

Juliana Vieira Sampaio

Orientador: Benedito Medrado

Tese de doutorado

HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: atuando controvérsias



Programa
de Pós-Graduação
em Psicologia-UFPE



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE SOCIOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO**

JULIANA VIEIRA SAMPAIO

**HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO:
ATUANDO CONTROVÉRSIAS**

**RECIFE (PE)
2016**



JULIANA VIEIRA SAMPAIO

HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO:
ATUANDO CONTROVÉRSIAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Psicologia.
Orientador: Dr. Benedito Medrado

RECIFE (PE)

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

S192h Sampaio, Juliana Vieira.
Hormônios na produção de modos de subjetivação : atuando
controvérsias / Juliana Vieira Sampaio. – 2016.
323 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Benedito Medrado.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2016.
Inclui Referências apêndices.

1. Psicologia. 2. Sexualidade – Aspectos psicológicos. 3. Hormônios. 4.
Modos de subjetivação. 5. Ator-rede. I. Medrado, Benedito (Orientador). II.
Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2016-78)

HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO:
ATUANDO CONTROVÉRSIAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 19/ 12/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Benedito Medrado
(Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^ª. Dr^ª. Vera Sonia Mincoff Menegon
(Examinadora Externa)

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Francisco
(Examinadora Externa)

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Prof^ª. Dr^ª. Jaileila de Araújo Menezes
(Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Jorge Lyra
(Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dedico aos que percorreram comigo os descaminhos.

RADECIMENTOS

À minha família pelo apoio incondicional. Minha mãe pelo cuidado e por ser meu exemplo de mulher forte e determinada. Meu pai por sempre apoiar, incentivar e acreditar no que faço. Meu irmão por ser um excelente interlocutor.

Ao Victor, companheiro de todas as horas, na presença, na ausência, na distância...

Ao Benedito por suportar os momentos de ausência, por orientar nos momentos de desorganização, por mostrar a força da academia fora dos muros da universidade e por apoiar as minhas decisões durante esses descaminhos.

Ao Ricardo por ser uma inspiração não só acadêmica, mas principalmente como ser criativo. Obrigada por mostrar desde a graduação que fazer pesquisa pode ser divertido, por nunca ser o mesmo e sempre traçar linhas de fuga.

À Jaileila por ser encantadora, por conseguir ser tão leve ao falar de coisas tão complexas e valorizar cada palavra boba daqueles ao seu redor.

Ao Jorge Lyra por ser tão prestativo, inteligente e ter um sorriso tão acolhedor.

À Vera pela simplicidade, sabedoria e simpatia.

À Ana Lúcia por ter aceitado participar da banca e, assim, possibilitar um encontro que desejo produtivo.

À família Porto de Galinhas, Túlio, Michael e Chico, por abrirem as portas da casa de vocês e me receberem de braços abertos. Eterna gratidão por fazer Recife um lar.

À casa dos estudantes por me ensinarem a me adaptar e a conviver com o diverso. Em especial, à Vick por ser sempre tão animada, acolhedora e ter um sorriso contagiante no rosto. Sem esquecer a moradora que nunca pagou o aluguel, Helena, por trazer leveza e tranquilidade àqueles ao seu redor.

À Formação Inicial: Lua, Lori, Vini, Rafa, Diva e Irvina. Obrigada por entenderem meus momentos de ausência e estarem sempre tão presentes para compartilhar as angústias e vitórias.

Às minhas amigas de todas as horas: Talou, Uchoa, Tati, Nathy, Thay e Bekita. Por me acompanharem por uma vida inteira dividindo as dificuldades e os prazeres do que é se tornar adulto, orgulho de ver as mulheres incríveis que vocês se tornaram. É mágica a sintonia que temos nos nossos encontros que nem o tempo ou a distância conseguem destruir.

Às meninas do gênero: Ju, Lu, Cel, Quel, Hanna, Ivna e Layla por continuarem ressoando nos meus escritos com as suas perguntas e inquietações. Graças à vocês a academia se tornou um lugar de afeto.

À turma do doutorado por ser sempre inquieta e questionadora. Em especial à Dani, Lívia e Manoel pela Copa, pelo sushi, pelo tênis. À Samela pela loucura de me abrigar nos primeiros dias do doutorado sem nunca ter me visto na vida.

Ao GEMA por promover encontros e diálogos. Em especial à Jullyane Brasilino, Thaíssa, Mari, Celis, Ana Luísa, Luís, Jullyane, Juliana Gama, Ana Paula, Fernanda pelas risadas, pela recepção e por tornar Recife mais aconchegante.

À turma do NUCED: Myllis, Jessica, Luara, Jaina, Alana, Natasha, Camila Avarca, Amanda, Morgana, Kyara, Juliana Pinho que proporcionaram momentos de risos e aprendizagem.

Aos professores do programa de Pós-graduação da UFPE que contribuíram abrindo novas portas no meu mundo. Em especial, ao Luís Felipe por tencionar e provocar de modo leve os nossos modos de pesquisar. À Fátima Santos que conquistou a minha admiração ao mostrar que ser pesquisador é permitir ser afetado. À Mónica Franch, que não é do Programa, mas que em curtos diálogos fez questionamentos muito pertinentes.

Ao João por ser sempre solícito e atencioso nos momentos de desesperos burocráticos.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ro facilitou a produção desta tese.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984, p.15)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

RESUMO

Esta tese visa analisar agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação de modos de subjetivação contemporâneos. Os modos de subjetivação são aqui compreendidos como rede mutável e permeável que envolve a associação de diversos elementos, humanos e não humanos. Defendemos a tese de que os hormônios atuam na conformação de dispositivos de governo de si, na sociedade contemporânea, numa dinâmica que inclui mudanças, efeitos e riscos (im)previsíveis e (in)desejáveis. Neste sentido, pretendemos: 1) analisar relações entre os saberes sobre os hormônios e a produção de efeitos de verdade; 2) analisar regulações da sexualidade e práticas de feminilização e masculinização agenciadas pelos hormônios. A abordagem teórico-metodológica adotada se alinha aos estudos de Michel Foucault, especialmente, em seus escritos sobre modos de subjetivação e se aproxima de alguns conceitos postulados por pesquisadores/as alinhados/as à Teoria Ator-Rede (TAR) que nos ajudam a compreender aspectos relativos aos hormônios como atuantes na conformação dos modos de subjetivação. O corpus de análise foi constituído a partir de vídeos disponibilizados publicamente pela indústria farmacêutica Bayer, uma das empresas de maior expressão internacional na produção e comercialização de hormônios, totalizando 34 vídeos. O tratamento desse material foi organizado em três curvas de análise, em consonância com os objetivos da tese: 1) produção de efeitos de verdade e saber biomédico; 2) hormônios e feminilização; 3) hormônios e masculinização. Concluímos que os hormônios têm produzidos efeitos diversos, entre eles a atualização do modelo binário de sexo, que, entre outras coisas, associa a mulher à função reprodutiva e os homens ao exercício da sexualidade. Tais premissas normatizadoras instituem determinados modos de subjetivação e constroem a diversidade e a plasticidade. Essa tese coloca em questão os dualismos homem- mulher, natureza-cultura, natural-artificial para questionar a naturalização dos efeitos dos hormônios, trazendo tais substâncias para o debate ético-político, a fim de produzir novo devires mais criativos e potentes.

Palavras-chave: Hormônios, Modos de Subjetivação, Dispositivo, Ator-Rede



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ABSTRACT

This thesis aims at analyzing hormone-produced actions in the conformation of contemporary modes of subjectivation. The modes of subjectivation are understood here as a mutable and permeable network which involves the association of various elements, human and non-human. We defend the thesis that hormones act in the conformation of self governance devices in contemporary society, in a dynamic that includes (un) predictable and (un) desirable changes, effects and risks. In this sense, we intend: 1) to analyze relations between the knowledge about the hormones and the production of the effects of truth; 2) to analyze regulations of sexuality and practices of feminization and masculinization caused by hormones. The theoretical-methodological approach adopted is aligned with the studies of Michel Foucault, especially in his studies on modes of subjectivation and approaches some concepts postulated by researchers aligned with the Actor-Network Theory (ANT) that help us to understand aspects related to hormones as acting in the conformation of modes of subjectivation. The corpus of analysis consisted of videos made publicly available by the pharmaceutical industry Bayer, one of the most internationally famous companies in the production and commercialization of hormones, totaling 34 videos. The treatment of this material was organized in three large units of analysis, in line with the objectives of the thesis: 1) production of truth effects and biomedical knowledge; 2) hormones and feminization; 3) hormones and masculinization. We conclude that hormones have produced diverse effects, among them the updating of the binary sex model, which, among other things, associates women with the reproductive function and men with the exercise of sexuality. Such normative premises institute certain modes of subjectivation and constrain diversity and plasticity. This thesis calls into question the male-female, nature-culture, natural-artificial dualisms to question the naturalization of the effects of hormones, bringing such substances into political and ethical debate, in order to produce new, more creative and powerful ways of being.

Keywords: Hormones, Subjectivation Modes, Device, Actor-Network



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anúncio Elixir Nutrogenol Granado de 1912	77
Figura 2 - Anúncio Xarope Divino, de 1917	77
Figura 3 - Embalagem Femiane Anticoncepcional Bayer	80
Figura 4- Embalagem Proviron Andrógeno Bayer	80
Figura 5 – Site Bayer	84
Figura 6 – Página com as plataformas da Bayer	84
Figura 7 – Presença Global da Bayer	88
Figura 8 – Bayer jovem	90
Figura 9 – Bayer para Você	91
Figura 10 – Bayer para Homens	91
Figura 11 – Canal Bayer Brasil	94
Figura 12 – Canal Expressão Feminina	94

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
PLATÔ I: Técnicas de si e a agência dos hormônios	
2. HORMÔNIOS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	19
2.1 Modos de Subjetivação e o Dispositivo da Sexualidade	23
2.1.1 Dispositivo de sexualidade produzindo modos de subjetivação	28
2.2 Hormônios, biopoder e subjetividades tóxicas	35
2.2.1 Hormônios como tecnologia	40
2.2.2 Binarismo de sexo e os hormônios	44
PLATÔ II: Traçando linhas de fuga e estabelecendo controvérsias	
3. APROXIMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	55
3.1 Aproximações e aspectos estratégicos da obra de Foucault	56
3.2 Aproximações à Teoria Ator-Rede	60
3.3 Encontros e desencontros com Foucault e Teoria ator-rede	67
4. DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO COMO PRODUTOR DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: APRESENTANDO NOSSO CORPUS DE ANÁLISE	71
4.1 “Se é Bayer, é bom”: aproximações ao corpus de análise e seu campo de produção ..	74
4.2 Definindo o material a ser analisado	82
4.3 Construindo curvas de análise	95
PLATÔ III: Saber biomédico e produção de efeitos de verdade	
5. “CONSULTE O SEU MÉDICO”	101
5.1 Sexualidade como objeto da medicalização e o uso de hormônios	107
5.2 Resistência à medicalização e Direitos sexuais e reprodutivos	112
6. HORMÔNIOS COMO PRODUTORES DE RISCOS	120
6.1 “São problemas sérios, mas o risco que isso aconteça é extremamente baixo”	120
6.2 “E quando você tem uma carga genética? ”: prevenção como instrumento de regulação	127

Regulação de feminilidades

PRODUÇÃO, HORMÔNIOS E OUTROS DISPOSITIVOS DE REGULAÇÃO DOS CORPOS DAS MULHERES	139
7.1 “O ginecologista tem um lado educativo”: saberes sobre o corpo da mulher e a gestão da população	140
7.2 “Pare de tomar a pílula, porque ela não deixa o nosso filho nascer”: hormônios agenciando políticas eugênicas	146
7.3 “Como foi que aconteceu, você não conhecia sobre a pílula?”: culpabilização da mulher pela reprodução	152
8. “A MULHER É UM MAR REVOLTO E O HOMEM NÃO, É UM RIO CALMO E TRANQUILO”: OSCILAÇÃO HORMONAL E TPM	161
8.1 Localizando e gerindo a feminilidade em cada parte do corpo da mulher	162
8.2 Paradigma bioquímico: a mulher-hormônio e o hormônio-mulher	165
9. “A NATUREZA PEGA O NOSSO CERTIFICADO DE GARANTIA E FAZ ASSIM ‘QUIQ’”: CLIMATÉRIO E REPOSIÇÃO HORMONAL	172
9.1 “Eu não conheci nenhuma mulher que não tenha sintomas”: mulher universal como argumento para justificar o hormônio como restaurador do equilíbrio	173
9.2 “Às vezes ela busca menos”: sexualidade e velhice	179
PLATÔ V: Hormônios na produção/regulação de masculinidades	
10. “A TESTOSTERONA É O PRINCIPAL HORMÔNIO DO CORPO DO HOMEM”: HORMÔNIOS E MASCULINIDADES	187
10.1 Masculinidades, exercício da sexualidade e saber biomédico	188
10.2 “Você já falhou alguma vez na hora H?”: a primazia da sexualidade na produção dos corpos masculinos	190
10.3 Masculinidades e reprodução	200
11. NAVEGANDO AINDA EM MARES REVOLTOS	205
REFERÊNCIAS	210
APÊNDICE A – PLATAFORMAS DE CONTATO COM PÚBLICO	
APÊNDICE B – VÍDEOS DO YOUTUBE	
APÊNDICE C – TRANSCRIÇÕES DOS VÍDEOS DO YOUTUBE	

1. INTRODUÇÃO

Esta tese traz em seu título o desejo de dar visibilidades a formas diversas a partir das quais os hormônios contribuem na produção de modos de subjetivação contemporâneos. Assim, os hormônios são o objeto central desta pesquisa, a partir da qual buscaremos analisar os agenciamentos produzidos por estas substâncias, especialmente, na conformação e deslocamentos de modos de subjetivação. Para essa análise, focalizaremos material disponibilizado na plataforma online do Youtube¹, por uma das principais indústrias farmacêuticas multinacionais, responsáveis não apenas por produção de hormônios em larga escala, como também pela popularização desses fármacos: a Bayer².

A motivação para produzir este estudo se delineia desde o final do mestrado, quando, ao pesquisar a produção de saúde entre travestis e transexuais, os hormônios eram referidos como elementos importantes para a construção de um corpo/sujeito feminino e conseqüentemente um corpo/sujeito saudável (SAMPAIO, 2014).

Em geral, essas substâncias eram descritas pelas entrevistadas como elementos ômágicos, tal qual uma ôchave da felicidade, pois constituíam a possibilidade de fazer crescer seios, arredondar quadril, pernas e rosto, diminuir pelos, além de ter efeitos adversos (por vezes, curiosamente desejáveis) como tensão pré-menstrual (TPM), choros, ficar mais romântica e sensível ou mesmo a indesejável diminuição da libido (configurada muitas vezes como sacrifício inevitável, para se alcançar a posição de sujeito desejada), isto é, produzir marcas que na nossa sociedade estão relacionadas ao campo da feminilidade (PELÚCIO, 2007; GALINDO, VILELA, MOURA, 2012; SAMPAIO, 2014).

¹ ôFundado por Chad Hurley, Steve Chen e Jawed Karim, ex-funcionários do site de comércio on-line PayPal, o site YouTube foi lançado oficialmente sem muito alarde em junho de 2005 (...) O Youtube disponibiliza uma interface bastante simples e integrada, dentro da qual o usuário pode fazer o upload, publicar e assistir vídeos em streaming sem necessidade de altos níveis de conhecimento técnico e dentro das restrições tecnológicas dos programas de navegação padrão e da relativamente modesta largura de banda.ô (BURGESS, GREEN, 2009, p. 17).

² Em seu site, a Bayer se apresenta como uma empresa com mais de 150 anos, com atuação global nos setores de Saúde e Agronegócios, tendo como objetivo ôcontribuir para melhorar a qualidade de vida da população mundial, criando valores a partir da inovação, crescimento e melhor produtividade, a partir de ôprodutos e serviços desenvolvidos com tecnologia avançadaô (www.bayer.com.br/a-bayer/perfil-e-estrutura)

chamaram nossa atenção, na medida em que as travestis e transexuais entrevistadas posicionavam os hormônios como agentes de mudanças, como responsáveis por alterações que as aproximavam progressivamente do que elas nomeavam como ôfeminilidadeö.

Entretanto, também identificamos em seus relatos que os usos dessas substâncias passam por processo de regulação, seja formal ou informal, na medida em que algumas pessoas têm livre acesso aos hormônios, devido ao sexo que lhe foi designado no nascimento. Outras são interdidadas, pois se entende que determinados hormônios não são õnaturais aos seus corposö.

Contudo, nesse jogo, percebemos que os hormônios integram uma rede complexa que subverte as normas e regras que determinados saberes, como o biomédico, tentam lhes impor. Integram também essa rede, os sujeitos que administram essas substâncias, pois as utilizam de diferentes modos, resistindo às prescrições instituídas, a despeito de uma possível intencionalidade subversiva. Nesse sentido, os hormônios se configuram como elementos importantes na rede de produção de modos de subjetivação na nossa sociedade, provocando efeitos diversos.

Os hormônios configuram-se, assim, como õatuantesö ou nas palavras de Bruno Latour, como õmediadores que transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado dos elementos que se supõe que devem carregar, ou seja, não se posicionam de maneira estanque como meros intermediadoresö (LATOUR, 2012). E, como atuantes, os hormônios têm assumido importância nas formas de õrelação consigoö, produzindo novas conformações de õeusö.

Assim, essas substâncias podem se configurar também como uma estratégia contínua de poder, na medida em que o corpo se constitui em ferramenta de governo que se exacerba com a administração de hormônios, na medida em que essas estratégias de controle pelo/sobre o corpo (compreendido aqui como superfície de inscrição da verdade e foco de intervenção política) se confundem e se misturam (HÜNING, 2008; PRECIADO, 2008).

Nessa leitura, fazemos um paralelo com os hormônios e a discussão de Simone Hüning (2008) a respeito das biotecnologias, na medida em que podemos considerar os hormônios, como biotecnologia, pois produzem:

de simultânea incorporação da subjetividade e desmantelamento do corpo, que já não se define em termos de órgãos e funções, mas de suas mínimas unidades de informação genética, molecular. Concomitantemente, o próprio indivíduo torna-se um mero conglomerado de informações que já não provêm de corpos individuais, mas (...) que já não distingue o humano e o não-humano, mas que ao contrário, o recombina incessantemente. Em meio a esta complexa rede (científica, tecnológica, comercial, econômica, legal, moral...) o biológico que se produz com os recursos biotecnológicos se torna uma referência, e até mesmo uma condição, para a constituição da experiência do sujeito contemporâneo (HÜNING, 2008, p.98).

