpo onde a ‘feminilidade’ estivesse

localizada, os ‘fatos’ biológicos eram sempre relatados de modo a afirmar e a salientar a natureza passiva das mulheres.

Mas a diferenciação radical entre os sexos baseada na biologia e em regras ‘ditadas’ pela natureza não estava garantida como algo definitivo. A importância e a prioridade conferidas ao ato de provar o quanto esta diferença era constituída como algo natural apontam para a sua inconstância.

A influência da cultura no aprimoramento ou na desestabilização da economia corporal, de modo especial em relação às mulheres, é marcada pela necessidade de ordenar a instabilidade desses corpos. Uma vez que a capacidade reprodutora da mulher era compreendida como crucial para a geração de uma população saudável, as regras higiênicas que envolviam a educação das jovens eram bastante rígidas, para que não houvesse qualquer desvio de energia para outros órgãos que não os reprodutores. Sendo assim, desde a puberdade, período em que os órgãos reprodutores estariam em formação, deveriam as mulheres evitar qualquer tipo de envolvimento em tarefas fora do âmbito doméstico, sob pena de que tais esforços causassem danos a estes órgãos.

A grande importância atribuída aos órgãos reprodutores ocorria não apenas porque tais órgãos estavam envolvidos com a geração de novas vidas, mas também porque eram capazes de produzir patologias e perturbações. A mulher era definida como um ser possuidor de um menor desejo sexual comparativamente ao homem, sendo ela menos racional, mais sujeita ao descontrole, demandando supervisão constante por parte dos médicos e da sociedade.

A reprodução, sua possibilidade ou não, surgiu como fio condutor de situações extremas ou críticas para a mulher. Assim sendo, a puberdade que assinala o início da vida reprodutiva com a primeira menstruação é compreendida também como o início de uma série de transtornos relacionados ao período menstrual. Da mesma forma, a menopausa, quando ocorre o término do período fértil, é apontada como um momento de declínio e adoecimento na vida feminina.

No início do século XX começou uma mudança nos discursos biomédicos: a ‘essência’ da feminilidade passou a ser localizada não em um órgão, mas em substâncias químicas denominadas ‘hormônios’. O novo campo da endocrinologia introduziu o conceito de hormônios diferenciados como mensageiros químicos da feminilidade e da masculinidade, uma maneira ainda bem atual de pensar as diferenças entre os sexos e as consequentes diferenças de gênero no cotidiano da vida em sociedade.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Muitos tipos de comportamentos, funções, características e papéis considerados tipicamente masculinos ou femininos na cultura ocidental têm sido atribuídos aos hormônios. O corpo feminino, muito mais do que o masculino¹⁴, tornou-se cada vez mais representado como completamente controlado pelos hormônios.

Segundo Oudshoorn (1994), os ‘hormônios’ foram definidos como substâncias potentes que regulam os processos físicos dos organismos em termos de agências químicas. Os mensageiros químicos concebidos como originados das gônadas foram denominados ‘hormônios sexuais’: o termo ‘hormônio sexual masculino’ designava a secreção dos testículos e o ‘hormônio sexual feminino’, a secreção dos ovários.

Os cientistas da época supunham ter encontrado a chave para o entendimento das diferenças entre homens e mulheres: o ‘hormônio masculino’ controlava as características masculinas e o ‘hormônio feminino’ controlava as características femininas.

As concepções científicas sobre o sexo permaneceram muito parecidas com as opiniões do senso comum a respeito de masculinidade e feminilidade. O conceito de hormônio sexual era simples: havia apenas dois hormônios, um para cada sexo, específicos em origem e função. Os cientistas asseveravam, na sua maioria, a crença conservadora nos papéis sociais apropriados para homens e mulheres, baseados na concepção de que homens e mulheres secretavam hormônios sexuais opostos e antagônicos (OUDSHOORN, 1994).

Mas esta concepção foi abalada quando as pesquisas bioquímicas revelaram a presença de ‘hormônios femininos’ em homens ‘normais’ e de ‘hormônios masculinos’ em mulheres também ‘normais’.

Muitas pesquisas contradiziam a concepção original da especificidade dos hormônios sexuais. Mesmo assim, os cientistas resolveram manter a terminologia hormônio sexual ‘feminino’ e hormônio sexual ‘masculino’, abandonando, porém, a ideia de origem sexual específica.