Nesse sentido, os hormônios não estão envolvidos apenas na trama relativa aos processos de saúde e adoecimento, mas no imperativo de felicidade e realização pessoal, que articula padrões de aparência, de afetos, de feminilidade e masculinidade. Os hormônios atuam como dispositivo de governo de si, atrelado às mudanças que são imprevisíveis, tendo efeitos variados de acordo com a rede em que se estabelece (GALINDO, VILELA, MOURA, 2012).

Dessa forma, um estudo sobre hormônios em Psicologia se justifica especialmente por suas possíveis aberturas para leituras sobre produção de modos de subjetivação contemporâneos, atravessados pelo poder biomédico e pela tecnologia farmacológica. Os hormônios não possuem, assim, propriedades inerentes, mas múltiplos efeitos possíveis que se produz a partir de diferentes práticas. Compreendemos, então, que essas substâncias atuam e são atuadas (LATOURE, 2012).

Nessa perspectiva, buscamos discutir a importância de agregar elementos não humanos às pesquisas da Psicologia, pois estes possuem agência e participam das ações. Com isso, definimos como nosso **objetivo geral**: analisar agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação/deslocamentos de modos de subjetivação contemporâneos. Como **objetivos específicos**, buscamos: 1) estabelecer relações entre os saberes sobre os hormônios e a produção de efeitos de verdade; e 2) analisar regulações da sexualidade e práticas de feminilização e masculinização agenciadas pelos hormônios.

A linha argumentativa que constitui esta tese e que nos ajuda a atuar controvérsias está estruturada a partir de cinco Platôs³ que se subdividem em capítulos, conforme apresentado a seguir.

³ Optamos por utilizar o termo Platô a partir da sugestão da professora Ana Lúcia Francisco, em referência aos escritos de Deleuze e Guattari, em *Mil Platôs*. Nesse sentido, *“Cada platô pode ser lido em qualquer posição e posto em relação com qualquer outro”* (DELEUZE, GUATTARI, 2000, p.33).

** Platô I: Técnicas de si e a agência dos hormônios.*

Desenvolvemos no capítulo 2 o pressuposto de que os hormônios se articulam em rede compondo o dispositivo da sexualidade e engendram estratégias de biopoder como forma de controle dos corpos em sua individualidade e da vida humana como espécie. Com isso, os hormônios são elementos importantes na produção de modos de subjetivação. Para tanto, dialogamos com diferentes autores que se dedicaram ao estudo do ògoverno de si e/ou sobre produção de corpos e de tecnofármacos, particularmente Michel Foucault, Donna Haraway, Paul Preciado e Nikolas Rose.

** Platô II: Traçando linhas de fuga e estabelecendo controvérsias.*

O Platô II abrange os capítulos 3 e 4 que englobam as questões sobre a abordagem ético-política e teórico-metodológica que guia esta pesquisa, além de apresentar os materiais que são analisados nos capítulos posteriores. No capítulo 3, apresentamos as aproximações e distanciamentos entre o fazer pesquisa com Foucault e com os autores que se aproximam da Teoria Ator-Rede (TAR), justificando a importância dessas produções para a elaboração desta tese.

No capítulo 4, discutimos sobre limites e possibilidades de análises de documentos de domínio público, principal material desta pesquisa. Nesse capítulo, descrevemos ainda as estratégias que empreendemos até chegarmos aos vídeos da Bayer. No total foram transcritos e analisados 34 vídeos da Empresa Farmacêutica Bayer, que falavam especificamente ou transversalmente sobre os hormônios. Tal material foi organizado a partir de três curvas de análise, que irão estruturar os Platôs seguintes: 1) Saber biomédico e produção de efeitos de verdade e; 2) Hormônios na produção/regulação de feminilidades; 3) Hormônios na produção/regulação de masculinidades.

** Platô III: Saber biomédico e produção de efeitos de verdade.*

Este Platô abrange os capítulos 5 e 6 e busca discutir o saber biomédico na produção de efeitos de verdade a respeito dos hormônios. Nesse sentido, inicialmente recorreremos ao debate sobre como os hormônios se articulam com a medicalização da vida e da sexualidade, a gestão do risco e as práticas de prevenção na saúde, na contramão dos direitos sexuais e reprodutivos.

**Platô IV: Hormônios na produção/regulação de feminilidades.*

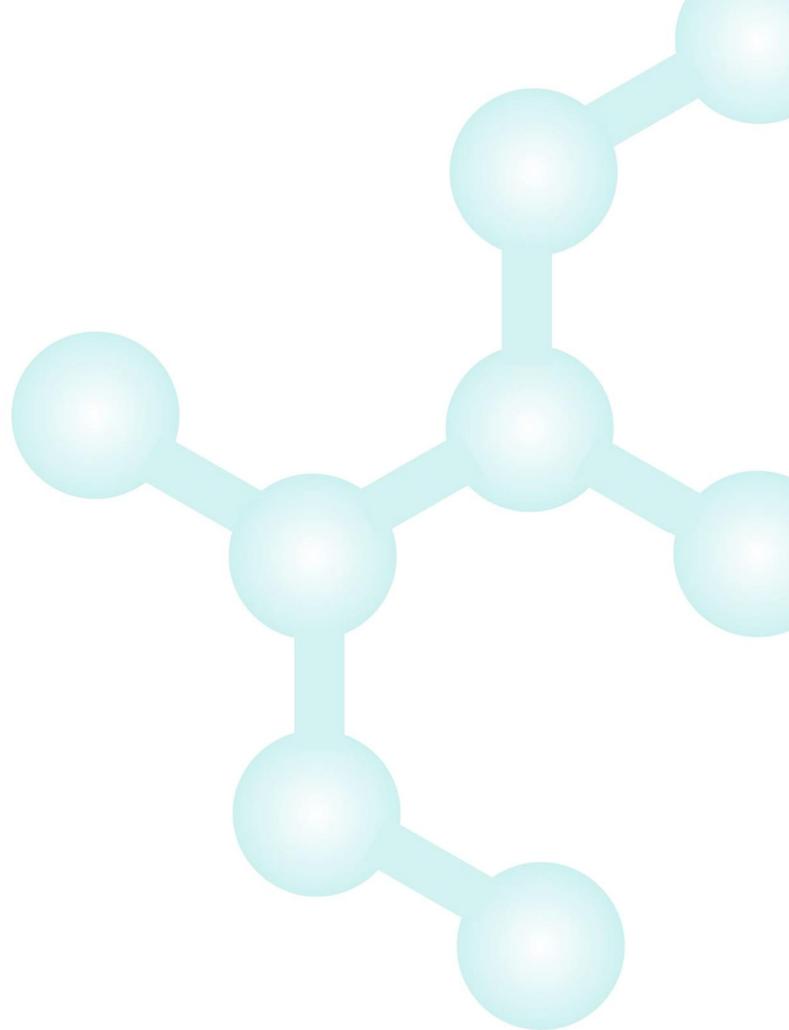
Dentre os agenciamentos produzidos pelos hormônios, interessa-nos particularmente os que estão associados ao sexo e sexualidade, particularmente na naturalização do dimorfismo sexual. Dessa forma, nos capítulos 7, 8 e 9, são discutidas questões relacionadas aos hormônios na conformação de práticas de feminilização. Os principais temas discutidos nesse Platô são: a naturalização da reprodução e maternidade, a reposição hormonal e normatização do envelhecimento, a oscilação hormonal e instabilidade atribuída às mulheres.

** Platô V: Hormônios na produção/regulação de masculinidades.*

O capítulo 10 que integra este Platô trata do efeito da masculinização agenciado pelos hormônios, especificamente a testosterona. Com isso estabelecemos as controvérsias que envolvem a testosterona e a saúde do homem; a hipervalorização da saúde sexual; o envelhecimento e a centralidade da ereção, além da produção de modos de ser homem e as tensões no campo reprodutivo.

Vale salientar que todas os Platôs se articulam em torno do eixo central desta tese que, como dito anteriormente, visa analisar agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação/deslocamentos de modos de subjetivação contemporâneos.

A organização em tópicos nos ajuda somente a explicitar alguns dos possíveis arranjos temáticos dentro da diversidade dos conteúdos apresentados no material analisado.



PLATÔ I:

TÉCNICAS DE SIEA

AGÊNCIA DOS

HORMÔNIOS

2. HORMÔNIOS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

Para traçarmos uma rede de sentidos a partir da qual nos aproximamos de uma possível definição sobre modos de subjetivação, conceito importante para a construção desta tese, inicialmente, recorreremos ao debate sobre a Modernidade e os modos de compreensão do corpo. Tendo como referência a leitura de alguns autores que tomaram a Modernidade como objeto de reflexão crítica, discutiremos como as transformações da modernidade implicam em agenciamentos produzidos em rede pelos hormônios.

Zygmunt Bauman (2001), por exemplo, utiliza a metáfora da transição do sólido para o líquido, com a finalidade de discutir as mudanças que aconteceram a partir do que nomeamos como Modernidade. Essas mudanças se configuraram, segundo ele, a partir: 1) da instrumental separação entre o espaço e o tempo, 2) de uma desintegração dos laços sociais e 3) de alterações substanciais na forma de compreensão do sujeito.

Outros três fatores, segundo Eloisa Grossman (2010) tiveram também grande influência durante a transição da Idade Média à Modernidade, que afetaram na concepção que as pessoas tinham de si e na sua relação com os outros.

O primeiro fator foi a conformação do Estado Moderno e suas novas funções, entre elas o poder de interferir e exercer o controle do espaço social e da ordem pública. Como argumenta a autora, o Estado passou a ordenar a comunidade e o espaço público. Com isso, os sujeitos passaram a se dedicar cada vez mais às atividades particulares. O segundo acontecimento importante nesse processo de transição foi expansão do acesso a alfabetização e aos livros, que também possibilitou a introspecção, as atividades privadas e a solidão. O terceiro e último fator se configura ao longo dos séculos XVI e XVII, com o estabelecimento de novas religiões, entre elas o protestantismo, que possibilitou uma promessa de relação mais íntima e direta entre os fiéis e o divino, além de uma apropriação dos escritos sagrados (GROSSMANS, 2010).

Anthony Giddens (2002), por sua vez, advoga que a Modernidade se estabelece inicialmente na Europa com o fim do feudalismo, mas só ganha impacto mundial a partir do século XX. O processo de industrialização, com o uso de máquina para produzir bens e o capitalismo com a produção de mercadorias e a mercantilização da força de trabalho são marcos importantes para o estabelecimento da Modernidade. Já

caracterizou pelo fortalecimento dos Estados Nacionais, pela redefinição dos papéis sociais, pelo avanço acelerado da industrialização e da técnica e pela organização dos trabalhadores.

O conhecimento científico também é transformado, o processo iniciado com o Iluminismo no século XVIII, que coloca como centrais a racionalidade e a educação, além de propor a superação dos dogmas da tradição por meio da razão, oferecendo uma sensação de certeza em lugar do caráter arbitrário do hábito e do costume, tornam-se marcos importantes para a organização da sociedade Moderna.

Porém, Giddens (2002) pondera que a reflexividade da Modernidade sabota a promessa de certeza do conhecimento, pois a ciência depende não da acumulação indutiva de demonstrações, mas do princípio metodológico da dúvida (p. 25). Mesmo os conhecimentos científicos já estabelecidos estão passíveis à dúvida, à revisão, à contestação, ao descarte, a partir de novas ideias e/ou descobertas.

Percebemos que a noção de Modernidade varia em diferentes autores e dentro da obra de alguns teóricos, como no caso de Michel Foucault. Edgardo Castro (2009) argumenta que Foucault fala sobre a Modernidade a partir de variados sentidos, seja como período⁴ histórico que começa no final do século XVIII; seja politicamente, com a Revolução Francesa; seja filosoficamente com Descartes no século XVII ou com Kant no século XVIII, seja epistemologicamente a partir do desenvolvimento das ciências humanas e a conformação dos sujeitos como objeto e sujeito do saber, argumento fortemente presente nas primeiras obras de Foucault, como em *A palavra e as coisas* (1995).

O desenvolvimento de sistemas de vigilância e controle dos corpos e da população também são fatores importantes nesta transição para o que foi chamado de Modernidade (FOUCAULT, 1977). Como apresenta Castro (2009), baseado nas obras de Foucault, a modernidade é o equivalente à época de normalização, ou seja, à época de um poder que se exerce como disciplina sobre os indivíduos e como biopolítica sobre a população (p. 301).

Os corpos, nesses processos disciplinares e normalizadores, são tomados como princípio, meio e fim: objeto de adestramento, de docilização, de ampliação das

⁴ Utilizamos os termos períodos, momentos e épocas com o sentido próximo a ondas, que vão e voltam sempre diferentes, mas com certas semelhanças. Dessa forma, compreendemos que a história não é estanque e estável, mas permeada por jogos, tensões e controvérsias na qual coexistem diferentes fenômenos, mesmo que alguns ganhem mais destaque em certas ocasiões.

...crescimento da utilidade e da força econômica e, ao mesmo tempo, reduzindo a sua força política. O corpo parece assim existir para justificar a sua própria regulação.

Com o conceito de biopolítica, articulado à essa concepção de poder disciplinar, Foucault (2009a) aborda, assim, a estratégia de gestão dos corpos, a partir do século XVIII, enfatizando o movimento de racionalizar a prática governamental a partir dos fenômenos próprios de um conjunto de viventes tomados como população. Isso é, além da ação nos corpos individualizados, a política de Estado passa a gerenciar a vida e o corpo social a partir de aplicação de normas higienistas e eugênicas que incidem de maneira normalizadora e massificante sobre práticas singulares, por exemplo.

Entre o século XVI e XVIII surge efetivamente o sujeito moderno, nessa perspectiva, a concepção de homem do cogito de René Descartes é uma produção importante nesse período:

Mais tarde, ao analisar com atenção o que eu era, e vendo que podia presumir que não possuía corpo algum e que não havia mundo algum, ou lugar onde eu existisse, mas que nem por isso podia supor que não existia; e que, ao contrário, pelo fato mesmo de eu pensar em duvidar da verdade das outras coisas, resultava com bastante evidência e certeza que eu existia; ao passo que, se somente tivesse parado de pensar, apesar de que tudo o mais que alguma vez imaginara fosse verdadeiro, já não teria razão alguma de acreditar que eu tivesse existido; compreendi, então, que eu era uma substância cuja essência ou natureza consiste apenas no pensar, e que, para ser, não necessita de lugar algum, nem depende de qualquer coisa material. *De maneira que esse eu, ou seja, a alma, por causa da qual sou o que sou, é completamente distinta do corpo* e, também, que é mais fácil de conhecer do que ele, e, mesmo que este nada fosse, ela não deixaria de ser tudo o que é (DESCARTE, 1637, p.22, grifo nosso).

Ao produzir a síntese penso, logo existo, Descartes coloca a razão como centro e afirma que existe independente de qualquer matéria. O corpo é apenas uma máquina, um abrigo para a alma, e Deus é um artesão hábil. O saber sobre esse corpo máquina começa a ser construído pelos anatomistas, mas é com o saber biomédico que esta perspectiva se consolida. O corpo se torna moldável, partes são retiradas, outras substituídas por próteses mecânicas. A gestão desse corpo se dá a partir da ideia de tirar o máximo de rendimento dessa máquina, fazendo um uso racional.

A ideia do corpo como máquina que é facilmente manipulado e que foi sendo elaborada no período de Descartes irá influenciar o modo como percebemos o

per biomédico e a produção de novas ferramentas para moldar este corpo de acordo com os padrões instituídos terão grande influência no modo como nos subjetivamos. O dualismo e a manipulação do corpo máquina pelo saber biomédico irão implicar numa manipulação e gestão de si a partir do uso de ãnovas tecnologias⁵õ biomédicas que vão desde o uso de psicotr3picos até o uso de horm3nios, como discutiremos adiante de forma mais detalhada.

M3rcia Ar3n (2009) argumenta que, a partir da Segunda Guerra Mundial, assistimos ao surgimento de um novo modelo de produç3o de subjetividades fortemente relacionado às ãnovas tecnologiasõ. Um regime que se configura, sobretudo, pelo impacto das ãnovas tecnologiasõ na construç3o de si.

Nesse momento, acontece um novo processo de mudanç3a e continuidade que alguns v3o nomear como modernidade líquida (BAUMAN, 2001), modernidade tardia (GIDDENS, 2002), sociedade de controle (DELEUZE, 1992), tecnopoder (HARAWAY, 1991). N3o é mais a arquitetura, a ortopedia e a disciplina descritas por Foucault (1977) que ir3o servir de modelo para entender a relaç3o entre corpo e poder, pois passamos a observar a miniaturizaç3o, internalizaç3o e introvers3o dos dispositivos⁶ de vigil3ncia (PRECIADO, 2008). A principal característica dessas ãnovas tecnologiasõ é tomar a forma do corpo que controlam (HARAWAY, 1991; CORR3A, 2004; PRECIADO, 2008; AR3N, 2009).

Assim, tendo como refer3ncia as mudanç3as ocorridas na Modernidade, e em especial na Modernidade Tardia, discutiremos nos pr3ximos t3picos a noç3o de modos de subjetivaç3o proposto por Foucault, que funciona como ponto de refer3ncia para este estudo. Nesse sentido, dialogaremos tamb3m com outros autores que t3m estudado como os novos modos de se relacionar consigo e com os outros é atravessado por relaç3es de poder, governo dos corpos e diferentes materialidades (HARAWAY, 1991; PRECIADO, 2008; ROSE, 2013).

⁵ Utilizaremos o termo ãnovas tecnologiasõ na falta de um termo mais adequado, para definir as materialidades produzidas a partir da segunda metade do s3culo XX. Esse termo faz refer3ncia a alta tecnologia ou tecnologia de ponta que envolve as novas tecnologias da informaç3o, rob3tica, computaç3o, biotecnologia e nanotecnologia

⁶ Dispositivos s3o ãestrat3gicas de relaç3es de forç3 sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eleõ (FOUCAULT, 2009b, p. 246), que englobam instituiç3es, leis, arquiteturas, enunciados científicos e filosóficos etc., cuja funç3o estrat3gica é o exerc3cio do poder em um determinado momento hist3rico (FOUCAULT, 2009a, 2009b). A noç3o de dispositivo ser3 mais discutida no pr3ximo capítulo.

Positivo da Sexualidade

Mary Jane Spink (2011) argumenta que é difícil encontrar um termo para nomear o *ser* que somos, pois, cada termo remete a uma teoria e conseqüentemente a uma perspectiva diferente de fazer pesquisa. Sem a pretensão de esgotar essa questão, o conceito de modos de subjetivação aqui adotado faz referências aos estudos de Foucault (2010), que fundamentam a crítica ao modelo de sujeito cartesiano, apresentado como universal, a-histórico e origem da produção de conhecimento.

Assim, partindo da leitura crítica sobre produção do sujeito pela modernidade, apresentada anteriormente, utilizamos a noção de *modos* de subjetivação para abordar a forma dinâmica, instável e provisória da constituição do sujeito, que se dá na dobra de diferentes forças, saberes, poderes e técnicas de si. Diferencia-se, por um lado, da visão estável e universalizante do sujeito moderno, mas ao mesmo tempo, não se confunde com os *processos* de subjetivação. Apesar de ambos serem definidos pela maneira de relacionar-se com as regras estabelecidas em cada período histórico, os modos de subjetivação dizem respeito à forma predominante dessa relação, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua vida (NARDI, 2006).

Para consolidar essa definição de *modos* de subjetivação lançamos mão de diálogos com outros autores, tais como Félix Guattari e Suely Rolnik (1996) para os quais a produção de subjetividade constitui a matéria-prima de toda e qualquer produção (p. 28).

Seguindo a crítica de Guattari e Rolnik (1996), Spink (2011) advoga que a noção de indivíduo, por exemplo, frequentemente utilizada pela psicologia, não contempla a perspectiva desta pesquisa, por fazer alusão a produção de massa, serialização, registro, modelação e oposição a sociedade. Sujeito, por sua vez, remete a dois significados: *sujeito a alguém pelo controle e dependência* e *preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento*. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e toma o sujeito a. (FOUCAULT, 1995, p. 235). Uma terceira opção seria usar o termo de origem anglo-saxã *self*, porém a tentativa de traduzir o conceito para *eu* perde a sua proposta de não dicotomização entre ser e sociedade, pois no seu cerne teórico, não há *self* sem o outro (SPINK, 2011).

nos o quanto é difícil encontrar termos que não sejam totalizantes, cristalizadores e que não ganhe contornos transcendentais, essencialistas e identitários. Guattari e Rolnik (1996) apostam no agenciamento coletivo de enunciação que ão corresponde nem a uma entidade individuada, nem a uma entidade social predeterminadaö (p.31). Os autores argumentam que Sigmund Freud teria sido um dos primeiros a sinalizar a impossibilidade de totalização do ego, pois a subjetividade não pode ser centralizada no indivíduo, já que esta é fabricada no registro social. Eles argumentam que Descartes fez a tentativa de tornar indissociável a ideia de uma subjetividade consciente à existência do indivíduo e que isto produziu na Modernidade a ideia da existência de um indivíduo independente do meio social.

A noção de subjetividade para Guattari e Rolnik (1996) é indissociável dos conjuntos sociais, que é vivida em existências particulares que oscila entre momentos de alienação e opressão e outros de criação, produzindo o processo de singularização. A singularização se refere aos õprocessos disruptores no campo da produção do desejo: trata-se dos movimentos de protesto do inconsciente contra a subjetividade capitalística, por meio da afirmativa de outras maneiras de ser, outras sensibilidades, outras percepções. etc.ö (p.45). Tais processos criativos de singularização estão relacionados com a proposta da revolução molecular, que possibilita a construção de uma vida coletiva e a encarnação da vida para si próprio, material e subjetivamente.

Ainda dentro de uma perspectiva de analisar e nomear o õser que somosö a partir de uma perspectiva coletiva e situada, temos Foucault, que aponta para uma saída a partir da noção de modos de subjetivação que são fluidos, marcados pelo momento histórico, pelas relações de poder e saber, por forças dinâmicas. Os modos de subjetivação são móveis e mutáveis.

Porque a ideia do que é uma pessoa, ou um eu, ou um sujeito, é histórica e culturalmente contingente, embora a nós, nativos de uma determinada cultura e nela constituídos, nos pareça evidente e quase "natural" esse modo tão "peculiar" de entendermos a nós mesmos (LARROSSA, 1994, p. 42).

Continuando com Larrossa (1994), ele discute que o movimento do ser humano refletir sobre si já pode ser encontrada nos escritos de Platão, a partir da premissa de que o sujeito é bom quando é dono de si. Tal proposição remete a um indivíduo cindido que é diferente de si mesmo, pois é constituído por aquele que é

te superior, que controla o outro. Ser dono de si mesmo significa que a parte superior, a razão, domina a parte inferior, os apetites (p.39).

O predomínio da razão sobre os apetites implica em resistir aos excessos, ter estabilidade, ordem e harmonia. A razão possui um status moral, que quando vence o conflito constante contra os apetites, passa a exercer a liderança da alma e constitui o que nós chamaríamos uma subjetividade estável, unitária e centrada. (LARROSA, 1994, p.40). Porém, Larrosa (1994) ressalta que apesar da relação consigo já aparecer nas obras de Platão, só com a filosofia moderna de Descartes a Kant é que esta ganha centralidade na forma como nos gerimos.

Tal relação do sujeito consigo e com os outros passa a se tornar central nos últimos estudos de Foucault, com a proposta de dissolução do sujeito antropológico produzido na/pela Modernidade. A confissão, apresentada e analisada no primeiro volume da História da Sexualidade (1976/2009a), anuncia este deslocamento para a história do *eu*, como sujeito que detém autoconsciência, a construção da experiência de si. A experiência de si envolve um espaço-temporal determinado, domínios de saber, relações de poder e formas de subjetivação.

É por meio do dispositivo da sexualidade que Foucault (2009a) mergulha em direção a interioridade do sujeito, que se produz pelo exame, confissão, construção de saberes científicos sobre a sexualidade a partir da medicina e psicologia, por exemplo. O sujeito passa a ser convidado a confessar sua sexualidade e produzir a verdade sobre si.

Foucault (1995) argumenta que o objetivo de seus estudos sempre foi voltado para criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos (p.231) e que este interesse não aparece somente com sua obra sobre a História da Sexualidade, mas afirma que a sua forma de lidar com a objetivação do sujeito é que se modificou ao longo do tempo.

A primeira fase dos estudos de Foucault (1995) abordou a objetivação do sujeito do discurso, do sujeito produtivo, a objetivação do simples fato de estar vivo. O segundo período se voltou para a objetivação do sujeito dividido no seu interior e em relação aos outros, o louco e o são, o doente e o sadio etc. O terceiro momento da obra do autor passa a se dedicar a como o ser humano passa a ser um sujeito. Os diferentes modos de existir ao longo da história são centrais para a obra de Foucault, desde o

e cuidado de si, passando pela descrição e análise da sociedade disciplinar e atentando-se para a emergência histórica do Estado e de suas intervenções biopolíticas sobre o corpo do indivíduo e da população (MANSANO, 2009, p. 112).

Porém, é com os gregos que Foucault (1995) consegue perceber um modo diferente de se relacionar consigo e com os outros, que não envolvia regras rígidas, institucionalizadas e obrigatórias como na nossa sociedade atual. O cuidado de si para os gregos era facultativo, adotado por uma pequena parte da população que tinha o interesse de assumir um cargo público, governar o povo e para isto precisaria cuidar de si, tornar a própria vida uma obra de arte. Não é a lei ou a religião que impõem tal modo de existência, mas o próprio sujeito, era uma questão de fazer da vida um objeto para uma espécie de saber, uma técnica, uma arte (FOUCAULT, 1995, p. 270).

O controle das condutas e as restrições não eram algo que todos estavam dispostos a escolher, o exercício de cuidado sobre a própria existência e a construção de uma vida bela era uma opção para qualquer um, mas que não encontrava adesão de toda a população. O cuidado de si envolvia tanto uma escolha estética quanto política.

Com isso, Foucault (2007; 2009b) mostra que existem vários modos de subjetivação possíveis que são configurados dentro de organizações distintas e estas também são mutantes. Diferente da nossa sociedade, na qual nos constituímos a partir de normas, a sociedade grega estava pautada na escolha que se refletia em um posicionamento político.

A arte da existência não estava ligada a obrigatoriedade, a códigos de lei, as normas sociais, a um dispositivo jurídico ou de normalização, com isto o não cumprimento de tais condutas não implicava em punição. Era uma ética referida, não ao dever, mas à elaboração da conduta (LARROSSA, 1994, p. 77). A arte da existência não se pretendia universal, como também não se fundava na ideia de um sujeito universal, que obedece a leis universais da natureza. O sujeito na Grécia não se constituía pela confissão e pelo reconhecimento que quem se é de verdade, mas por uma livre elaboração de si, produção de uma estética pessoal e social.

Foucault (2004) analisa que, do tempo de Platão à Era Helênica, a relação entre o cuidado de si e o conhecimento de si foi alterado. O diálogo desaparece, enquanto uma nova relação pedagógica surge, na qual o discípulo deve silenciar para ouvir os ensinamentos do mestre. O modelo pedagógico de Platão foi substituído por

o deve se tornar o médico de siö (FOUCAULT, 2004, p. 338).

Assim, o cuidado de si deixa de ter como objetivo a preparação para vida pública ou a vida adulta e passa a ser cultivada para uma realização completa da vida, preparação para a velhice e a morte. O modo de se conhecer também muda entre aquilo que era proposto por Platão e os estóicos, enquanto o primeiro entendia que a verdade do sujeito estava nele mesmo, o segundo defendia que a verdade viria dos ensinamentos do mestre. Tais transformações irão configurar novos modos de subjetivação que irão reverberar na atualidade.

Na Era Helênica passa a haver um exercício de auto avaliação e autoexame, no qual as falhas encontradas são compreendidas como boas intenções que não se concretizaram, neste caso, as regras funcionam como um guia para se conduzir de modo correto. Porém, com o cristianismo, o exercício da avaliação e exame é atravessada pela prática de confissão, que tem como foco as más intenções, estas devem ser punidas de acordo com a lei. A sexualidade com o advento do cristianismo passa a ser gerida a partir de um modelo punitivo.

No Helenismo o modelo era administrativo, enquanto no cristianismo passa a ser jurídico. Sêneca, por exemplo avaliava as situações, mas não tinha o papel de jurista que puniria as falhas, õseus erros são de caráter estratégico, não moralö (FOUCAULT, 2004, p.342). As leis na moral cristã devem ser lembradas para se desvendar os pecados, enquanto no Helenismo o sujeito não buscava a culpa, mas seguir as regras, pois era isto que ele gostaria de ter feito. Os sujeitos que praticavam a monogamia não o faziam por medo de pecar ou pela culpa, mas por terem escolhido seguir tal prática.

Foucault (2007) argumenta que a liberdade de se constituir a partir de determinada estética também se altera no estoicismo, que definiu condutas obrigatórias, pautadas no combate as fraquezas naturais dos sujeitos. O estoicismo é condição para o crescimento do ascetismo cristão, que se sustenta nos julgamentos morais, penitência e purificação.

Foucault (2004) descreve essa transformação ao apontar que o princípio da filosofia grega mais lembrada é o õconhece-te a ti mesmoö, que sobrepujou o õcuidar de siö. Tal ênfase no si conhecer é baseada na moralidade do ascetismo, que passou a negar o si, premissa incompatível com o õcuidado de siö. Conseqüentemente, no mundo

um princípio fundamental, que é desvelado a partir da prática de confissão. A sexualidade, por exemplo, torna-se um lugar a ser desvelado com o objetivo de ãconheça-te a ti mesmo e não mais como uma prática de cuidado.

2.1.1 Dispositivo de sexualidade produzindo modos de subjetivação

A confissão que será utilizada em diferentes tipos de relações na Modernidade, tem a sua base no poder pastoral, que é uma forma diferente de poder por ser orientada para a salvação, por ser voluntária, individualizante e que se prolonga à vida, estando ligada à produção da verdade (do próprio indivíduo).

O dispositivo da confissão é central no poder pastoral, pois ele transforma os indivíduos em sujeitos nos dois sentidos do termo: sujeitos à lei e sujeitados à sua própria identidade (FOUCAULT, 1995). A identidade é produzida no poder pastoral a partir da auto-observação, autojulgamento que se baseiam nas orientações dadas por aquele a quem se confessa. A partir da confissão o sujeito se descobre como sujeito sexual e com isto, quem se é de verdade.

Foucault (1995) afirma que por essas características citadas, o cristianismo não é uma religião simplesmente da salvação, mas uma religião confessional, que se relaciona intimamente com a produção de verdade. A salvação só pode ser alcançada com a pureza da alma. Os manuais de confissão orientavam que os padres, ao longo do exame de consciência, produzissem constantemente uma autobiografia dos penitentes. Inúmeras interrogações a respeito das condutas sexuais eram realizadas de modo detalhado: gestos, sentidos, prazeres, pensamentos, desejos tornaram-se foco de tal análise (FOUCAULT, 2001). Isso provocou uma mudança no modo dos sujeitos se relacionarem consigo e com o próprio corpo, construindo uma ãespécie de cartografia pecaminosa do corpo (p. 237).

No cristianismo não são apenas os atos (fornicação, adultério, estupro, raptos, sodomia, incesto, bestialidade) que serão alvo de julgamento e punição, mas também as intenções e o que se pensa. O pecador não é apenas aquele que age e se comporta de modo inapropriado, o indivíduo que pensa sobre tais condutas é igualmente infrator das regras religiosas. Nesse sentido, ocorre o ãaprisionamento da carne no corpo (FOUCAULT, 2001, p. 238). O corpo e seus prazeres são o lugar do pecado: busca-se examinar a interioridade do sujeito, com suas sensações e pensamentos.

de confissão não foram utilizadas apenas com a finalidade de controlar os penitentes, mas passam a ser apropriadas por outros saberes produzindo não só a história de determinado indivíduo como também um modo de se relacionar consigo e com os outros. Porém, a secularização da confissão na medicina, psicologia, pedagogia, etc., não transformam este dispositivo, quanto a forma como ele integra verdade, poder e subjetivação (FOUCAULT, 1995).

Foucault (2009a) mostra que o jogo de verdade sobre o sexo tornou-se possível, justamente por meio de técnicas de confissão, que incitaram os sujeitos a falarem sobre si. O indivíduo precisa se conhecer, saber de suas fraquezas, assim, por meio da confissão esse sujeito poderá descobrir o seu eu verdadeiro, seja ele normal ou anormal. A sexualidade das pessoas passa a ser controlada por diferentes mecanismos do saber-poder, pois o perigo do sexo está sempre presente. É necessário ficar sempre vigilante a õtentação da carneõ.

Dessa forma, a confissão se transforma em uma das mais importantes técnicas para fazer o sujeito falar sobre o seu sexo. Esse artifício originário do cristianismo, antes permitiu que o poder pastoral conhecesse o seu rebanho e ao mesmo tempo o controlasse, agora, apropriado pelo dispositivo da sexualidade, a confissão é ampliada para diferentes espaços e relações, não estando mais limitada às relações religiosas.

Agora, todos precisam confessar: os filhos aos pais, os alunos aos pedagogos, os enfermos aos médicos, as históricas aos psicanalistas, os delinquentes aos juízes, os loucos aos psiquiatras. Essas relações de poder-saber permitem a produção de um sujeito com interioridade, identidade e subjetividade. A partir do século XVI os discursos sobre a sexualidade passam a ser incitados e ao mesmo tempo regulados. São definidas novas õregras de decênciaõ que indicam como, quando e onde determinados sujeitos autorizados podem falar sobre sexo.

Diferentes campos do saber como a psicologia, biologia, medicina, psicanálise, demografia, pedagogia, sexologia e psiquiatria começam a desenvolver estudos sobre a sexualidade. Entretanto, é somente no século XVIII que os enunciados sobre a sexualidade se multiplicaram, assim como as técnicas para registrar, interrogar, ouvir, fiscalizar, teorizar e confessar esse segredo. Essa diversidade de vozes constrói um discurso polimorfo sobre o sexo, a *scientia sexualis*, que, mediante diferentes

confissão, busca produzir a verdade do sexo

(FOUCAULT, 2009a).

O sexo na nossa sociedade não se limita a produção de prazer ou a reprodução, mas se insere em um regime de saber-poder que possibilita o acesso à verdade do sujeito, verdade essa que nem mesmo o próprio indivíduo conhece. É por meio da verdade do sexo que os desejos, os segredos, a intimidade e as fantasias do sujeito são desvelados. A sexualidade torna-se progressivamente objeto de suspeita, devendo ser regulada e vigiada.

O núcleo familiar burguês ó pai, mãe, filho ó torna-se um dos espaços mais ativos do dispositivo da sexualidade, pois, nessa célula limitada, o poder pôde se ramificar, produzindo e normatizando a economia dos prazeres, o controle da sexualidade feminina, a regulação dos nascimentos, a pedagogização da sexualidade infantil, a vigilância do sujeito perverso e a individualização.

A partir do século XVIII a célula familiar passa a ser cada vez mais valorizada e há uma tentativa de diversos seguimentos da sociedade, como saber jurídico e médico, para que o sexo fique restrito ao quarto do casal heterossexual, tendo como sua única finalidade a reprodução da espécie. Para isso acontecer, diversas recomendações e regras deveriam ser seguidas e cabia ao poder pastoral e ao sistema jurídico regular o que era lícito e ilícito, determinando as punições para os prazeres estranhos e ãontra a naturezaõ (FOUCAULT, 2009a).

A sexualidade ilegítima era silenciada e interdita. A criança masturbadora, a mulher histérica e o sujeito perverso são objetos privilegiados na produção e no controle da sexualidade dentro desse novo regime de saber-poder.

A sexualidade infantil passa a ser um campo específico de produção de saber, pois o futuro da sociedade poderia ser comprometido pela falta de cuidado com o sexo das crianças. Os médicos começam a fazer campanhas contra a masturbação relacionando-a com as mais variadas doenças (FOUCAULT, 2001). O autoerotismo torna-se a fonte da degradação moral e somática, lugar que será ocupado posteriormente pela sexualidade de modo geral. A infância passa a ser o núcleo de diversas patologias cuja origem está no corpo e na sexualidade infantil.

A masturbação das crianças é descrita como uma epidemia terrível e um problema comum aos médicos, educadores e familiares, estando estes incumbidos de vigiar os infantes. É em torno do autoerotismo que a família nuclear se constrói, pois é

às suas crianças e adolescentes, observem se eles se tocam, como dormem ou tomam banho⁷. É essa família medicalizada, responsável pela sexualidade infantil, que possibilitará a produção da normalidade e anormalidade sexual, como também a sua correção.

Alvo de controle de diferentes saberes como a saúde, a educação e a moral a sexualidade precoce torna-se um perigo individual e coletivo. Nas residências, nas escolas, nos dormitórios e nas instituições de higiene pública, o sexo da criança passa a ser regulado, por ser algo misterioso e perigoso.

Nesse período, a sexualidade torna-se um lugar desconhecido para o sujeito e, ao mesmo tempo, no plano social, há uma hiperprodução de conhecimento teórico e científico a respeito do sexo (FOUCAULT, 2010). Esse duplo fenômeno de desconhecer e conhecer permite o olhar médico repousar sob os corpos das históricas.