Com o desenvolvimento das pesquisas, a concepção dualística de hormônios masculino e

14 Nota-se uma tendência bem atual em incluir o corpo masculino nesta redução ao hormonal, vide o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, DAEM (ROHDEN, 2011).

feminino mutuamente exclusivos foi teoricamente superada.

Na década de 1930 muitos cientistas expressaram desacordo com a terminologia e a classificação dos hormônios sexuais. Os cientistas da Escola de Amsterdã criticaram sistematicamente a utilização dos termos ‘masculino’ e ‘feminino’ e, inclusive, expressaram suas dúvidas sobre se deveriam ser classificadas como hormônios ‘sexuais’. Sugeriram que tais substâncias deveriam ser classificadas como catalisadores: substâncias químicas sexualmente inespecíficas em origem e função, exercendo múltiplas atividades no organismo. De um ponto de vista bioquímico, até propuseram o total abandono da concepção de hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994).

Não foi, porém, o que aconteceu: a terminologia não se ajustou às mudanças na conceitualização. Através dos ginecologistas e biólogos que foram contra os bioquímicos¹⁵ e a favor da terminologia, o conceito de hormônios sexuais mostrou a sua força em detrimento das grandes mudanças na teoria.

Não apenas na literatura biomédica, mas em revistas, livros e na mídia em geral, estamos acostumados a ver os hormônios ‘sexuais’ serem tratados como uma realidade que existe na natureza, descrevendo padrões de comportamento como resultado de causas orgânicas, mais especificamente, hormonais, confirmando, reificando e naturalizando os estereótipos de gênero. Para Rohden (2008, p. 134), “assistimos ao império de um corpo hormonal” e a ideia subjacente é a de que os hormônios determinam tudo: desde “nosso comportamento frente ao sexo oposto [até] nossa inteligência”. A aceitação desta concepção hormonal é cada vez mais difundida e alcança um grande público.

A concepção hormonal dos sexos desenvolveu-se em direção à determinação de cérebros femininos ou masculinos e o conseqüente comportamento de gênero em função de hormônios pré-natais sexuais presentes no útero durante a gestação (WIJINGAARD, 1997). Esta teoria chamada de organizacional postula que comportamentos tais como orientação sexual, escolha profissional, vocação para a maternidade e habilidades verbais versus habilidade para matemática são efeitos dos

15 A história dos hormônios ditos sexuais é longa e complexa, não cabendo no escopo deste trabalho. Vale assinalar que três grupos principais dela fizeram parte: os clínicos, principalmente os ginecologistas; os cientistas de laboratório, principalmente fisiologistas e bioquímicos; e a indústria farmacêutica. Para quem se interessar pela história detalhada, ver Oudshoorn (1994).

hormônios pré-natais.

Os ‘efeitos’ dos hormônios na diferenciação dos cérebros em femininos e masculinos confirmam as percepções tradicionais de gênero (NUCCI, 2010): a presença de andrógenos (testosterona) na gestação produz uma criança com cérebro masculino que, portanto, após o nascimento, desenvolverá um comportamento que apresentará características tais como atividade, agressividade, inteligência, sexualidade mais exuberante, aptidão para matemática e para raciocínio espacial, entre outras; já a quantidade menor de andrógenos durante a gestação redundará num cérebro feminino, passivo, menos racional, menos agressivo, com habilidades verbais e, claro, vocação para a maternidade expressa pelas próprias brincadeiras que as meninas desde cedo devem preferir (bonecas e ‘casinha’, enquanto os meninos ‘naturalmente’ preferem brincar com bola, carrinhos e atividades físicas, tais como lutar, correr, escalar, subir em árvores, etc.).

Além das características femininas acima descritas, considera-se que as mulheres apresentem maior oscilação no desempenho cognitivo devido à também maior oscilação nos níveis hormonais por conta do ciclo menstrual.

Mais uma vez a natureza ‘cíclica’ da mulher é reafirmada, aspecto “tão ao gosto dos escritos médicos do século XIX” (RODHEN, 2010, p.17): “aos hormônios é designado um papel imprescindível no processo de diferenciação cerebral, ajudando a converter o cérebro no novo foco de substancialização da diferença” (*id.ib.*, p.20).