São os desejos desconhecidos que produzem os sintomas da histeria e são o conhecimento e desvelamento desse segredo sexual, pelo saber médico, que levariam à obscuridade. A histerização do corpo da mulher desqualifica e patologiza a sexualidade feminina, ao mesmo tempo em que produz o sujeito mãe-mulher nervosa, responsável pelo espaço familiar e pela educação infantil⁸ (FOUCAULT, 2009a). O dispositivo da sexualidade possibilita a produção de novos modos de subjetivação e não apenas o controle da sexualidade.

O saber médico iniciou um processo de classificação e patologização das condutas sexuais, principalmente em relação aos prazeres considerados perversos, como a sodomia, zoofilia, necrofilia, entre outros. Até antes do século XIX, a sodomia era percebida como uma prática pecaminosa entre muitas outras por ser uma atividade sexual sem fim procriativo.

Em algumas sociedades, o modelo grego, no qual um indivíduo adulto se relacionava sexualmente de modo ativo⁹ com um jovem, continuava sendo uma

⁷ A masturbação continua sendo percebida como um problema, a vereadora Michele Collins de Recife apresentou um projeto de lei em 29 de agosto de 2016, que visa garantir que as escolas não falem sobre a masturbação, sendo um direito dos pais escolher o que a criança pode ou não estudar. <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/125480551/dom-rec-15-09-2016-pg-7>

⁸ Nos próximos capítulos discutiremos como os hormônios foram importantes para o estabelecimento da mulher como figura responsável pelo lar e hierarquicamente inferior ao homem.

⁹ Utilizamos o termo ativo tal como é empregado na linguagem cotidiana, que faz referência a quem penetra na relação sexual. Contudo, estamos cientes da crítica que evidencia que essa terminologia naturaliza o lugar masculino como ativo, viril e dominador nas relações sexuais como também nas demais interações sociais. Consequentemente isso destina o lugar de passividade e receptividade às mulheres.

um adulto e um jovem, até então, não era alvo de maiores recriminações. Essa dinâmica era considerada inclusive um sinal de virilidade. Mas para isso, na vida adulta, esse mesmo jovem deveria assumir o papel ativo em suas relações sexuais, caso contrário sofreria estigmatizações.

O importante no modelo grego era como se dava a prática sexual e não com quem: o sexo não poderia violar a estrutura política dominada por homens livres, os únicos considerados cidadãos. Mulheres, escravos e crianças estavam subordinados aos homens livres tanto socialmente como nas práticas sexuais, de modo que os sujeitos considerados cidadãos deveriam assumir sempre o lugar de ativo na relação. O ato sexual era uma entre várias formas de declarar a posição política e social do indivíduo (WEEKS, 2007).

Gradualmente a homossexualidade masculina passa a ser alvo de controle, por borrar as fronteiras estabelecidas entre os sexos. A partir do século XIX, diversos textos foram escritos sobre o terceiro sexo, o sexo intermediário, o pessoas com sentimento sexual contrário, indivíduos cuja essência sexual era diferente dos heterossexuais. Muitos dos autores falavam em seus textos sobre as suas experiências pessoais, ou de amigos, como também de indivíduos que eram alvo do sistema jurídico e médico.

Em uma tentativa de regular e controlar as ditas sexualidades periféricas, ocorrem mudanças legais que determinam penalidades contra os indivíduos que ousarem praticar a sodomia. Paralelamente, tais comportamentos passam a ser estudados e classificados pelos médicos. Como afirma Weeks (2007), antes do século XIX a homossexualidade existia, mas a homossexual não (p. 65); a sodomia deixa de ser uma prática sexual e torna-se uma das características de uma nova espécie, o homossexual. Seu sexo torna-se perigoso e temido, sua infância, seus comportamentos, seu passado e seu corpo são analisados, pois, sua sexualidade é a sua verdade. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. (FOUCAULT, 2009a, p. 50).

A sodomia, que anteriormente tinha sido condenada por razões religiosas, passa a configurar o campo da loucura com a apropriação do sujeito perverso pela psiquiatria. As práticas sexuais consideradas perversas continuam sendo condenáveis, mas agora por razões morais e a partir de uma lógica científica e biológica. A

faces da loucura, sendo classificada como o amor da desrazão, uma doença dos instintos sexuais.

A psiquiatrização do prazer perverso se dá por meio de uma organização das zonas erógenas, da desqualificação do prazer sexual e da restrição das práticas sexuais apenas para fins reprodutivos. O que era conhecido até então como órgãos reprodutivos, passa a ser classificado como órgãos sexuais. O prazer do corpo é mapeado de acordo com as premissas da reprodução da espécie, com isso a genitália torna-se a única zona erógena do corpo. O gozo¹⁰ torna-se objeto de uma pedagogia e de uma arquitetura. Umhas áreas são visibilizadas e outras excluídas.

O modelo científico, que se propunha a explicar o estranho fenômeno da homossexualidade em razão de fatores psicológicos, biológicos, hormonais e ambientais, era aplicado tanto para homens como mulheres. Mas as ações voltadas para o controle da homossexualidade feminina eram diferentes, pois as mulheres eram vistas como subordinadas social e sexualmente (WEEKS, 2007). O perigo das relações íntimas entre mulheres era pouco visibilizada (FAUSTO-STERLING, 2002).

Em contrapartida, os homens eram percebidos como sexualmente viris e agressivos e as mulheres passivas e indiferentes em relação às questões relacionadas à sexualidade¹¹. Nesse caso, a homossexualidade feminina só seria possível se a mulher fosse invertida, isto é, possuísse atributos considerados socialmente como masculinos, devendo se vestir como homem, agir de modo grosseiro e assumir trabalhos masculinos. A identidade lésbica só õsurgeõ no século XX.

(...) no Ocidente, os homens, as pessoas se individualizaram graças a um certo número de procedimentos, e creio que a sexualidade, muito mais que um elemento do indivíduo que seria excluído dele, é constitutiva dessa ligação que obriga as pessoas a se associar com sua identidade na forma de subjetividade (FOUCAULT, 2010, p. 76).

Podemos perceber com tal panorama sobre a sexualidade, que o sexo se transforma na inteligibilidade do sujeito, na sua identidade, sua história. Desse modo, a sexualidade permite o poder sobre a vida, não apenas interditando os corpos, mas construindo técnicas de si. Essas técnicas permitem que os próprios sujeitos

¹⁰ Analisaremos como mais detalhes nos próximos capítulos como os hormônios contribuem para reiteração da ideia de que os órgãos reprodutivos são órgãos sexuais, bem como a centralidade da ereção do pênis nas práticas sexuais.

¹¹ Mais adiante discutiremos como os hormônios ajudaram a agenciar tais padrões.

s desejos, sua alma, seus pensamentos e condutas a fim de produzir mudanças até que se atinja um estado de perfeição e conseqüentemente de felicidade (FOUCAULT, 2010).

O dispositivo da sexualidade possui grande instrumentalidade servindo de apoio para diferentes articulações, controlando e regulando os sujeitos em sua individualidade e ao mesmo tempo possibilitando a administração da população. No século XVIII, a regulação e produção do saber-poder relativa à sexualidade começa a ser associada à problemática da população e as práticas sexuais passam a ser compreendidas a partir de uma dimensão econômica e política. É necessário quantificar e analisar o número de casamentos, de celibatários, de nascimentos legítimos e ilegítimos, isto é, saber como as pessoas vivenciam sua sexualidade a fim de construir uma sociedade saudável e numerosa (FOUCAULT, 2009a).

Desde então, vida de cada indivíduo é vigiada e regulada desde a infância, o seu corpo é adestrado, examinado, medicado para a economia dos prazeres e eficácia de produção e rendimento. O corpo social pelos mecanismos do poder-saber do sexo também é regulado pela vigilância da saúde infantil, higienização das condutas sexuais, institucionalização dos sujeitos perversos, controle demográfico e outras medidas. A sexualidade se constitui como um objeto central na regulação da vida, ela está exatamente na encruzilhada do corpo e da população (FOUCAULT, 1999, p. 300).

A estruturação do poder sobre a vida, o biopoder, se deu por meio de dois eixos, a disciplina e a biopolítica¹². O poder disciplinar é responsável pela normatização do corpo individual, corpo-máquina que deve ser adestrado e docilizado mediante diferentes técnicas como os exames, exercícios, diagnósticos, vigilância hierárquica, sanções normalizadoras, entre outras. A anatomo-política do corpo humano tem como finalidade a produção de corpos economicamente úteis e politicamente dóceis (CASTRO, 2009).

O eixo da biopolítica está responsável pelo controle da população, do corpo-espécie e isto se dá via análise de dados estatísticos, estimativas demográficas, previsões globais etc. A finalidade da biopolítica é atingir um equilíbrio social e, para isto, é necessário ficar atento aos fenômenos das massas.

¹² Os hormônios serão fundamentais nesse processo de governo dos corpos e da população, como discutiremos nos próximos capítulos.

elo desses dois eixos do poder. A biopolítica pôde

se fazer presente ao controlar a população por meio do registro das taxas de natalidade e mortalidade, de dados sobre descendência, saúde pública, etc. Esses procedimentos só se tornaram possíveis por estarem associados a técnicas disciplinares como a sexualização da infância, a histerização da mulher, a medicalização e patologização dos sujeitos perversos e outras.

Chegando ao final deste subtópico, podemos perceber que existiram diferentes modos de subjetivação e que estes implicaram em uma multiplicidade de formar de se relacionar consigo e com os outros. Destacamos que nos últimos séculos a sexualidade passa a ser central no modo como nos constituímos como sujeitos, podemos perceber isto a partir da discussão sobre o dispositivo da sexualidade, e que por isto ressaltamos a importância de estudos voltado para este campo. Nos próximos capítulos discutiremos como os hormônios entram como importantes atuantes na rede que entrelaça modos de subjetivação, dispositivo da sexualidade e biopoder.

Entendemos, a partir desse breve panorama, que os modos de subjetivação não são passíveis de totalização ou de centralização no indivíduo (GUATTARI, ROLNIK, 1996). A subjetividade não é algo se se detêm, mas algo que se produz incessantemente e que acontece a partir dos encontros que vivemos. Dessa forma, a produção de novas formas de subjetivação está implicada na nossa libertação de nós mesmos, "desprender-se de si próprio" (FOUCAULT, 2009b).

Descartamos, assim, qualquer pretensão de universalidade, pois não concebemos o sujeito como uma entidade pronta, mas que se constitui em meio a forças, que compõe o sujeito, sempre de modo provisório, pois ele é processo, é devir. Nesse sentido, discutiremos no próximo tópico como as relações de poder e os hormônios se entrelaçam em rede e participam na conformação de diferentes modos de subjetivação na nossa sociedade.

2.2 Hormônios, biopoder e subjetividades tóxicas

Argumentaremos neste tópico sobre a importância dos estudos acerca os hormônios para analisar os modos de viver na nossa sociedade. Para tal empreitada discutiremos inicialmente a noção de biopoder em Foucault, dialogando com outros teóricos como Donna Haraway, Paul Preciado e Nikolas Rose.

o primeiro volume da História da Sexualidade ãA vontade de saberö discutindo o direito de morte e o poder sobre a vida. O autor apresenta a seguinte mudança na forma como o poder se exerce sobre a vida: enquanto o soberano marcava seu poder sobre a vida determinando quem morre, a partir do século XVII o poder passa a se relacionar com ãcausar a vida ou devolver a morteö (p. 150).

Em resumo, o regime do soberano é ãfazer morrer ou deixar viverö (FOUCAULT, 1990, p. 287), enquanto o do Estado Moderno é ãfazer viver e deixar morrerö (pág. 294). O biopoder, nesse caso, é a estatização da vida biológica e este se exerce, como vimos no tópico anterior, em duas formas: o poder disciplinar e a biopolítica¹³.

Vale lembrar que, para Foucault (1995) o poder é relacional, positivo, produtivo, imaterial, não-subjetivo, não-dualístico, funciona em rede, determina relações de produção, produz individualidade e conduz condutas. Assim como Foucault, não estamos interessados em dizer simplesmente o que é ou não é poder, mas analisar como ele funciona e quais os seus efeitos. É importante ressaltar que o poder, neste caso, opera um campo de possibilidades e por isso só se exerce na relação de sujeitos livres, que tenham diferentes ações possíveis.

Thamy Progrebinschi (2004) estabelece uma série de preocupações metodológicas sobre como Foucault compreende o poder e de que modo ele se diferencia de outros estudiosos que também trabalharam com este conceito. O primeiro ponto é o princípio de localidade, pois o poder para Foucault não possui um centro ou uma origem. O segundo é o princípio da objetivação, não se busca a intenção do poder, mas seus efeitos. O terceiro princípio é da circularidade, o poder se exerce em rede. O quarto é o princípio da ascensão, o poder parte das relações micro para macro e não o contrário. O quinto e último princípio proposto por Progrebinschi (2004) é o da não-ideologização, o poder se exerce pela produção de verdades.

Tendo em vista a noção de poder proposta por Foucault, podemos, então, analisar como as relações de poder se articulam na produção de modos de subjetivação. Porém, Foucault analisa que as relações de poder se modificam ao longo da história. O

¹³ Alguns autores falam também da noção de necropolítica para fazer referência ao controle na distribuição das mortes entre a população, que é atravessada pelas questões raciais e territoriais, por exemplo (AMPARO-ALVES, 2011).

), apresenta uma complexa rede na qual técnicas de individualização e totalização se combinam.

Para explicar os processos de totalização da Modernidade, Foucault apresenta um outro conceito, o de biopolítica. Tal termo foi enunciado pela primeira vez no Rio de Janeiro, em 1974, em uma conferência que foi publicada com o nome *O nascimento da medicina social* (FOUCAULT, 2009b). Nesse texto, Foucault argumenta que o controle da sociedade sobre o indivíduo começa no corpo e com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política (p.80). A biopolítica fala do entrelaçamento entre o biológico e a política, o saber e o poder passam a intervir na vida, maximizando a produtividade do sujeito e controlando a população.

Donna Haraway (2009), porém, discorda de Foucault (2009b) indicando que o conceito de biopolítica não passa de uma débil premonição da política-ciborgue (p.37). A autora afirma que no final do século XX houve o desenvolvimento dos ciborgues que são quimeras de máquina e organismo, seres humanos artificiais e ao mesmo tempo seres artificiais que apresentam uma melhoria das características humanas. Dessa forma, houve uma mecanização do humano e uma subjetivação da máquina, tal criatura pós-humana seria o *ciborgue*:

Implantes, transplantes, enxertos, próteses. Seres portadores de órgãos artificiais. Seres geneticamente modificados. Anabolizantes, vacinas, psicofármacos. Estados artificialmente induzidos. Sentidos farmacologicamente intensificados: a percepção, a imaginação, a tesão. Superatletas. Supermodelos. Superguerreiros. Clones. Seres artificiais que superam, localizada e parcialmente (por enquanto), as limitadas qualidades e as evidentes fragilidades dos humanos. Máquinas de visão melhorada, de reações mais ágeis, de coordenação mais precisa. Máquinas de guerra melhoradas de um lado e outro da fronteira: soldados e astronautas quase artificiais; seres artificiais quase humanos. Biotecnologias. Realidades virtuais. Clonagens que embaralham as distinções entre reprodução natural e reprodução artificial. Bits e bytes que circulam, indistintamente, entre corpos humanos e corpos elétricos, tornando-os igualmente indistintos: corpos humano-elétricos (TADEU, 2009, p. 12).

Na contemporaneidade, o corpo humano visto como *natural* passa a ser *beneficiado* pela tecnologia (cultural) transformando o corpo em tecnocorpo, que não é nem humano, nem natural (PRECIADO, 2008). A imagem do *ciborgue* coloca em questão o ser humano enquanto espécie, de que somos feitos, o sujeito racional

jetividade humana, e problematiza as dicotomias natural-artificial, humano-máquina etc.

Na nossa sociedade, pessoas e ãnovas tecnologiasö estão intimamente relacionadas, não sendo possível demarcar a fronteira entre eles. ãEstamos dentro daquilo que fazemos e aquilo que fazemos está dentro de nósö (TADEU, 2009, p.32). O corpo orgânico, se torna obsoleto, pois está fadado a morte, lhe falta a potencialidade e a espetacularidade da máquina.

Desse modo, a noção de biopoder (FOUCAULT, 2009a) também é colocada em questão, pois a miniaturização das ãnovas tecnologiasö modificou a forma de exercício do poder (HARAWAY, 2009; VAL, 2006; PRECIADO, 2008). Esses teóricos defendem que as ãnovas tecnologiasö mudaram a forma como nos relacionamos com os outros e com nós mesmos. Como aludido anteriormente utilizaremos o termo ãnovas tecnologiasö para fazer referência a tais materialidades, que são usualmente nomeadas no campo da engenharia e informática como ãalta tecnologia¹⁴ö e ãtecnologia de pontaö.

Inspirada na noção de biopoder, proposta por (FOUCAULT, 2009a), Donna Haraway (2009) sugere o conceito de tecnobiopoder, que seria o controle biopolítico articulado em uma complexa trama de indústrias e modelos tecnológicos que funcionaria pela via da contaminação e difusão das tecnologias por meio de software, hardware, tecnologias de imagem e som, pílulas, hormônios etc. O tecnobiopoder utiliza como estratégia de ramificação a democratização do progresso científico. O domínio do tecnobiopoder não é verbal, mas se apresenta por meio das formas, da afetividade e da aparência (VAL, 2006).

Esses autores argumentam que a sociedade não se organiza apenas pelo biopoder descrito por Foucault, pois não é só o controle disciplinar dos corpos ou o controle da população que estão implicados nas relações da contemporaneidade. Os campos micro e macro são insuficientes para explicar as relações e os modos de subjetivação da nossa sociedade na atualidade. Dentro dessa perspectiva é apresentado um deslocamento do poder disciplinar que se dava apenas pela ortopedia e substratos arquitetônicos, controlando externamente o corpo (FOUCAULT, 1977), para uma

¹⁴ O termo ãalta tecnologiaö foi utilizado pela primeira vez em uma publicação do jornal estadunidense ãThe New York Timesö em 1958, o artigo fazia a defesa do uso da energia nuclear. Em 1968 e 1969 a palavra volta a aparecer nas publicações do mesmo jornal, agora para fazer referência a empresas que começaram a surgir em Boston e depois na coluna especializada em finanças de Robert Metz, a quem atribuem a abreviação ãhigh-techö (THE NEW YORK TIMES, 1958; 1968; 1969).

O poder passa a fazer parte do corpo, com o uso das novas tecnologias, que são administradas, absorvidas e se diluem neste corpo.

O poder, nesse caso, passa a tomar a forma do corpo, ser incorporado, do silicone que toma a nossa forma, de um neurotransmissor que modifica o nosso modo de perceber e agir, do hormônio que tem sua ação sistêmica sobre o suor, a excitação sexual, a agressividade ou a decodificação social da nossa feminilidade e masculinidade (PRECIADO, 2008). Não há distinção entre as microtecnologias de controle, o corpo e a subjetividade, não é apenas o corpo que habita espaços disciplinares, mas é, também, habitado por eles, sendo a estrutura biomolecular e orgânica o lugar do controle.

As tecnologias ciborgues podem ser:

1. restauradoras: permitem restaurar funções e substituir órgãos e membros perdidos;
2. normalizadoras: retornam as criaturas a uma indiferente normalidade;
3. reconfiguradoras: criam criaturas pós-humanas que são iguais aos seres humanos e, ao mesmo tempo, diferentes deles;
4. melhoradoras: criam criaturas melhoradas, relativamente ao ser humano (GRAY, MENTOR, FIGUEROA-SARRIERA, 1995, p. 3 apud TADEU, 2009, p. 12)

Haraway (2009) fala sobre as tecnologias de gênero, a partir da ideia de que atualmente as tecnologias codificam, descodificam, programam, desprogramam, podem ser sintetizadas, manipuladas, transferidas, copiadas, produzidas, reproduzidas onde a fronteira entre o biológico e o tecnológico é rompida. Os hormônios administrados pelas mulheres por meio das pílulas anticoncepcionais, por exemplo, não funcionam simplesmente como uma técnica de controle da reprodução, mas como produtores e controladores do gênero. Os hormônios ao serem administrados reproduzem tecnicamente os ritmos dos ciclos menstruais e ou seja, imitam tecnicamente a natureza (PRECIADO, 2008).

Paul/ Beatriz¹⁵ Preciado (2008) argumenta que o desenvolvimento dos hormônios e sua produção sintética, junto com o advento de outras tecnologias, colocam em questão as dicotomias sujeito/objeto e natural/artificial. Donna Haraway (2009) ainda no início da década de 1980 já apontava para as transformações na produção do corpo, que não poderiam mais ser compreendido como um simples substrato biológico, cujos limites se dão na envoltura carnal que a pele bordeia, mas como uma incorporação

¹⁵ Nascido Beatriz Preciado, desde 2015 o filósofo espanhol prefere ser chamado de Paul B. Preciado, porém algumas obras citadas nesta pesquisa foram publicadas antes de tal mudança.

os, reações químicas, símbolos, desejos, estados da alma passam a ser produzidos e comercializados em nossa sociedade, a partir de um suporte tecnológico e baseado no saber biomédico.

Porém, tal potencialização do rendimento corporal a partir da biotecnologia e da cibernética está distante de ser universal, essas mudanças corporais pela via tecnológica são acessíveis para apenas poucos grupos sociais na contemporaneidade, apesar da sua constante expansão (ROSSI, 2014).

A despeito desses autores continuaremos utilizando o termo biopoder, proposto por Foucault (2009a), por compreender que a vida continua sendo o foco de exercício do poder. Porém, entendemos que a forma de ação do poder tem mudado em algumas sociedades, nas quais houveram uma miniaturização das ãovas tecnologias. Nesse sentido, os modos de subjetivação já não podem ser mais compreendidos fora do campo da tecnociência, no qual as informações são transmitidas por fibra ótica, as imagens em pixels e a unidade de comprimento passa a ser o nanômetro.

2.2.1 Hormônios como tecnologia

Entendemos, os hormônios, foco do nosso estudo, como tecnologia, mas não limitado ao campo das ãovas tecnologias sobre as quais falamos anteriormente. O termo tecnologia é de origem grega formado por ãetekneõ (arte, técnica ou ofício) e ãologiaõ (estudo). Tecnologia nesta pesquisa será compreendida como agenciamento ou conjunto estruturado õpor uma racionalidade prática e governado por um objetivo mais ou menos conscienteõ (ROSE, 2001, p. 38). Os hormônios são tecnologias, pois os seus efeitos estão relacionados com determinado modo de viver. Quando nos propomos a estudar os agenciamentos produzidos pelos hormônios, partimos do pressuposto que tais práticas são técnicas que ãse define pela relação entre meios (táticas) e fins (estratégias)õ (CASTRO, 2009, p. 412).

Foucault (1984) distingue quatro grupos principais de tecnologia que operam de forma conjunta e estão associados a certa forma de dominação: primeiro as tecnologias de produção; segundo as tecnologias dos sistemas de signos; terceiro tecnologias de poder; quarto tecnologias de si. Tendo em vista tal classificação podemos dizer que os hormônios tanto são tecnologias de poder por determinar a conduta dos indivíduos, os objetivando, como também, tecnologias de si, pois permitem que os

s corpos, pensamentos, modos de ser, õde modo a transformá-los com o objetivo de alcançar um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria, perfeição ou imortalidadeö (p. 324).

A tecnologia política do corpo tem o objetivo de constituir corpos úteis e dóceis a partir de saberes que não se restringem ao modo como este funciona, mas na organização dos corpos e no manejo de suas forças (CASTRO, 2009). Os hormônios produzem efeitos nos corpos ao serem administrados, e com isso altera suas formas e aparência, possibilitando a produção de um novo modo de se relacionar com si e com os outros. O corpo, como argumentamos anteriormente, não é entendido neste estudo como limitado pela pele, pois a noção de externo e interno é rompida.

A experiência de como nos constituímos como seres livres, auto realizados, homens, mulheres é produzido por uma série de tecnologias humanas como saberes, instrumentos, escolas, sistemas de julgamentos, medicamentos que são orientados com determinados objetivos sobre os sujeitos (ROSE, 2001). Quando Foucault deixa de compreender o poder em termos jurídicos e passa a estudá-lo como estratégia e tática, isto implica em analisar o inclusive o poder como uma tecnologia também.

O poder pastoral, por exemplo, é uma tecnologia polivalente que se exerce no aconselhamento espiritual, confissão e o autodeciframento. Enquanto o poder disciplinar ou as técnicas disciplinares funcionam pela organização do espaço, a estruturação das hierarquias, o controle do tempo, o exame e o julgamento normalizador. Essas duas técnicas não são opostas, mas se entrelaçam e produzem efeitos nas escolas, nas prisões e nos consultórios médicos.

Rose (2001) argumenta que a tecnologização da conduta humana não deve ser compreendida como um mal a ser combatido, mas que devemos discutir como elas õproduzem e enquadram os humanos como certos tipos de seres cuja existência é simultaneamente capacitada e governada por sua organização no interior de um campo tecnológico. ö (p. 38).

Nikolas Rose (2013) argumenta que é no nível molecular que, atualmente, a vida humana é compreendida, manipulada, cambiada, combinada, mobilizada, controlada e governada, há a legitimização de uma política da vida molecular. Rose (2013) afirma que os fármacos nos obrigam a nos auto-gerenciar em um nível molecular, a fim de tornar se quem se é de verdade, restaurar a si-mesmo, ter de volta o eu real, sentir-se você mesmo, õgovernar a almaö; e não produzir outro si-mesmo falso e

defendem (PELEGRINE, 2003; SANTOS, YASUI, DIONÍSIO, 2012; APPIO, 2014).

A construção dos hormônios como substância sexual, por exemplo, possibilitou a sexualização e o controle dos corpos no nível molecular. Esses tóxicos, na nossa sociedade, passam a ser instrumento central no governo e gerenciamento dos sujeitos, pois são esses elementos, que articulados com outras materialidades constroem corpos sexuados. Os hormônios ganham, assim, destaque em meio a uma diversidade de tecnologias na produção de corpos ditos masculinos e femininos, na medida em que o saber biomédico associa estas substâncias à menstruação, desenvolvimento da genitália e as ditas características sexuais secundárias como seios, barba, pelos pubianos etc.

O saber biomédico passa a regular a presença e as taxas de hormônios instituindo quem pode e como deve administrar estes compostos para construir corpos ditos femininos ou masculinos. Dessa forma, os hormônios adquirem um lugar importante na orientação das ações dos sujeitos. Com isso, os comportamentos ãfemininosõ ou õmasculinosõ passam a serem compreendidos pelas substâncias que dominam o metabolismo do corpo (PRECIADO, 2008).

Os saberes da psicologia, sexologia e endocrinologia, possibilitaram que a partir do século XX, os conceitos de psiquismo, desejo, consciência, heterossexualidade, homossexualidade, feminilidade, masculinidade, se materializassem em realidades tangíveis, em substâncias químicas, em moléculas comerciáveis, biótipos humanos, em corpos, em um bem de intercâmbio gerido pelas indústrias farmacêuticas.

Na contemporaneidade, transformaram a fertilidade/esterilidade em pílula, a masculinidade em testosterona, a feminilidade em estrogênio, a maternidade em ocitocina, o que caracterizaria a nossa sociedade como constituída a partir de subjetividades tóxicas, na qual os modos de subjetivação são orientados por fármacos. Somos sujeitos testosterona, sujeitos silicone, sujeitos Viagra, sujeitos progesterona etc. (PRECIADO, 2008).

Entendemos que os hormônios não possuem atributos estáveis e qualidades inerentes, pois seus efeitos e descrições mudam, já que, tais propriedades farmacológicas são tecnologias que portam õmaterialidades, socialidades e estratégias de governamentalidadeõ (MENEGON, 2010, p.219). Partindo dessa lógica, entendemos que os hormônios são produtos e produtores de práticas sociais. Eles não são apenas elementos sintéticos fabricados pelas indústrias farmacêuticas, mas a sua materialidade

laços e encontros que estabelecem. Esses produtos não são fixos, mas adquirem uma forma temporária, agenciando nas e por meio dessas relações.

Nesse sentido, não negamos a materialidade dos hormônios e que estes produzem transformações corporais ao serem administrados, mas compreendemos que a leitura destas mudanças vai variar de acordo com as disputas de saber e poder presentes em determinado momento histórico e cultural. Os hormônios são materialidades inseparáveis do tecido social do qual fazem parte, pois a sua forma de produção, apropriação e difusão dizem muito da sociedade, no qual está inserido. A testosterona e o estrogênio não são a masculinidade ou a feminilidade, estas categorias são políticas.

Compreendemos, a partir de Michel Foucault (2010), que é neste jogo dinâmico e mutante do saber-poder que os modos de subjetivação vão se configurando e sendo regulados, no entrelaçamento de linguagem, instituições, ciências, mídia etc. Porém, dentre as múltiplas linhas de força que se conectam e se articulam na produção dos modos de subjetivação, interessam-nos nesta tese especialmente as práticas agenciada pelos hormônios.

Dentre os agenciamentos produzidos pelos hormônios nos interessa especialmente as discussões sobre o binarismo de sexo. Essa centralidade dos hormônios na produção do binarismo de sexo/gênero tem uma história recente, pois até meados do século XVII não havia inclusive distinção anatômica entre os corpos ditos masculinos e femininos.

Antes do século XVII o sexo feminino não existia; era apenas uma variação inferior do sexo masculino como apresenta Thomas Laqueur (2001). O corpo da mulher era visto como igual ao do homem, mas por falta de calor vital seus órgãos sexuais ficariam dentro do corpo. O modelo masculino era a medida para todas as coisas, desta forma, a anatomia e fisiologia também estavam subordinadas a este padrão.

No período em que o modelo de sexo era apenas um (masculino), o corpo fazia coisas estranhas e impossíveis se vistas por meio das lentes da sociedade moderna. A anatomia não era percebida como algo determinado pela natureza cuja explicação se dava via biologia. O sexo não era natural, imutável e estável. A fronteira entre o masculino e feminino era mais tênue, compreendida apenas como uma variação de grau e não de espécie. Homens e mulheres não eram extremos opostos cuja diferença se dava em cada parte do corpo, como o modelo binário contemporâneo.

A quantidade de calor é que determinava que um menstruava e o outro ejaculava; o aumento ou a diminuição de temperatura poderia produzir transformações. Uma mulher poderia se transformar em homem por excesso de calor. Pular uma cerca, andar a cavalo também eram atividades perigosas para as mulheres, pois o que estava dentro (órgãos iguais ao dos homens) poderia sair com estes movimentos. Eram comuns relatos de homens que podiam amamentar, imagens de meninos Jesus com seios, ou mesmo meninos que se transformavam em meninas por conviverem por muito tempo junto a elas (LAQUEUR, 2001).

A dicotomização do sexo se mostrava impensável até na dificuldade de designar os órgãos femininos. O útero era nomeado e pensado como uma barriga, comum a ambos os sexos, pois era um lugar feito para armazenar algo. A vulva, desta forma, significa etimologicamente portão da barriga, na linguagem medieval. Não só a anatomia do corpo feminino e masculino eram análogas, como também os seus nomes.

um pênis invertido. Os fluidos corporais eram considerados correspondentes; o esperma e o sangue menstrual teriam a mesma natureza, mas, por uma questão de temperatura corporal, eles tinham aparências diferentes. Assim, o leite da amamentação seria o excesso de sangue menstrual transformado por um aumento de calor vindo do coração. O corpo feminino era compreendido como uma versão menos perfeita do corpo masculino.

Como podemos perceber, a naturalização do binarismo de sexo, atrelada a marcas corporais nem sempre existiu. As diferenças de gênero foram anteriores à diferença de sexo (LAQUEUR, 2001). O corpo reproduz os papéis a ele destinado culturalmente, mas para isso é necessário também conhecê-lo e formular teorias sobre este. Na Antiguidade, o papel social desempenhado pelo sujeito era mais importante que seu corpo. Ser homem ou mulher não estava ligado a questões biológicas, mas ao lugar que o sujeito ocupava na sociedade.

O modelo do sexo único masculino durou por muitos séculos. Uma das explicações é que, uma vez que os espaços público e político eram dominados por indivíduos do sexo masculino, então, todas as referências de corpo eram relativas aos homens. Ontologicamente a mulher não existia como uma categoria (LAQUEUR, 2001). A hierarquia social era imposta de fora pela cultura, não precisando de um aparato biológico como base para justificar a sua ordem.

Apenas a partir do século XVIII é construído um modelo de dimorfismo sexual não apenas a partir da anatomia, mas sendo ampliado para a fisiologia e para a alma. Nessa nova abordagem, o homem passa a ser movido pelo desejo sexual enquanto as mulheres estão em busca de um relacionamento amoroso. Até o iluminismo essa lógica não poderia ser pensada, pois os homens, por serem mais perfeitos, eram os únicos capazes de construir laços pela amizade, ao passo que as mulheres se entregavam aos prazeres carnis e à sensualidade.

Essas mudanças não estavam atreladas a um simples avanço científico da época, mas a uma nova forma de olhar o corpo e interpretá-lo. A descoberta do clitóris em um período anterior, por exemplo, não abalou o modelo do isomorfismo (modelo de sexo único), mesmo que isso implicasse que as mulheres teriam dois órgãos análogos ao pênis, o canal vaginal e o próprio clitóris (LAQUEUR, 2001).

No Renascimento, as ilustrações anatômicas começaram a se modificar. Partes que anteriormente não apareciam nos desenhos da anatomia humana, passaram a

nagens. O curioso é que esses mesmos tecidos e órgãos, apesar de não aparecerem representados em pinturas, já tinham sido descritos e estudados em períodos anteriores. O corpo ganha vida própria e o único modelo confiável de estudo para explicá-lo era a natureza. Separou-se, portanto, o corpo do espírito, como discutimos anteriormente, e assim também foi possível a produção do sexo biológico (LAQUEUR, 2001).

Tais mudanças estavam intimamente relacionadas com as transformações políticas desse período. Muitas lutas e revoluções pelo poder e posicionamento na esfera pública ocorreram nos séculos XVIII e XIX. O advento da Modernidade e do capitalismo fez as diferenças hierárquicas entre os sexos serem questionadas. A permanência da subordinação da mulher ao homem não possuía mais justificativas plausíveis para continuar.

Nesse momento, o corpo se tornou decisivo, não era mais possível reivindicar posição política, pois as divergências das relações sociais passaram a ser explicadas pela biologia. Até então, não era necessário recorrer à natureza para justificar a inferioridade da mulher no campo social, econômico, cultural e erótico. Mas, com o advento de uma nova forma corporal pautada na verdade da diferenciação anatômica de homens e mulheres, ficava legitimada a permanência da hierarquia sexual na organização social (PRECIADO; 2008).

As mudanças sociais e políticas ocorridas nesse período como a ascensão da Igreja evangélica, a divisão sexual do trabalho nas fábricas, a Revolução Francesa, o nascimento das classes não são a causa da construção do dimorfismo, mas esta reorganização política e social estava intimamente ligada e articulada a esse novo modo de olhar o corpo. Relatar a construção do modelo binário de sexo não é uma recusa em perceber que o corpo possui materialidade, mas mostrar como esse corpo está inserido em uma rede de discursos, políticas, instituições que modificam a forma como determinadas marcas são lidas.

O corpo é uma produção histórica, cultural e política, sempre em mudança. Portanto, não possui uma natureza transcendental ou universal, mas é uma materialidade provisória, mutável. Ele está sujeito às mais diversas transformações produzidas por diferentes tecnologias: jurídica, política, cultural, médica etc. O corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural (LE BRETON, 2006, p. 26). Ele é plástico e relacional.

) é por intermédio do corpo que se fabrica a alma, sendo esta, produto de investimento político do corpo e instrumento do seu domínio. É a partir de técnicas ortopédicas, físicas e morais, como a pedagogia do gênero, cujo alvo é o corpo, que é produzido corpos dóceis, maleáveis e moldáveis. A disciplina do e sobre o corpo é compreendida na nossa sociedade como uma necessidade natural, funcionando como uma matriz de fundo que permite a inteligibilidade, a comunicação e a convivência na sociedade (VEIGA-NETO, 2004).

Tal construção não é simplesmente imposta, feita à força, utilizando a violência, o poder disciplinar atua ao nível do corpo e dos saberes. Nesse sentido, diferentes saberes são instituídos como verdade e utilizados para justificar o dimorfismo sexual e conseqüentemente a permanência de uma lógica hierárquica entre homens e mulheres. A ciência que categoriza os sexos como naturalmente masculino ou feminino não é neutra, mas atravessada por diversos discursos que ganharam o status de verdade na nossa sociedade.

Segundo Nelly Oudshoorn (1994), a ideia do dualismo de gênero, tão presente em períodos anteriores continuou direcionando a produção científica do início do século XX. Esse processo constante de busca pelo sexo verdadeiro no corpo visibiliza que a superfície deste possui uma permeabilidade que é regulada politicamente. A sexualização do corpo foi sendo cada vez mais ampliada, de um campo macro, pela visualização da genitália, para um campo micro, no qual as moléculas do corpo passam a ser classificadas em masculinas e femininas.