Martin (1986, 2006), bióloga feminista, reconhece a legitimidade da função hormonal e genética no que tange ao funcionamento dos organismos de mulheres e homens, mas enfatiza que a leitura dos eventos corporais de ambos está impregnada por significados culturais e políticos. A autora evidencia uma ‘gramática específica’ utilizada pela biomedicina para compreender e descrever o corpo feminino que age em um patamar tão profundo que se torna uma ‘crença’ compartilhada e transmitida entre as próprias mulheres, sem que haja reflexão a respeito. Para Martin, no discurso biomédico os processos reprodutivos femininos e masculinos contêm metáforas implícitas nas quais são projetadas imagens culturais estereotipadas¹⁶ referentes aos gêneros.

16 Por exemplo, a menstruação é comumente descrita como um ‘desmoronamento’, ‘desintegração’, enquanto a ejaculação é descrita como algo ‘brilhante’ e ‘extraordinário’ (MARTIN, 2006).

A reafirmação das diferenças consideradas universais e biologicamente determinadas entre o ‘feminino’ e o ‘masculino’ através do modelo bioquímico dos hormônios reflete convicções ideológicas e baseia-se em uma concepção dualista sobre os gêneros que tem caracterizado a cultura ocidental moderna.

A tenacidade com que estas diferenças são buscadas através da biomedicina desde o século XIX até os nossos dias reflete a importância do discurso biomédico na administração das lutas em torno de gênero e poder.

Corpo feminino – *locus* privilegiado das intervenções biotecnológicas

O corpo de conhecimentos biomédicos afirma a existência de uma determinação hormonal direta sobre a saúde e a subjetividade da mulher de maneira que as oscilações hormonais que integram a fisiologia feminina ‘normal’, além de determinarem o cotidiano feminino, são compreendidas como disparadoras de episódios de adoecimento, instituindo ‘patologias’ tais como a Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e afirmando o climatério como um período de decadência não apenas da saúde, mas também da beleza e da sensualidade.

A síndrome pré-menstrual (SPM) versus a tensão pré-menstrual (TPM)

A ênfase nos hormônios como *locus* da feminilidade coincide com a primeira descrição, em 1931, do que era chamado, então, ‘tensão pré-menstrual’ (TPM). Na década de 1950, a terminologia mudou para ‘síndrome pré-menstrual’ (SPM). Inicialmente foi compreendida como diretamente produzida pelos ‘hormônios sexuais femininos’, mas não há evidência que comprove esta hipótese. Após mais de 80 anos de pesquisas, não se encontrou um marcador biológico que possa ser utilizado para o diagnóstico. Os próprios critérios diagnósticos não são consensuais entre os pesquisadores, pois foram descritos mais de 200 sintomas que incidem de forma variada e inconstante. O pensamento biomédico não conhece o mecanismo que poderia ser considerado como etiopatogênico e alguns autores questionam a própria existência da síndrome enquanto entidade biomédica e apresentam visões feministas e socioculturais para a compreensão do fenômeno.

No entanto, muitas mulheres afirmam ter ‘tensão pré-menstrual’ (TPM), nomenclatura mais comum nos meios leigos. Em uma pesquisa que buscou confrontar a descrição biomédica da ‘síndrome pré-menstrual’ (SPM) e a experiência direta e/ou indireta da ‘tensão pré-menstrual’ (TPM)



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

de mulheres de camadas médias da população (MARIANO, 2012), concluiu-se que, apesar dos pressupostos comuns – que a biologia determina diferenças de gênero ‘naturais’ e ‘universais’ entre homens e mulheres – a SPM dos artigos biomédicos e a TPM das experiências femininas não coincidem¹⁷.

Foram analisados artigos científicos sobre a SPM selecionados a partir de um levantamento no PubMed, ferramenta de buscas *online*, e realizadas 36 entrevistas individuais em profundidade, abertas, semiestruturadas com mulheres em idade reprodutiva selecionadas através do sistema de amostragem conhecido como ‘bola de neve’ (*snow ball*).

No estudo realizado, pode-se constatar que não obstante as várias décadas de estudos e pesquisas sobre a SPM, a definição, os critérios diagnósticos e, em consequência, a prevalência, ainda são controversos.