Não se trata mais de uma disparidade de grau como no isomorfismo, mas de espécie. As mulheres são consideradas como uma espécie completamente diferente dos homens, por mais parecidos que eles sejam, eles são distintos em sua anatomia, fisiologia, cromossomos, comportamentos, desejos etc. Os hormônios, os órgãos, os genes, o corpo como um todo passa a ser sexualizado, mas não é qualquer tipo de sexualização que o atravessa, é a partir de um modelo binário de sexo que ocorre este processo.

Os hormônios tiveram e continuam tendo uma função fundamental para sustentar o binarismo de sexo, mas antes da sexualização de tais substâncias havia um modelo de sexo, com base no saber anátomo-biológico, que se transforma em um modelo bioquímico de entendimento do corpo humano, a partir dos estudos dos hormônios (ROHDEN, 2000).

ζ, era nítida a busca de um órgão que a explicasse e fundamentasse a diferença entre homens e mulheres, mas já nas primeiras décadas do século XX o desafio era entender como as substâncias produzidas pelas gônadas operavam neste processo de diferenciação. Se antes o ovário poderia ser visto como núcleo da feminilidade, assim como o testículo, da masculinidade, agora se tratava de descobrir o mecanismo de produção da feminilidade e da masculinidade a partir de substâncias que circulavam por todo o corpo (ROHDEN, 2000).

Uma série de acontecimentos contribuem para que os hormônios passem a ser classificados a partir do binarismo de gênero. Um desses eventos, que constitui a complexa rede, formada por saberes, relações de poder, microscópios, pessoas, indústria farmacêutica, financiamentos, que tem como efeito a *õsexualizaçãoõ* dos hormônios, data do ano de 1767 e envolve o anatomista Hunter que começa a transplantar testículos em ratas castradas e conclui que existe uma relação entre testículo e masculinidade.

Um século depois dos experimentos de Hunter, o fisiologista Arnold Adolf Berthold, da Universidade de Gotinga, na Alemanha, desenvolve uma série de experimentos com galos, tirando os testículos destes e depois reimplantando em outro lugar do corpo do animal (PRECIADO, 2008). Berthold conclui em seus estudos uma teoria semelhante a Hunter que é a ideia de que existe uma substância produzida nos testículos que é transmitida para o restante do corpo, não por meio de informações no sistema nervoso, mas por meio de transmissão química, por meio do sangue e que produz efeitos em todo o corpo do animal.

Berthold pontuou que independente do lugar no qual o testículo era reimplantado, o efeito era o mesmo, ão retorno da virilidade do galoõ. Segundo Preciado (2008) a descrição dos achados do pesquisador alemão é baseada em uma retórica heterossexual e de superioridade masculina, além da teoria de complementariedade dos sexos.

É nesse campo de forças de produção de saberes e relações de poder que tem se construído no campo científico teorias que atribuem características masculinas ou femininas a determinados órgãos e posteriormente as secreções internas, como os hormônios. Segundo Rohden (2000) desde meados da década de 1890 já existiam pesquisas que afirmavam a existência de substâncias que circulavam por todo corpo e produziam efeitos masculinizantes e feminilizantes.

óculo XIX se compreende que existem secreções internas de determinados órgãos que podem explicar o funcionamento de diferentes partes do corpo. Nesse sentido, atualmente, se parte do pressuposto de que há uma estreita relação entre determinados tipos de substâncias (andrógenos e estrógenos) e determinados tipos de corpos (masculinos ou femininos).

No campo científico, outro experimento, ainda em 1889, se destaca na rede de acontecimentos que possibilitaram a compreensão dos hormônios como substâncias binárias. Charles-Edouard Brown-Sequard, fundador da organoterapia (tratamento com substratos dos órgãos), apresentou à Sociedade de Biologia de Paris uma comunicação sobre a importância do líquido orquíptico (testicular), demonstrando que a ação das glândulas sexuais pode ser utilizada com fins terapêuticos.

O médico francês descrevia em seus estudos que os testículos produziam substâncias que poderiam garantir a juventude e os vigor eterno para os homens. Enquanto isso, as substâncias produzidas pelos ovários poderiam ser utilizadas para curar doenças uterinas e casos de histeria (OUDSHOORN, 1994).

Brown-Sequard começou as suas pesquisas com um processo de auto experimentação, utilizando por meio de injeções, as substâncias produzidas pelo testículo de cobaias animais, em si. O pesquisador afirmava que ao administrar o líquido do testículo de animais ele observava uma renovação do vigor físico, rejuvenescimento e claridade dos pensamentos. Experimentações semelhantes, agora com a injeção das substâncias produzidas pelo ovário em mulheres, também foram apresentadas por ele.

De modo mais sistematizado, esse autor também teoriza que os testículos e os ovários são glândulas de secreção interna e afirma que tais substâncias produzidas têm influência sobre outros sistemas. Segundo Preciado (2008), quando Brown-Séquard publicizou tais experimentos, arruinou a sua carreira, pois os dados divulgados foram questionados por muitos médicos da época, desta forma, ele teve que admitir que os efeitos conseguidos com a aplicação da secreção dos testículos e ovários tinham curta duração e que provavelmente foram resultado de sugestionamento.

Segundo Preciado (2008) é esse experimento falido que servirá como base para a teoria de que por meio de mensagens químicas, de secreções produzidas pelo corpo, ocorrem transmissões de informações à distância. O corpo, desse modo, é concebido analogamente como um sistema de comunicação (PRECIADO, 2008).

perimentos realizados, envolvendo diversos pesquisadores ao redor do mundo, o uso do termo hormônio é atribuído a Ernest Henry Starling, que em 1905 o utiliza pela primeira vez em seus estudos. Já o termo òhormônios sexuaisö só começa a ser utilizado em estudos científicos entre os anos de 1900 e 1940. Segundo Fausto-Sterling (2000) os òhormônios sexuaisö poderiam ter sido nomeados de outro modo, como hormônios do crescimento, por exemplo, pois os cientistas afirmam que essas substâncias afetam o crescimento de diferentes partes do corpo, inclusive daqueles nomeados como órgãos reprodutivos.

Um dos efeitos de se classificar as substâncias produzidas pelos testículos e ovários como òhormônios sexuaisö é que se passou a apontar tais elementos como produtores de masculinização e feminilização, isto é, marcadores da diferença sexual e do binarismo. Com isso, tornou-se sexual algo que previamente era òneutroö em relação aos sexos masculino e feminino (FAUSTO-STERLING, 2000).

Segundo Oudshoorn (1994) três grupos se destacam na manipulação e estudo dos hormônios: 1) os clínicos (especialmente ginecologistas); 2) os cientistas de laboratório (de fisiologistas a bioquímicos); 3) a indústria farmacêutica. Desde o final do século XIX até 1910 esses três grupos atuavam de forma independente, e os ginecologistas, inicialmente, tinham uma posição de destaque nos estudos sobre os hormônios, pois, além de monopolizar o saber sobre o corpo feminino, também tinham acesso direto às pacientes para a realização de experimentos e coleta de substâncias.

A produção sintética em laboratório dos hormônios passa a ser intensificada a partir de 1926, quando ginecologistas alemães argumentam que é possível encontrar uma grande quantidade destas substâncias na urina humana. Por outro lado, os cientistas de laboratório, que estavam pesquisando sobre os hormônios, tinham que utilizar animais para terem acesso a estes elementos. Enquanto isso, as companhias farmacêuticas obtinham hormônios em grande quantidade, nos abatedouros. Desse modo, os laboratórios farmacêuticos passaram a se instalar próximos aos matadouros para assegurar provisões regulares das glândulas animais (PRECIADO, 2008).

Enquanto os ginecologistas passaram a ter acesso aos hormônios por meio da urina de suas pacientes, a indústria farmacêutica passa a se associar também a fábricas, colégios, prisões etc. para obter a urina de homens também. Já na década de 1920, a posição das indústrias farmacêuticas tornou-se determinante no campo dos hormônios, porque era necessário coletar grande quantidade de urina e gônadas animais

ônios. Com isso, foi articulada uma rede de tráfico de materiais orgânicos entre ginecologistas, laboratórios científicos, indústrias farmacêuticas, matadouros, prisões, escolas etc.

Até a década de 1920 houve a predominância da ideia de que os hormônios produzidos pelos ovários e pelos testículos seriam específicos e exclusivos de cada sexo (masculino e feminino), e como consequência teriam um papel único na determinação sexual. A presença de hormônios ditos femininos só seria possível em mulheres e isto determinaria as suas características sexuais, como corpo arredondado, sensibilidade, passividade, seios, dependência. Em contrapartida, os hormônios ditos masculinos seriam exclusivos dos homens e determinariam os seguintes atributos: virilidade, pelos, força, músculos (OUDSHOORN, 1994).

Porém, tal configuração começa a se modificar a partir da década de 1920, quando alguns experimentos realizados com animais apontavam que havia a presença de testosterona e estrogênio tanto em machos como em fêmeas. Apesar dos dados das pesquisas não houve uma transformação imediata nesse campo de estudos, pois a comunidade científica não havia entrado em consenso. Os novos dados foram recebidos com muita resistência e incômodo, e somente uma década depois se passou a afirmar que mulheres apresentavam testosterona em seus corpos, por exemplo.

Na década de 1930 ainda se descreviam, com espanto, as experiências nas quais se detectava a presença de hormônios femininos em machos e, notadamente com menos importância, se descrevia a presença de hormônios masculinos em fêmeas (ROHDEN, 2000). Em contrapartida, passou-se a demonstrar uma diferença quantitativa na presença dos hormônios típicos de machos e fêmeas de acordo com o sexo atribuído.

Embora os cientistas tenham identificado a não exclusividade na origem e função dos hormônios, os especialistas, continuaram e continuam promovendo um modelo dualista destas substâncias, como veremos adiante nos vídeos divulgados pela companhia farmacêutica Bayer. O que prevalece até os dias de hoje é a noção de que, se não reafirma a existência de hormônios específicos de mulheres e homens, postula uma relação íntima entre determinados tipos de hormônios e determinados tipos de corpos (ROHDEN, 2000).

A sintetização dos hormônios pela indústria farmacêutica provocou uma nova gestão não só do corpo em um nível individual, como também da população

estrogênio¹⁶ e a progesterona, bases das pílulas anticoncepcionais modernas, são as moléculas sintéticas mais utilizadas de toda a história da medicina.

Essas drogas são produzidas desde 1951 pela indústria farmacêutica e passaram a ser testada em humanos a partir de 1956, inicialmente em mulheres negras de Porto Rico e posteriormente em hospitais e prisões de Oregon, Estados Unidos (PRECIADO, 2008). Podemos perceber que a produção em massa dos hormônios é atravessada de questões não só relativa ao binarismo de gênero, como também as noções de raça, território e sexualidade, como discutiremos com mais detalhes adiante.

Homens homossexuais, também, foram utilizados pelas companhias farmacêuticas como cobaias nos testes das pílulas contraceptivas com a finalidade de diminuir a libido dessa população, era a *õcura gayö*. Contraditoriamente, esses fármacos também foram utilizados pelo exército norte americano no experimento chamado *õbomba gayö*, que consistia em jogar hormônios femininos no campo inimigo, com o intuito de transformar os oponentes em homossexuais (PRECIADO, 2008). Podemos perceber, assim, que os agenciamentos produzidos pelos hormônios são permeados por controvérsias.

A existência da testosterona como droga farmacológica, por outro lado, possui uma história mais recente que data do início da década de 1980. Porém, outras substâncias derivadas da testosterona, como os esteroides anabolizantes, já eram utilizadas desde a década de 1930 no tratamento de homens que tinham baixa produção de testosterona, hipogonadismo. O governo dos Estados Unidos e da Alemanha utilizavam testosterona de origem animal, antes da década de 1950, em soldados e prisioneiros de guerra para recuperar a sua musculatura (PRECIADO, 2008). Ainda na década de 1950 o uso de esteroides anabolizantes foi proibido para atletas em competições, surgindo paralelamente um mercado ilegal (PRECIADO, 2008).

Nesse sentido, podemos compreender que a diferença sexual, tanto anatômica como molecular, não é uma verdade absoluta ou um dado pré-discursivo, mas sim, um efeito político que produz técnicas de normalização da sexualidade. Esse breve panorama histórico sobre os hormônios nos auxiliar na análise dos modos de

¹⁶ Em 1946 é produzida a primeira pílula anticoncepcional a base de estrogênio sintético.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

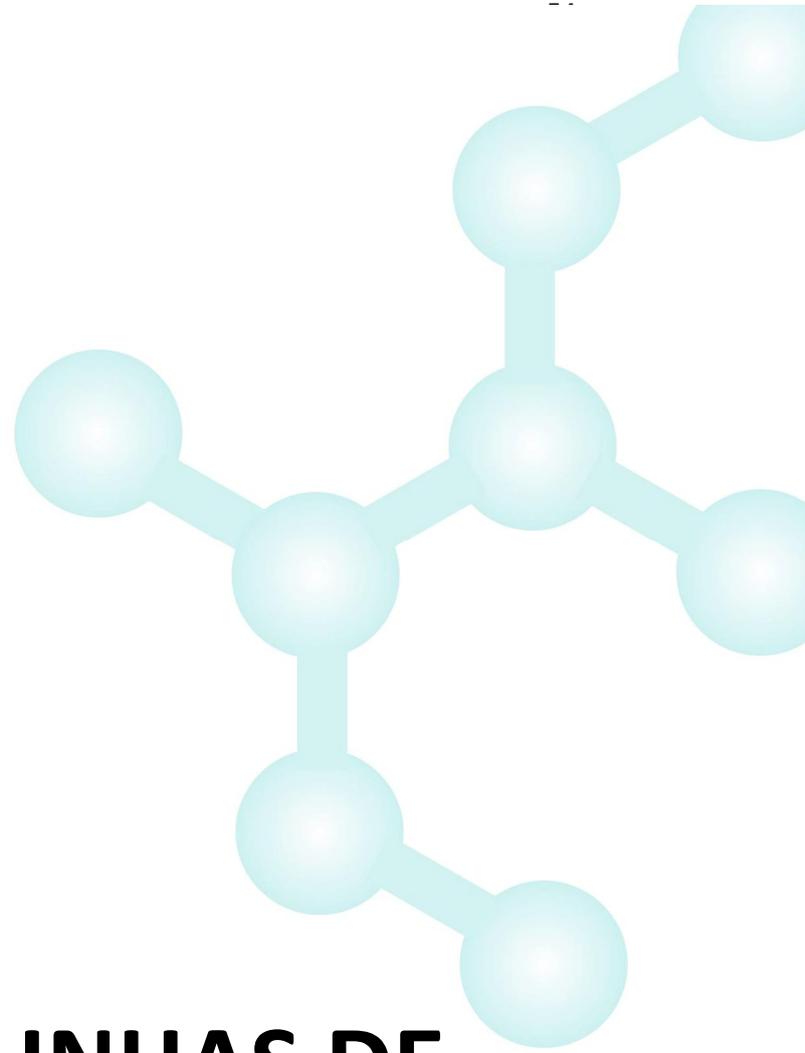
rando tecnologias de gênero, agenciadas por estas substâncias nos discursos veiculados por uma companhia farmacêutica.

Tendo esse panorama como base, no próximo Platô apresentaremos os caminhos percorridos para a elaboração desta tese, bem como os marcos teórico-metodológicos que contribuíram para que pudéssemos analisar os agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação/deslocamentos de modos de subjetivação contemporâneos. Discutiremos, assim, como os documentos de domínio público (no caso, os vídeos da Bayer sobre hormônios), entrelaçam-se em rede e produzem determinados modos de viver.

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



PLATÔ II:

TRAÇANDO LINHAS DE FUGA E ESTABELECENDO CONTROVÉRSIAS

3. APROXIMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Neste trabalho, não partimos de um campo teórico circunscrito, com conceitos ou métodos delimitados. Ao contrário, tomamos por base uma abordagem teórico-metodológica construída, por um lado, a partir de uma perspectiva crítica ao modo de produção científica e sua leitura especular instituída na Modernidade (RORTY, 1979) e, por outro, a partir da *bricolagem* de conceitos e estratégias analíticas, num esforço inspirado em Marcos Neira e Bruno Lippi (2012), segundo os quais:

[...] na bricolagem não se busca descobrir verdades, como se elas estivessem escondidas à espera de um investigador, o que se pretende é entender a sua construção e questionar como os diversos agentes sociais produzem e reproduzem o que é imposto pelos discursos hegemônicos. Ora, teorias e conhecimentos nada mais são do que artefatos culturais e linguísticos. Uma vez que a interpretação está imbricada na dinâmica social e histórica que moldou o artefato cultural sob análise, a bricolagem reconhece a inseparabilidade entre objeto de pesquisa e contexto. Consequentemente, a linguagem e as relações de poder assumem a posição central nas interpretações da realidade, pois se constituem como mediadores fundamentais na contemporaneidade (p. 610).

Em nossa bricolagem, alinhamo-nos aos estudos de Michel Foucault, especialmente, em sua definição sobre modos de subjetivação e nos aproximamos de alguns conceitos postulados por pesquisadores/as alinhados/as à Teoria Ator-Rede (TAR) que nos ajudam a compreender alguns aspectos relativos aos hormônios como agenciadores de práticas e de modos de subjetivação.

Para expor essa abordagem, apresentaremos a seguir, ainda que brevemente, aspectos históricos e as principais contribuições desses autores, com a finalidade de indicar como compreendemos o fazer pesquisa. Posteriormente, discutiremos em quais pontos eles se aproximam e distanciam, para então, analisar o uso de alguns instrumentais teóricos oriundos desses campos de produção na presente tese.

nos como a escolha por alguns conceitos, em particular, ajudaram-nos tanto na configuração do campo-tema¹⁷, como também no processo de análise.

Será exposta a regulação dos discursos das indústrias farmacêuticas para o público leigo e as estratégias da companhia Bayer para construir laços com o seu público consumidor. Além disso, será apresentado o mapeamento das redes sociais da Bayer e dentro deste panorama quais os materiais que foram escolhidos para uma análise mais minuciosa.

3.1 Aproximações e aspectos estratégicos da obra de Foucault

Tendo como referência as provocações de Veiga-Neto (2004), se partirmos do modelo de ciência da Modernidade, não podemos afirmar a rigor a existência de um método foucaultiano. Porém, se compreendermos método como uma certa forma de interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição (VEIGA-NETO, 2004, p, 19), podemos, então, falar de um método com inspiração foucaultiana. Dessa forma, compreendemos que a escolha por determinada matriz metodológica nos ajudar não apenas na escolha de ferramentas para produção da pesquisa, mas, principalmente, na nossa postura epistemológica e ética ao longo dos nossos estudos (SPINK, 2000).