Do ponto de vista etiológico, há diversas teorias biomédicas que buscam explicar a chamada SPM, nenhuma considerada conclusiva pelos próprios pesquisadores. Após a leitura de inúmeros artigos científicos pesquisados, comprova-se que a etiologia da SPM permanece desconhecida e parece ser complexa e multifatorial. Mas para os autores ligados ao campo biomédico, embora reconheçam que as teorias que relacionam as alterações dos hormônios ovarianos à SPM não sejam conclusivas, os ‘sintomas’ costumam melhorar quando a ovulação é suprimida. Esta melhora dos sintomas tem sido o argumento favorável a um movimento médico bastante atual que defende a suspensão dos sintomas através de uma contracepção permanente como forma de evitar a SPM (MANICA, 2011).

Uma das teorias etiológicas mais aceitas atualmente considera que as mudanças nos níveis hormonais podem influenciar centralmente a ação de neurotransmissores como a serotonina, embora os níveis dos hormônios ditos sexuais circulantes sejam tipicamente normais em mulheres com SPM. Haveria um aumento da sensibilidade à progesterona em mulheres com uma deficiência subjacente de serotonina (DICKERSON, MAZYCK & HUNTER, 2003; VALADARES, FERREIRA,

17 A partir deste ponto do texto, denominaremos ‘síndrome pré-menstrual (SPM) quando estivermos nos referindo à categoria diagnóstica biomédica referida nos artigos científicos pesquisados; por outro lado, chamaremos de ‘tensão pré-menstrual’ (TPM) a experiência vivida direta ou indiretamente pelas mulheres e relatadas em seus depoimentos. Quando nos referirmos a ambas ao mesmo tempo, adotaremos a grafia TPM/SPM.

CORREA FILHO & ROMANO-SILVA, 2006; SOARES & ZITEK, 2008). A partir desta suposição, presume-se uma resposta anormal, determinada por fatores em última instância genéticos, dos neurotransmissores à função ovariana normal (LAKS, 2007)¹⁸.

Mas, segundo alguns pesquisadores (CHENIAUX JR., 2001; DICKERSON, MAZYCK & HUNTER, 2003), este mecanismo não explica todos os casos, já que algumas pacientes não respondem positivamente ao tratamento com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs).

Inúmeros outros tratamentos têm sido recomendados, nenhum deles considerado de eficácia garantida: ansiolíticos (principalmente o Alprazolam), contraceptivos hormonais, agonistas do GnRH¹⁹, danazol²⁰, cálcio e diuréticos, entre outros. Independente da intervenção biomédica utilizada, muitas pesquisas admitem que as taxas de resposta positiva para os tratamentos com placebo são muito elevadas, alguns estudos relatando quase 60% (HALBREICH *et al.*, 2006). Também a ooforectomia²¹ bilateral seria indicada para casos graves que não respondem a nenhum tratamento.

A única afirmação consensual que pode ser constatada nos artigos biomédicos publicados nos últimos 15 anos é a de que a etiologia da SPM, rigorosamente falando, é desconhecida.

O próprio diagnóstico é questionado por alguns autores que afirmam que o modelo biomédico de explicação da SPM reproduz uma ordem social que se esforça por marcar nitidamente supostas diferenças biológicas entre os sexos para fundamentar diferenças entre os gêneros.

Para Richardson (1995), cientista social, a SPM, além de não apresentar base empírica para sua caracterização, tem sido descrita apenas nas sociedades ocidentais a partir do século XX. É caracterizada como ‘ocidental’, mas não como ‘síndrome’, pois carece de um núcleo estável que

18 Comunicação pessoal, Dr. Jerson Laks (Instituto de Psiquiatria – UFRJ).

19 Os agonistas do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina) provocam uma ‘menopausa’ química e, portanto, não devem ser utilizados por mais de 6 meses.

20 Danazol é um esteroide sintético que parece efetivo em aliviar enxaquecas pré-menstruais, embora apresente efeitos colaterais adversos, inclusive efeitos androgênicos como hirsutismo e mudança do timbre da voz para mais grave e efeitos antiestrogênicos que podem redundar em osteopenia ou osteoporose.

21 Também conhecida como ovariectomia, retirada cirúrgica do(s) ovário(s).

remeta a uma entidade diagnóstica única. Para este autor, as evidências sugerem que as experiências das mulheres com sintomas pré-menstruais têm mais a ver com fatores culturais ou psicológicos do que com fatores biológicos: uma recriação da crença cultural tácita sobre o efeito do sistema reprodutivo no comportamento das mulheres.

Robinson (2002) contrapõe ao modelo biomédico de explicação da SPM um modelo alternativo que ela denomina cultural-feminista. Segundo a autora, a SPM é uma síndrome característica da nossa civilização que emergiu como expressão da rejeição das expectativas não-realistas sobre as mulheres na sociedade ocidental. Nesta linha de reflexão, Martin (2006) chama a atenção para o caráter interminável, rotineiro e repetitivo do trabalho doméstico na emergência da SPM. Para a autora, a raiva comumente relatada pelas mulheres que apresentam SPM pode estar relacionada ao aumento das expectativas colocadas sobre elas, muitas cumprindo jornadas duplas de trabalho.

Em relação aos posicionamentos acima, não se pode deixar de observar que os ideais de feminilidade e a mística da maternidade tão difundidos nas nossas sociedades ocidentais contemporâneas contribuem para que as mulheres que apresentam queixas, irritação, agressividade, vontade de poder ou mesmo um impulso sexual considerado mais forte sejam vistas como tendo algo 'errado'. As crenças culturais sobre a SPM legitimam estereótipos e, ao mesmo tempo, reduzem ao biológico o que muitas vezes são problemas interpessoais, sociais, políticos e econômicos.

Com tantas imprecisões e debates, os artigos biomédicos mais recentes evitam discutir prevalência (em função da afirmação de que os resultados variáveis da prevalência nas pesquisas não podem ser comparados pela ausência de critérios diagnósticos e instrumentos consensualmente estabelecidos) e etiologia, indicando apenas que a ovulação é considerada um fator chave nos transtornos pré-menstruais típicos. Nos artigos também há a afirmação peremptória de que é crucial para o diagnóstico que os sintomas apareçam apenas no período pré-menstrual.

Mesmo com tanta controvérsia sobre o diagnóstico e sobre os fatores etiológicos, a solução apontada pelo discurso biomédico em geral continua sendo a consulta a um médico para tratamento adequado (medicação).

Confrontando a descrição da SPM nos artigos biomédicos recentes com as vivências da TPM relatadas nas entrevistas, percebe-se que embora partam de pressupostos semelhantes em relação à

natureza ‘cíclica’ da mulher e em relação a explicações reducionistas baseadas na biologia, as seguintes diferenças podem ser apontadas:

Em primeiro lugar, os pesquisadores biomédicos pretendem que a SPM se constitua como uma categoria diagnóstica objetiva, neutra e generalizável para todas as mulheres ‘portadoras’ da síndrome; enquanto isso, a TPM é subjetiva, comprometida com a vida cotidiana e única para cada mulher – provavelmente existem tantas maneiras de expressar a TPM quanto mulheres que a experimentam.

Em segundo lugar, na categoria SPM os sintomas devem ser característicos do período pré-menstrual e surgir apenas nesse período; já as mulheres que relatam ter TPM, embora asseverem que os sintomas aparecem com mais frequência no período pré-menstrual, costumam experimentá-los em outros momentos do ciclo, inclusive na fase folicular.

Em terceiro, os pesquisadores supõem que seja necessária a ocorrência da ovulação para a configuração dos transtornos pré-menstruais típicos; mas muitas mulheres que utilizam contraceptivos anovulatórios relatam ter TPM e falam das oscilações hormonais do ciclo menstrual sem se darem conta de que seu ciclo é artificial.

A pesquisa realizada, sem negar evidentemente a ocorrência de mudanças hormonais e de processos neuroquímicos nas mulheres e, claro, nos homens também, procura enfatizar a imprecisão conceitual da ‘síndrome’ pré-menstrual e o caráter fisicalista reducionista da concepção que restringe a complexidade das experiências dos seres humanos e seus corpos a processos físico-químicos.

Não se trata também de desconsiderar o sofrimento e o desconforto afirmado pelas mulheres que relatam ter TPM. Ao contrário, é de se supor que uma visão mais complexa e contextual da TPM/SPM possa ampliar as possibilidades de alívio desses mesmos sofrimentos.

O climatério

O climatério é descrito pelo discurso biomédico como um período delicado; a biomedicina centraliza no corpo da mulher nesta fase, um conjunto de intervenções médicas e estéticas visando o alcance de um nível de funcionamento ótimo.

A medicina propõe, além da categoria ‘climatério’, a ‘pré-menopausa’ que abarca o tempo anterior ao próprio climatério. Como este tempo é bastante variável, conclui-se que, do ponto de vista biomédico, as mulheres precisam ser monitoradas por boa parte de suas vidas, inicialmente por conta

da SPM e depois pela pré-menopausa e ao longo do climatério.