Gilles Deleuze (2005) argumenta que cada fase da obra de Michel Foucault é guiada por uma metodologia diferente e pelos seguintes problemas e questionamentos: 1) o que posso saber?; 2) o que posso fazer?; 3) quem sou eu?.

De modo mais sistemático, Alfredo Veiga-Neto (2009) propõe essa divisão em três momentos: 1) a arqueologia que privilegia o saber (História da loucura, O nascimento da clínica, As palavras e as coisas e Arqueologia do saber), 2) a genealogia que aborda as relações de poder (Vigiar e punir, História da sexualidade I), e 3) por último a arqueogenealogia¹⁸ que foca na ética (História da sexualidade II e III).

¹⁷ Compreendemos o campo-tema, como complexo de redes de sentidos que se interconectam, é um espaço criado - usando a noção de Henri Lefebvre (1991) - herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que esta busca se inserir nas suas teias de ação. Entretanto isso não quer dizer que é um espaço criado voluntariamente. Ao contrário, ele é debatido e negociado, ou melhor ainda, é arguido dentro de um processo que também tem lugar e tempo. (P. SPINK, 2003, p. 11).

¹⁸ Foucault nunca utilizou o termo arqueogenealogia, mas alguns autores fazem referência a tal método, no período da ética, pois Foucault se valeu tanto da arqueologia, como também da genealogia, nesta fase. (VEIGA-NETO, 2004).

Assim, que esses três momentos de Foucault não são divergentes, o que ocorre é apenas a eleição de um novo elemento de análise que se articula com os anteriores. Não há uma separação entre saber, poder e subjetivação, mas sim, uma incorporação contínua que possibilita a ampliação de problematizações e ferramentas metodológicas. Foucault (2008) diferencia a arqueologia da genealogia, afirmando que a arqueologia seria o método próprio de análises das discursividades locais e a genealogia seria a tática que, a partir das discursividades locais, assim descritas, colocam os saberes em jogo, liberados da sujeição, que surgem delas (p.17).

O genealogista e o arqueologista fazem uso do mesmo material para as suas análises, e partem dos mesmos pressupostos: o questionamento das leis universais, das essências, dos fundamentos metafísicos; além de apresentar possíveis rupturas nas quais se naturalizou a continuidade, sempre desconfiando dos discursos generalizantes. É a partir de tais orientações que iremos construir nossa pesquisa, sempre estranhando aquilo que foi naturalizado.

A inspiração foucaultiana do método não busca conceitos universais, porém nos incita a questioná-los, além de visibilizar como estes são produzidos e produtivos. Entendemos que não há pensamentos ou representações ocultos e secretos por trás do material que será analisado, entretanto buscaremos mostrar quais jogos e regras estes obedecem, as relações estabelecidas e o modo como foram formados. Interessa nesse tipo de análise as permanências, como também, os momentos de rupturas, os cortes, as falhas, a descontinuidade, as novidades e os desvios. Entendemos que não há a priori, e sim historicidade na produção de conhecimento.

Os estudos de Foucault são desenvolvidos em meio a uma série de críticas à Modernidade e suas ideias de causalidade, previsão e verdade universal. O discurso para Foucault (2008) não é o simples entrecruzamento entre coisas e palavras, mesmo sendo formado por signos, não se reduz a eles, além disso, os discursos não têm os sujeitos como sua origem.

E, assim, como não seria preciso relacionar a formação dos objetos nem às palavras nem às coisas, a das enunciações, nem a forma pura de conhecimento nem ao sujeito psicológico, a dos conceitos, nem à estrutura da idealidade nem a sucessão das ideias, não é preciso relacionar a formação das escolhas teóricas nem a um projeto fundamental nem ao jogo secundário das opiniões (FOUCAULT, 2008, p. 78).

ênfoque, compreendemos que ao realizarmos esta pesquisa não estamos capturando dados, mas na verdade o construindo. Tal processo de construção é dinâmico e nunca acabado, sendo o presente apenas uma etapa. Nesse sentido, pesquisar não é uma atividade neutra, mas uma ação política em rede. Foucault (2008) problematiza que falar não é só agir, mas também se posicionar no campo de disputa do saber-poder.

Dessa forma, ao nos alinharmos a uma perspectiva foucaultiana, inserimos nosso problema de pesquisa em um espaço político no qual diferentes saberes-poderes estão em debate. Não buscamos a origem ou a intenção de determinado fenômeno, mas como aconteceu o desenvolvimento e legitimação justamente daquela prática e não de outras em seu lugar. As práticas são de natureza histórica, no sentido de que tem na história a sua condição de desenvolvimento.

Quando Foucault aborda a historicidade da linguagem ele investiga, de que modo o uso de determinados discursos em um dado momento histórico possibilitou a construção de práticas específicas. Ao compreendermos a linguagem a partir dessa perspectiva estamos particularmente interessados na relação entre discurso e poder, isto é, como se configura a ordem do discurso a partir dos saberes de uma determinada época e quais são os seus efeitos de poder.

O discurso, nesse caso, é concebido como uma prática social que tem sido controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 1996, p.8).

Foucault compreende que na nossa sociedade o discurso se tornou algo perigoso, que deve ser controlado, pois é por meio dele que o poder emana. Nesse sentido, tornasse necessário formar regras que definam quem pode falar, sobre o quê, onde e quando, a fim de eliminar qualquer tipo de ameaça que perturbe a ordem do discurso. É nesse espaço, que saber e poder se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito reconhecido institucionalmente (ARAÚJO, 2008).

Foucault não estava preocupado com a relação entre a pessoa que fala e o que ela diz, mas em determinar qual é a posição que ela deve ocupar para ser seu sujeito. Esse indivíduo falante não é o fundante, o ponto de partida ou a origem de determinado discurso, neste caso, o sujeito é uma função vazia que pode ser ocupado por diferentes indivíduos.

os divulgados pela Bayer, entendemos que não é simplesmente uma companhia farmacêutica utilizando a mídia para acessar seu público consumidor, mas que esta ocupa, em meio a uma rede de forças, um lugar de saber científico, que na nossa sociedade ganha status de verdade, e com isto produz determinados modos de subjetivação. Desse modo, entendemos que o discurso não surge a partir da vontade de determinada pessoa ou grupo, mas de relações de forças e jogos de verdade.

É o discurso instituído como verdade que gera poder. Dessa forma, ele ão não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta (FOUCAULT, 1996, p.10).

Foucault (1996) afirma que são desenvolvidos três sistemas de exclusão a fim de controlar o discurso: interdição; separação e rejeição; e vontade de verdade. O primeiro procedimento impede que tudo seja dito, a palavra é proibida. A separação e rejeição são exemplificados por Foucault (1996) com o duplo razão e loucura, em que nesse jogo o discurso do louco não tem importância por ser um sinal de desrazão e inverdade. O terceiro sistema de exclusão, a vontade de verdade, ganha destaque em nossa sociedade por estar intimamente ligada aos dois outros procedimentos comentados anteriormente.

A vontade de saber, na nossa sociedade, esteve associada à vontade de verdade, o discurso verdadeiro passou a ser valorizado e ao mesmo tempo temido na produção do saber. A noção de verdade objetiva e verificável está articulada a uma rede histórica de saber e poder, que a partir do século XVI transformou o discurso científico em conhecimento legítimo e, portanto, verdadeiro (ARAÚJO, 2008).

A construção dessa relação linear e inquestionável entre ciência e verdade será problematizada ao longo da nossa pesquisa, pois não pretendemos chegar à essência ou a uma verdade última, mas construir uma história sobre determinada prática. Verdade é norma, em nossa sociedade, pois ela obriga, julga, classifica, determina modos de viver, pois está intimamente relacionada com efeitos de poder. Partimos da ideia de que esta pesquisa é uma versão possível em meio a inúmeras outras. Compreendemos, então, que o discurso instituído como verdadeiro, também possui uma história, é regido por determinadas regras de formação, estratégias saindo de um momento de dispersão para a regularidade.

os antes, é visto a partir de Foucault (1995) como positivo, produtor de saber, de individualidade, de desejo etc. Saber e poder se articulam nesta trama, apesar de serem diferentes. Buscaremos ao longo da pesquisa não investigar o núcleo do poder, mas a sua forma capilar e local, onde é deixado de lado os seus mecanismos gerais, e que se consolida em técnicas e instituições. O nosso foco são as práticas efetivas, que produzem efeitos, como por exemplo a prática de hormonioterapia que tem como efeito o controle e administração dos corpos.

Ou seja, nos interessam não apenas as produções e relações humanas, mas também os efeitos das relações com outras materialidades não-humanas. Para nos ajudar a pensar em estratégias que nos auxiliem a uma leitura mais complexa, para além da dicotomia humano/não-humano, apresentaremos no próximo tópico alguns princípios e conceitos que fundamentam a Teoria Ator-Rede, que se aproximam das críticas de Foucault à Modernidade, mas também tem posicionamentos diferentes em relação a outras questões.

3.2 Aproximações à Teoria Ator-Rede

A Teoria Ator-Rede (TAR) é também conhecida como "Antropologia Simétrica", "Sociologia das Associações" e "Sociologia da Tradução" e começou a ser formulada pelo antropólogo francês, Bruno Latour, em parceria com Michel Callon e John Law, a partir dos seus estudos etnográficos em um laboratório de neuroendocrinologia, nos Estados Unidos, em 1997.

Há mais de duas décadas os teóricos da TAR buscaram diversos autores para realizar suas interlocuções, como Michel Serres e seu conceito de circunstâncias, argumentando que a prática científica é intimamente influenciada pelo seu contexto. A partir de Bourdieu tomou a noção de credibilidade, já que, Latour discute como o investimento financeiro, o tempo e o status do pesquisador, permitem ou não o sucesso de determinado estudo. O conceito de rede que permeia a TAR foi inspirado na ideia de rizoma postulada por Deleuze e Guattari, que propõe pensar a rede como a relação de

humanos, na qual não há origem e estes elementos

se articulam e compõem redes heterogêneas (FREIRE, 2006).

Partindo das noções e fundamentos acima referidos, Latour buscava, em suas pesquisas etnográficas nos laboratórios, observar como se dava a produção do conhecimento nas ciências naturais e percebeu que os pressupostos da Ciência²⁰ Moderna eram contraditórios com o processo da pesquisa, pois, mesmo nas ciências biomédicas, experimentais, como na neuroendocrinologia, a problemática política e social se faziam presentes na construção de informação.

Se a Ciência possui certeza, frieza, distanciamento, objetividade, isenção e necessidade, a Pesquisa parece apresentar todas as características opostas: ela é incerta, aberta, às voltas com problemas insignificantes como dinheiro, instrumentos e know-how, incapaz de distinguir até agora o quente do frio, o subjetivo do objetivo, o humano do não-humano. Se a Ciência prospera agindo como se fosse desvinculada do coletivo, a Pesquisa é vista antes como uma experimentação coletiva daquilo que humanos e não-humanos, juntos, podem suportar (LATOUR, 1999, p.33).

Os estudos da TAR vão discutir que há na nossa forma de produzir conhecimento uma tentativa de cisão entre sociedade e natureza, que começa a se radicalizar na Modernidade. Tal busca de separação se apoiou no Iluminismo com a instituição das ciências naturais para se opor ao obscurantismo, dominação e fanatismos; e ao mesmo tempo para se opor ao cientificismo do polo natural foram utilizadas explicações sociais (LATOUR; 2009). Essa ontologia de purificação, fundada no século XVII, quando humanos são assunto da política, e não humanos da ciência, passa a ser impossível a partir da perspectiva analítica da TAR, conseqüentemente nesta pesquisa.

Latour (2009) argumenta que os cientistas sociais, ao questionarem as ciências da natureza, cometeram uma série de erros²¹, dentre eles: 1) o primeiro foi

¹⁹ Bruno Latour (2001) usa o termo "actante". Porém, neste texto, optamos pelo uso do termo "atuante" por ser a palavra existente na língua portuguesa cujo uso produz o efeito que o autor buscou ao usar o termo na língua inglesa (actante) (MEDRADO, SPINK, MÉLLO, 2014, p.278).

²⁰ Redigimos Ciência com C maiúsculo para fazer referência ao ideal de saber neutro, objetivo e verdadeiro proposto a partir da Modernidade.

²¹ Simone Huning e Neuza Guareschi (2011) argumentam que a relação sujeito-objeto estabelecida nas ciências da natureza e nas ciências humanas é diferente pois, as ciências da natureza lidam com um tipo de objetividade diferente: a capacidade destes objetos de objetar sobre o que se diz deles (p. 66). Isso é, o objeto das ciências humanas tem uma capacidade de objetar sobre o que é dito sobre ele que nos é acessível, enquanto os das ciências da natureza não. Dessa forma, as ciências da natureza ao produzirem conhecimento se dizem objetivas e cada vez mais próximas da verdade.

a natureza estava relacionada com o seu objeto, que poderia ser controlado, objetivado e explicado a partir da noção de causa e efeito; 2) o segundo foi propor que as ciências humanas necessitariam de um outro tipo de ciência, com métodos diferentes.

Operou-se, nessa forma dos modernos de entender o mundo, o que Whitehead chamou de bifurcação da natureza que ocorre quando aceitamos a premissa de que o mundo deve ser dividido em dois conjuntos de coisas: um composto pelo que está na natureza, matéria de que o universo é constituído, das coisas reais cujas qualidades primárias seriam independentes da existência de um observador; outro, composto por qualidades que nossos sentidos atribuem a estes elementos do mundo, sendo, portanto, qualidades secundárias. O primeiro conjunto seria passível de estudo pelas ciências, enquanto que o segundo seria a matéria da qual nossos sonhos e valores são constituídos (LATOURE & WOOLGAR, 2002, p. 2).

A Teoria Ator-Rede defende que nunca chegamos à Modernidade, não fazendo sentido o uso do termo moderno ou pós-moderno, já que, o conhecimento não é simplesmente construído, mas envolve uma rede heterogênea de materiais, representações, financiamentos, pressões econômicas, disputas políticas, numa cadeia infundável de elementos. Nesse sentido, é realizada uma crítica tanto ao realismo como ao construcionismo. Para Latour (2009) "As coisas são reais como a natureza, narradas como o discurso e coletivas como a sociedade" (p. 15).

Utilizando o exemplo dos hormônios iremos apresentar com a Ciência e a pesquisa são diferentes e que sem os não humanos não teria sido possível que Arnold Adolf Berthold e Charles-Edouard Brown-Sequard tivessem realizado os seus experimentos e que as indústrias farmacêuticas, como a Bayer, permaneçam produzindo e comercializando estes compostos.

Como vimos, anteriormente, os cientistas de laboratório (de fisiologistas a bioquímicos) apresentavam grande dificuldade de estudar os hormônios, pois não tinham acesso fácil a tais substâncias, tendo que negociar com os ginecologistas e abatedouros amostras destes materiais. Quando o cientista soluciona o problema de levar o hormônio para ser analisado e estudado em seu laboratório ele precisa que este material produza informações. O cientista para conseguir informações dos hormônios precisa da ajuda de diversos instrumentos, como microscópios, reagentes químicos etc. "Esses dispositivos tornam visível aquilo que até então era invisível" (CORDEIRO, 2012, p.31).

uista, porém, ainda não terminou, pois, os cientistas precisam também produzir artigos científicos, relatórios, tabelas, quadros, conseqüentemente eles passam a falar em nome dos hormônios. Os cientistas vão dizer onde os hormônios são produzidos, como eles atuam no corpo, quais caminhos percorrem quando entram na corrente sanguínea, quais os efeitos produzidos, como eles podem curar doenças, suas características etc. Porém, se cada cientista produzir inscrições diferentes sobre os hormônios, é estabelecida uma controvérsia científica, como quando houve discordância sobre a presença ou não de testosterona em mulheres.

A pesquisa sobre os hormônios, então, não existe sem o coletivo de cientistas, abatedouros, bibliotecas, instrumentos de laboratório, artigos, urina, técnicos, etc. Entretanto, a produção, difusão e inscrição realizada por esse conjunto de elementos não ficam restritos aos laboratórios. O conhecimento ao ser certificado precisa ser ãdevolvido ao mundoõ e sair do laboratório, porém aquilo que atua de determinado modo no laboratório, pode agir de modo diferente quando volta a atuar fora dele.

Os cientistas precisam realizar uma série de estratégias para que o seu conhecimento sobreviva para além das quatro paredes do laboratório. Com isso, a sociedade precisa se ãlaboratorizarø (CALLON, 2003). Os consultórios dos ginecologistas, por exemplo, se tornam um apêndice dos laboratórios dos cientistas. Aquilo que é produzido no laboratório para ser transportado, obter sucesso e reconhecimento, precisa que haja investimento, em todos os sentidos, pois não acontece de modo espontâneo. É necessário construir uma conformação entre seu conteúdo e contexto de aplicação/utilização (CALLON, 2003).

É importante salientar que os hormônios colhidos na urina dos pacientes, são diferentes dos hormônios do laboratório, que são diferentes dos hormônios presentes nos consultórios clínicos. Entendemos a partir da TAR que não são interpretações diferentes do mesmo objeto, como propõe o perspectivismo, mas objetos diferentes. São as materialidades, eventos e práticas que fazem os hormônios, se estas mudarem, os hormônios também mudarão (MOL, 2002). As traduções ãdo mundoõ para o laboratório e deste para o ãmundoõ novamente, modificam os hormônios, que são parecidos após este processo, mas não são iguais.

Assim, as traduções envolvem contínuos deslocamentos de objetivos, de interesses, de pessoas, de aliados, de dispositivos de inscrição, fazendo com que todos os atores envolvidos nesse processo sejam resultados de

transformações (CALLON, 1986). Neste sentido, tal como indica o ditado italiano *traduttore-traditore*, tradução é traição e não um mero reflexo, uma imitação, uma representação fiel da realidade (LAW, 1997, CALLON, 1986). Tradução é, também, verbo: é um processo de padronização, de orquestração social, de ordenamento, de resistência. Em outras palavras, é o processo por meio do qual atores mobilizam, justapõem e mantêm unidos os elementos que os constituem (LAW, 1992) (CORDEIRO, 2012, p.32).

Os hormônios não são atributos naturais, eles possuem durabilidade relativa, pois quando postos em novas redes de relações os seus efeitos mudam. Os hormônios foram transportados por mediadores, que durante o percurso os transformaram em um atuante híbrido, natural e construído, humano e não humano, quase-sujeito ou quase-objeto.