Em uma pesquisa de campo (SENNA, 2009) efetuada com 30 mulheres entre 40 e 60 anos pertencentes a camadas médias urbanas e moradoras das zonas norte e sul da cidade do Rio de Janeiro, é notável o quanto o discurso biomédico se impõe de modo poderoso como base para a formulação de afirmações que se tornam ‘verdades’ sobre si mesmas no discurso das mulheres pesquisadas.

Uma noção emerge de modo inquestionável nas narrativas das mulheres pesquisadas – aquela que as define a partir de um conceito de constituição corporal de base hormonal.

A ênfase conferida pelas mulheres entrevistadas à TPM e aos fenômenos do climatério evidencia uma descrição patológica da mulher em quase todos os dias do mês – fato atribuído por elas às oscilações hormonais.

Para a maior parte do grupo, o fato de não mais menstruar significa a perda da juventude e, com ela, a beleza e a sensualidade. O ato de menstruar é associado a um simbolismo fortemente carregado de significados que definem o que é um ser do sexo feminino. Mesmo para mulheres que declararam não querer mais ter filhos, e também para aquelas que nunca desejaram ser mães, a perda da menstruação apresenta uma conotação extremamente pesada e depreciativa. As imagens dessas mulheres em torno de suas vivências da menopausa são plenas de conotações negativas.

A substancialização do feminino nos hormônios (ROHDEN, 2008) se manifesta de modo claro nas entrevistas. Aos hormônios atribuem a determinação da beleza, da saúde, da sensualidade e dos transtornos ocorridos, seja por sua presença (TPM/SPM) ou por sua ausência (climatério/menopausa).

Os depoimentos também demonstram uma construção discursiva pautada em uma hierarquia de gênero. Tal hierarquia é explicitada a partir de uma influência hormonal expressa de modo preeminente no corpo feminino. Apesar dos relatos indicarem o reconhecimento de certa influência dos hormônios no corpo masculino com consequências físicas e psíquicas, é outorgado claramente maior peso à ação destes sobre o corpo e a vida da mulher. Do mesmo modo, a hierarquia se faz presente nas diferenças quanto à percepção da passagem do tempo. Os depoimentos apontam, por vezes com veemência, para as distinções entre o que é possível para o homem e para a mulher no processo de amadurecimento e envelhecimento.

De um modo geral, apresenta-se um perfil de mulher frágil, instável, tendendo quase à

patologia e que, por essa razão, demanda atenção e cuidados médicos constantes.

O campo, no entanto, não expressa conteúdos de forma uníssona. As análises das narrativas revelam que ora as falas se fundamentam indiscutivelmente no discurso biomédico, ora são matizadas pelas histórias e recursos pessoais, além do cenário de fundo histórico, político e social do campo investigado.

Desse modo, apresentam-se interessantes deslizamentos e desconstruções de certas ‘verdades biomédicas’, como, por exemplo, a vitimização feminina que culpabiliza eventos fisiológicos como menstruação e menopausa. Esta posição é questionada por algumas mulheres entrevistadas que efetuam uma ruptura com a ideia prevalente no conjunto investigado que aponta a mulher como ‘vítima’ das oscilações e mudanças hormonais no período anterior à menstruação (TPM) e no climatério. Estes questionamentos que buscam romper com a ‘vitimização, colocam-se como discordantes de relatos da mesma pesquisa que tentam ‘naturalizar’ conflitos que possam ocorrer durante a TPM. Segundo estes, as situações disruptivas poderiam ser evitadas se os companheiros, familiares, colegas e amigos das mulheres em período de TPM considerassem sua ‘impossibilidade momentânea’ de uma ação mais assertiva nestes momentos. Para as entrevistadas que questionam essa vitimização, as mulheres utilizam a desculpa da TPM para certas questões ou até mesmo para tomar decisões que em outro período do mês não teriam coragem de assumir, pois não poderiam ‘justificar’ pela via da TPM.

Do ponto de vista da maior parte das narrativas, o climatério é compreendido de forma ambígua. Embora muitas vezes seja descrito como evento puramente fisiológico que integra um processo ‘natural’ feminino, também é reconhecidamente demandante de supervisão e tratamentos médicos. O discurso biomédico torna-se na maioria das vezes inquestionável sob a chancela da menopausa.

A terapia de reposição hormonal (TRH), embora bastante controversa, mantém-se como o tratamento de eleição para o climatério. Apesar das contraindicações, configura-se como um verdadeiro tratamento *prêt-a-porter* para as mulheres no climatério, bastando que elas se submetam a um controle frequente de seus corpos para os ‘ajustes’ que se fizerem necessários em cada uma.

Mesmo nos relatos das mulheres que se referem ao climatério como fisiológico, portanto sem razão de vergonha ou ocultamento, aparece a procura por sintomas ‘ocultos’ e possíveis indícios de

alguma condição grave acarretada pelo climatério e instalada em seus corpos e que justifique iniciar a TRH.

A contribuição de Harding (1997) sobre o tema é preciosa. A autora dialoga com Foucault (1985) e aponta para o quanto a TRH vem se constituindo gradativamente no que pode ser considerado como uma tecnologia de poder. Segundo sua reflexão, a TRH se estabelece com a função de ‘normalizar’ a mulher no período do climatério com o objetivo de construir nesse período um corpo feminino inscrito em um contexto de aptidão e produtividade. Harding denuncia a falta de informações mais precisas que permitam às mulheres efetuarem escolhas conscientes sobre seus corpos e suas vidas.

Corroborando essa denúncia de Harding, um número significativo de depoimentos revela uma insegurança das mulheres sobre a real necessidade de prevenção e tratamento. Contudo, elas não conseguem questionar a opinião médica. Algumas mulheres, conhecedoras dos riscos da TRH, optam por tratamentos ‘alternativos’ como a fitoterapia e a homeopatia. Mesmo assim, mostrou-se muito difícil para as mulheres entrevistadas conviver com a ideia de não estarem se ‘tratando’, já que muitas vezes a ausência de ‘sintomas’ é interpretada como mais um ‘sintoma’, um sinal de que alguma coisa poderia realmente estar ‘fora de ordem’ em seus corpos! Pode ser observado que a categoria hormônio se converte em sinônimo de ‘remédio’ e tratamento, o que confirma a grande pregnância do discurso biomédico na elaboração das falas dessas mulheres sobre si mesmas.

Um outro fato relevante emerge nos relatos: a delegação ao médico da posição de ‘guardião’ da saúde feminina. As narrativas sobre as consultas médicas contêm descrições bastantes complexas, desde pedidos de desculpas aos próprios médicos por mulheres que ‘ainda’ não haviam sentido sintomas, quando seria esperado que sentissem, até verdadeiros debates durante as consultas, as mulheres tentando fazer valer a sua opinião sobre o que desejam para seus corpos nesse período.

Pelo menos um depoimento marca uma ruptura importante com relação ao restante do campo e se aproxima do argumento de Martin (1996) para o período do climatério. Para esta autora, diferentemente do que é proposto pela biomedicina, esta fase se constitui como um marco de mudanças de vida, na maior parte, positivas. No depoimento referido acima, a entrevistada assume uma posição de resistência ao modelo médico para o climatério, resolve interromper por conta própria todos os tratamentos aos quais se submetia sem qualquer alívio e, surpreendentemente, passa a se sentir muito bem. Ela argumenta ser necessário que as mulheres assumam sua condição de serem

mulheres no período do climatério tornando público esse estado sem qualquer sentimento de vergonha que as leve a tentar esconder qualquer evento que venha a ocorrer em seus corpos. Sendo assim, os ‘calores’ e a sudorese que geralmente constroem as mulheres por revelarem seu estado fisiológico e, conseqüentemente a idade, passam a ser considerados não mais indícios de um fato a ser escondido, mas como algo lícito de expressão no domínio público.

Conclusão

A partir das considerações tecidas, concluímos que as experiências femininas relativas a seus órgãos reprodutivos tais como descritas pela biomedicina contêm metáforas implícitas (MARTIN, 1986, 2006) nas quais são projetadas imagens culturais tradicionais referentes a sexo e gênero. Há uma participação decisiva da cultura no modo pelo qual o ‘mundo natural’ é narrado. No discurso biomédico, as mulheres ocupam uma posição de menor valor em comparação com os homens, uma vez que os relatos científicos são produzidos a partir de olhares absolutamente imersos em estereótipos culturais e históricos.

Em função desta visão reducionista e estereotipada, pratica-se e promove-se o que é considerada a melhor forma de lidar com os organismos femininos: intervenções biotecnológicas como, por exemplo, a suspensão da menstruação via ingestão de hormônios para evitar problemas relativos à menstruação e a terapia de reposição hormonal (TRH) para ‘tratamento’ dos sintomas do climatério.

Nenhuma atenção costuma ser dada às questões subjetivas (psicológicas) e sociais (culturais, históricas e políticas) que contribuem para a eclosão e manutenção dos supostos ‘sintomas patológicos’ e a maneira com que mulheres e homens lidam com isso.

Importante deixar claro que não se trata de negar a ocorrência de mudanças hormonais e de processos neuroquímicos nas mulheres e homens, mas de chamar a atenção para o caráter fisicalista reducionista da concepção que restringe a complexidade das experiências dos seres humanos e seus corpos a processos físico-químicos, reducionismo este que leva a falsas conclusões consideradas universais e que reafirmam e reificam estereótipos sobre sexo e gênero.

Portanto, sem negar a biologia, mas evitando o reducionismo biomédico ao ‘corpo hormonal’, concluímos que o entendimento crítico da TPM/SPM e do climatério/menopausa aponta para



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia
Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

realidades complexas que ensejam mais estudos em direção a descrições e compreensões menos reducionistas destas experiências femininas.

Referências bibliográficas:

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.15 (suplemento): 177-201, 2005.

CHENIAUX JR., E. *Síndrome pré-menstrual: um ponto de encontro entre a psiquiatria e a ginecologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. In: *Annual Reviews Sociol.*, 1992, 18: 209-232.
_____. *The medicalization of society*: Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DICKERSON, L. M.; MAZYCK, A. P. I. & HUNTER, M. Premenstrual syndrome. In: *American family physician*. Vol. 67, nº 8: 1743-1752, abril, 2003.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GOOD, Byron J. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HALBREICH, U. *et al.* Are there differential symptom profiles that improve in response to different pharmacological treatments of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder? In: *CNS Drugs* (2006); 20 (7): 523-547.

HARDING, J. Bodies at risk: sex, surveillance and hormone replacement therapy. In: PETERSEN, A.; BUTTON, R. (Org.). *Foucault: health and medicine*. London and New York: Routledge, 1997.

LAQUEUR, Thomas: Orgasm, generation and the politics of reproductive biology. In: GALLAGHER, C.; LAQUEUR, T. (Orgs.). *The making of the modern body*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 1987.

_____. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

MANICA, Daniela. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. In: *Horizontes Antropológicos*. Jun. 2011, vol.17, nº 35, pp. 197-226.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

MARTIN, Emily. Science and construction of gendered bodies. In: LASLETT, B. *Gender and scientific authority*. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

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

MARIANO, Miriam O. *A construção da síndrome pré-menstrual*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

NUCCI, Marina F. *Hormônios pré-natais e a ideia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

OUDSHOORN, N. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London and New York: Routledge, 1994.

RICHARDSON, John T. E. The premenstrual syndrome: a brief history. In: *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, nº 6, pp. 761-767, 1995.

ROBINSON, Alexandra. *Forms and functions of premenstrual syndrome*. Tese de Doutorado em Antropologia. Chicago, USA: University of Illinois, 2002.

RODHEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15 (suplemento): 133-152, jun. 2008.

_____. O que se vê no cérebro: a pequena diferença entre os sexos ou a grande diferença entre os gêneros? In: MALUF, S. W. & TORNQUIST, C. S. (orgs). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. V. 1.

_____. O homem é mesmo a sua testosterona: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. In: *Horizontes Antropológicos* (UFRGS, Impresso), v. 17, p. 161-196, 2011.

SCHIENBINGER, L. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century anatomy. In: GALLAGHER, C. (ed.). *Making of modern body*. Berkeley: University of California Press, 1987.

_____. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EDUSC, 2001.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia
Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

SENNA, R. A. *Passagens de idade: uma análise antropológica sobre as articulações entre o saber biomédico e o saber leigo no discurso de mulheres de camadas médias*. 2009. 184 pag. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOARES, C. & ZITEK, B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? In: *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33 (4): 331-343.

VALADARES, G. C.; FERREIRA, L. V.; CORREA FILHO, H. & ROMANO-SILVA, M. A. Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão, conceito, história, epidemiologia e etiologia. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 33, nº 3: 117-123, 2006.

WIJINGAARD, M. *Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington, USA: Indiana University Press, 1997.