É importante salientar que Latour (1997) não teve a intenção de criar uma teoria, mas sim, um método que teria como proposta seguir os efeitos dos atuantes em rede e produzir controvérsias. O autor argumenta que os atuantes sabem o que fazem, mas os pesquisadores não, por isso o foco não é explicar algo, e sim dizer o que, como, e porque os atuantes fazem.

Destacamos que a TAR compreende como atuante, tudo que age, que possui agência, que produz efeitos, qualquer coisa que modifique uma situação fazendo diferença. O atuante, porém, não age só, mas sempre em relação com outros atuantes, formando vínculos, conseqüentemente o atuante atua e é atuado. Os atuantes não são origem ou controlam os efeitos de sua ação, mas são sempre superados por ela, pois os efeitos são sempre inesperados. Em outros termos, ele não apenas faz, a rede o faz fazer. (ARENDETT, 2008, p. 5).

Nesse sentido, os objetos deixam de ser meros intermediários e os humanos os únicos que tem agência.

Além de determinar e servir como pano de fundo para a ação humana, as coisas precisam autorizar, permitir, conceder, estimular, ensinar, sugerir, influenciar, interromper, possibilitar, proibir etc. A *ANT (TAR)* não alega, sem base, que os objetos fazem coisas no lugar dos atores humanos: diz apenas que nenhuma ciência do social pode existir se a questão de o quê e quem participa da ação não for logo de início plenamente explorada, embora isso signifique descartar elementos que, à falta de termo melhor, chamaríamos de não humanos (LATOUR, 2012, p.108-109, *grifo nosso*).

Tal argumento da TAR interessa esta pesquisa, pois compreendemos os hormônios como atuantes que formam uma rede com outros atuantes como a mídia, as

at6rios, os microsc6pios, os pesquisadores, os diagn6sticos etc. Se perguntarmos aos horm6nios se eles fazem diferen7a no curso de outros agentes ou n6o, teremos uma resposta afirmativa, por isso precisamos seguir os seus efeitos nesta rede. Seios, pelos, energia, libido, m6sculos, ciclo menstrual, for7a s6o alguns dos efeitos atribuidos aos horm6nios, al6m disso, ele cura doen7as, impede gravidez, produz corpos- homem e corpos-mulher.

Os horm6nios modificam aqueles que o administram e ao mesmo tempo s6o modificados nesta rela76o. Por exemplo, a mulher que que ingere a p6lula anticoncepcional se modifica e modifica a p6lula, produzindo um terceiro elemento nesta associa76o, a mulher-horm6nio ou o horm6nio-mulher. A p6lula na embalagem, a p6lula no homem, a p6lula na ind6stria farmac6utica, 6 diferente da p6lula na mulher. A mulher em idade f6rtil que ingere a p6lula se converte em mulher prevenida; a mulher que esquece a p6lula se converte em mulher descuidada, a mulher com s6ndrome dos ov6rios polic6stico que ingere o horm6nio passa a ser uma mulher saud6vel. Em resumo, a mulher 6 diferente sem os horm6nios e os horm6nios s6o diferentes sem a mulher.

Os horm6nios s6o operadores de diferen7a, n6o meros intermedi6rios, mas um mediador que desloca uma rela76o, n6o sendo simplesmente causa ou consequ6ncia. Entidades associadas de humanos e n6o humanos, como mulher-horm6nio ou horm6nio-mulher, s6o considerados uma media76o em que cada atuante 6 um mediador que n6o pode ser um mero efeito entre dois polos definidos de antem6o (LATOURE, 2012).

Apesar da ag6ncia dos atuantes n6o humanos, alguns te6ricos argumentam que eles n6o t6m intencionalidade, n6o 6-expressam6 rela76es de poder, 6-simbolizam6 hierarquias sociais, 6-agravam6 desigualdades sociais, 6-transportam6 o poder social, 6-objetivam6 a igualdade e 6-materializam6 rela76es de g6nero6 (LATOURE, 2012, p. 113). Por6m, a TAR argumenta que mesmo homens e objetos sendo diferentes, tal diferen7a n6o deve implicar em divis6o e cis6o.

Os pesquisadores devem tratar com os mesmos termos e utilizar os mesmos repert6rios para se referir 6 natureza e sociedade. 6-Isso implica a utiliza76o de um estilo de descri76o que n6o se baseia em dualismos como verdadeiro-falso, humano-n6o humano, sujeito-objeto, micro-macro etc.6 (CORDEIRO, 2012, p.24). Compreendemos que tais dicotomias s6o efeitos, resultados da rela76o e encontro de atuantes heterog6neos.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Quando partimos da crítica da TAR que não cindi natureza-sociedade, homem-objetos, ciências humanas-ciências da natureza e como consequência pesquisar hormônios se torna possível em uma tese vinculada a um Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Outro conceito proposto pela TAR, que nos ajudou a acompanhar os efeitos dos hormônios em rede, que é a noção de híbrido. Partindo da ideia de que não há um mundo material e um mundo social com existência independente e separadas, a Psicologia seria uma ciência híbrida que envolve social e individual, biológico e cultural (ARENDDT, 2007).

Ressaltamos que a escolha por não cindir materialidades e personalidades é analítica no processo de pesquisar, mas que no nosso posicionamento ético entendemos que humanos possuem direitos, deveres e que devem ser tratados de modo diferenciado.

3.3 Encontros e desencontros com Foucault e Teoria ator-rede

Começamos este subtópico com a seguinte questão, o que há em comum entre Michel Foucault e os autores da Teoria Ator-Rede e o que os torna peculiares? Podemos responder tal pergunta de modo simples, tanto Michel Foucault como os autores vinculados a TAR produzem excelentes argumentos para uma crítica fundamentada ao modelo de Ciência enquadrado pela Modernidade.

Como destacam, Simone Huning e Neuza Guareschi (2011), essas críticas estão relacionadas ao questionamento de um modelo epistemológico; à noção de progresso, evolução e verdade; e à produção de dicotomias indivíduo-sociedade, razão/emoção, natureza/cultura, humano/não-humano, interioridade/exterioridade, ciência/política, por exemplo.

Essas noções, centrais para a Ciência Moderna, passam a ser problematizadas por esses autores, que discorrem como tais pressupostos têm sido utilizados para legitimar práticas diversas. Nesse sentido, por ambos, a ciência é compreendida como uma ação humana, situada, produtora de determinados modos de viver, bem como, de formas de governar a vida.

Tais autores evidenciam a indissociação entre política e ciência, cisão defendida pela Ciência Moderna, que busca a purificação dos domínios da natureza ó alvo da ciência e dos humanos ó objeto da política, como discutimos anteriormente. A Ciência deixa de ser compreendida como fato objetivo e/ou espelho da realidade, pois ao se evidenciar sua processualidade, as verdades instituídas nesta rede passam a ser indagadas. O foco não é naquilo que se é, mas naquilo que se torna e seus efeitos. Há um deslocamento da descoberta de algo para o seu processo de produção, pois tais rituais produzem acontecimentos.

Do ponto de vista do método, a instituição de verdades últimas, universais e generalizantes que despolitizam a Ciência são questionadas tanto na arqueogeneologia foucaultiana, como na Antropologia Simétrica, pois os estudiosos vinculados a esta forma de produzir conhecimento buscam situar suas produções. A verdade é local, histórica e provisória.

São abertas, então, novas possibilidades de construção de saberes, visibilizando aquilo que geralmente é silenciado na Ciência, porém sem a pretensão de

dológica. O que se pode encontrar nestes autores são pistas relativas a um caminho possível de problematização e questionamento daquilo que está sendo feito e da organização de certos modos de fazer (HUNING, GUARESCHI, 2011, p. 68).

As linhas de fuga produzidas por Foucault e os estudiosos da TAR escapam de um modelo epistemológico e investem na articulação entre ética e política. Os modos de construção dos saberes são evidenciados, bem como as transformações, associações e relações que se materializam e produzem efeitos. A própria Ciência se transforma em objeto de pesquisa, a sua retórica, impessoalidade, objetividade, frieza e neutralidade passam a ser foco de análise. Apresentar as controvérsias do pesquisar é uma linha fuga possível.

Vale salientar, porém, que a arqueogenealogia e a TAR, apesar de não serem opostas, não são iguais. Realizamos nesta pesquisa a tentativa de fazer algumas produções desses dois campos de saber dialogarem, mas sem omitir as particularidades de cada um. Por isso, iremos apresentar agora em que pontos consideramos que eles se distanciam e produzem diferentes rotas e efeitos.

Inicialmente, é importante destacar que enquanto Foucault se dedicou a analisar principalmente as ciências humanas e a medicina, a TAR, desde o seu início, tem se voltado para analisar justamente as chamadas ciências da natureza, por compreender que elas são tão articuladas com questões políticas como as ditas ciências humanas. É justamente nessa tentativa de cisão entre ciências humanas e ciências da natureza que a TAR realiza seus questionamentos.

Além disso, segundo Arthur Ferreira (2007), enquanto Foucault buscava desnaturalizar e situar historicamente as formas como nos relacionamos com o mundo, com os outros e com nós mesmos, os/as autores/as vinculados/as a TAR buscaram uma estratégia intermediária que nem fosse naturalizante como a Ciência moderna, nem que corresse o risco de cair no relativismo das críticas construcionistas radicais.

A TAR compreende, assim, que todo tipo de materialidade sejam pessoas, documentos, máquinas podem ser seguidos em rede, a noção de atuante é central neste argumento, que promoverá uma ampliação dos estudos para tudo que tiver agência, sejam humanos e não humanos. Todavia, o conceito de dispositivo para Foucault já apontava para uma leitura ampla que também inclui não-humanos, na medida que remete à rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos:

a, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito (...).

O dispositivo estabelece a natureza do nexos que pode existir entre esses elementos heterogêneos (CASTRO, 2009, p 124). Ou seja, Foucault, pela via do conceito de dispositivo, já discutia aquilo que, posteriormente, os teóricos da TAR enfatizam sobre a relevância dos não humanos em seus estudos. De todo modo, Foucault não explora diretamente esses elementos em suas particularidades e jogos e, sobretudo, não questionava a assimetria na análise de tais materialidades (FERREIRA, 2007). Esse é certamente um mérito da TAR.

Do mesmo modo, os autores da TAR também questionam o uso abusivo do conceito de poder pelas ciências humanas em suas explicações, tornando os argumentos circulares, pois o poder se torna a causa e explicação de tudo, ao mesmo tempo não explica nada. Porém, o próprio Latour (2012) argumenta que Foucault foi uma das vítimas de leituras precipitadas de sua obra, quando atribuem a ele uma noção de poder invisível, imóvel e homogêneo, em que o poder se explicaria pelo próprio poder.

Que essa lição é fácil de esquecer, mostra-o de maneira dramática o destino transatlântico de Michel Foucault. Ninguém foi mais exato na decomposição analítica dos minúsculos ingredientes que formam o poder e ninguém criticou tanto as explicações sociais. Mas ao ser traduzido, transformou-se imediatamente naquele que desmascarou as relações de poder por trás de cada atividade inócua: loucura, história natural, sexo, administração etc. Isso mostra de novo com que energia a noção de explicação social deve ser combatida: nem o gênio de Foucault conseguiu evitar essa inversão extrema (LATOUR, 2012, p. 127).

Concluimos que a proposta de encontro entre conceitos foucaultianos e postulados da TAR não produz uma associação homogênea, porém ela não é incompatível (FERREIRA, 2007; HUNING, GUARESCHI, 2011). Conceitos foucaultianos e postulados da TAR oferecem outra forma possível de produzir conhecimento na Psicologia, que não é a única e/ou a verdadeira, mas a escolhida para este estudo a partir de um posicionamento ético-político. Isso implica no comprometimento dos pesquisadores em visibilizar todo o processo de produção desta pesquisa desde o seu projeto até os possíveis efeitos deste material, que também fogem ao controle dos pesquisadores.

, assim, as bases que sustentam esta tese, cujo objetivo, como dito anteriormente, é analisar agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação de modos de subjetivação contemporâneo, analisando relações entre os saberes sobre os hormônios e a produção biopolítica de os efeitos de verdade e regulações da sexualidade e práticas de feminilização e masculinização agenciadas pelos hormônios. Para este empreendimento, optamos pela análise de material produzido por uma empresa multinacional responsável pela comercialização de hormônios. Tal material é compreendido nesta tese como documentos de domínio público, conforme abordado no tópico a seguir.

4. DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO COMO PRODUTOR DE MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: APRESENTANDO NOSSO CORPUS DE ANÁLISE

Nesta tese, optamos por desenvolver um estudo particular tendo como artefato analítico o material produzido e veiculado por uma empresa multinacional responsável por fabricação e comercialização de hormônios.

A escolha deste material teve como parâmetros a diversidade de práticas discursivas e não discursivas que tais documentos fazem circular. Além disso, a opção por analisar vídeos veiculados na Internet, possibilitou a aproximação com os saberes que o público leigo, em relação aos estudos sobre hormônios, podem, também, facilmente acessar. Com isso, entendemos que tais materiais quando articulados em rede, possibilitam a produção de diferentes modos de subjetivação.

Estes materiais são aqui concebidos como documentos de domínio público, expressão cunhada por Peter Spink (2004), para referir-se, em linhas gerais, à aquilo que definiríamos como práticas discursivas que promovem circulação de saberes e, portanto, podem nos auxiliar tanto em análises sobre efeitos de verdade, como também na explicitação de controvérsias, agências e resistências.

Consideramos que esses embates entre práticas cristalizadas e resistências são constituintes dos processos de negociação de informações e fundamentais para entendermos os diferentes modos de viver em nossa sociedade. Nesse sentido, concordamos com Mélo quando enfatiza o público como espaço de veiculação e atualização de universais.

As fontes documentais foram incorporadas ao próprio cotidiano da cultura letrada e são instrumentos que divulgam e debatem esse cotidiano e até buscam a sua normalização. Assim, a pesquisa que toma como base de análise fontes documentais faz com que saiam da sombra, deixem de ocupar o lugar de fontes secundárias. Os documentos fazem parte da política, entendida, sob inspiração de Foucault, como estética da existência: a busca de dar um sentido às existências individuais, rechaçando uma política instrumental, que pretenda fazer vigorar o espaço público como veiculador e atualizador de ideias universais (MÉLLO, 2006, p. 60).

Dessa forma, os documentos são ao mesmo tempo produtos e produtores de práticas sociais. E tal característica faz com que eles sejam importantes instrumentos de governo, atuem no gerenciamento dos corpos. Essa particularidade dos documentos

os saberes e as relações de poder como também a produção de modos de subjetivação.

Compreendemos que os documentos não são simplesmente meros mediadores (entre verdade e produção discursiva sobre ela), mas que possuem agência, isto é, produzem efeitos a partir das relações que estabelecem em rede (LATOURET, 2001; 2009). Desse modo, os vídeos que foram analisados nesta pesquisa são compreendidos como atuantes, pois ele agenciam diferentes práticas.

Peter Spink (2004) argumenta que nos tornamos objetos de registro na nossa sociedade, tanto em um nível social, como individual. Somos incitados a documentar o nosso cotidiano, seja em diários, fotografias, redes sociais, vídeos, biografias, exames, entre outros materiais. As instituições também documentam suas atividades, desde dados estatísticos, até informações pessoais dos seus funcionários (SPINK, RIBEIRO, CONEJO, SOUZA, 2014). Tais produções não acontecem com a finalidade de se tornarem material de análise para futuras pesquisas, mas isso não impede o seu uso para tal intento.

Cada documento é um retalho que pertence a um tecido social mais amplo e que fornece informações sobre determinado período. Ao ler, por exemplo, a Constituição Federal se reconhece nela a presença dos desafios dos movimentos políticos e sociais, atores independentes, grupos de influência e de pressão que marcaram a década de 1980 (SPINK, RIBEIRO, CONEJO, SOUZA, 2014, p. 217).

Os documentos de domínio público permitem dessa forma, termos contato com práticas de diferentes períodos da vida humana, seja em suas permanências ou transformações.

O grande problema com arquivos é que eles nunca estão organizados para responder a pergunta que queremos fazer, especialmente as perguntas que vocês, investigadores, mais tarde querem elaborar. Ao contrário, são organizados de acordo com os usos que os depositários querem fazer deles (...). É um trabalho de detetive, vocês vão ter que indagar aonde podem estar as informações úteis para seu estudo (P. SPINK, 2004, p. 132).

Quando decidimos que iríamos analisar as propagandas de hormônios ficamos um tempo deslocados, pois como este material é veiculado exclusivamente para os médicos²² nós não teríamos acesso tão facilmente. Se optássemos por analisar as

²² Discutiremos adiante as regulações sobre a divulgação de informações sobre medicamentos.

dicos teríamos que ir aos congressos, desta classe profissional, que discutem os usos de hormônios ou buscar os representantes de medicamentos que visitam rotineiramente os consultórios médicos, apresentando os novos produtos produzidos pelas indústrias farmacêuticas.

Entretanto, analisamos que apesar da existência da regulação de propagandas de hormônios para o público leigo, a população consumidora obtinha informações sobre estes produtos de diversos modos, com isso decidimos mapear as informações divulgadas online pelas indústrias farmacêuticas que comercializavam hormônios e a partir deste ponto escolher entre diversos materiais quais seriam o foco da pesquisa²³.

Para rastrear esses materiais foi necessário realizar uma busca ampla sobre quais empresas comercializavam hormônios no Brasil e quais eram as suas plataformas na Internet voltadas para o público leigo. Após essas busca inicial nos deparamos com um conteúdo vasto e complexo produzido e divulgado pela Bayer, como descrito no Apêndice A.

Nesse sentido, seguimos a pista de Foucault (2008) que indica não restringir nosso olhar õas grandes obrasõ, mas buscar observar também os discursos dissidentes presentes em materiais e períodos diversos, pois õas vezes não é um documento ou uma série específica de documentos que importa, mas a presença ubíqua de uma temática em documentos distintos que serve como sinal para a desfamiliarização inicialõ (SPINK, 2004, p. 142).

Os documentos são importantes fontes de pesquisa, pois divulgam novos tipos de tecnologias e a partir deles é possível acompanhar o histórico da forma como determinado tema se desenvolve e tem sido abordado. Ao compreendermos os documentos como importantes elementos para o governo da vida, percebemos que eles são reguladores de práticas por excelência, interditando e permitindo diferentes procedimentos e condutas. Além disso, esse material também pode ser produzido de forma regular e em série, sendo õum excelente caminho para a compreensão da gradativa emergência, consolidação e reformulações dos saberes e fazeresõ (P. SPINK, 2004, p. 146).

²³ Destacamos que a leitura dos estudos realizados pela pesquisadora Fabíola Rohden também foi de suma importância para o delineamento desta tese, sendo tais materiais referências centrais na presente pesquisa (ROHDEN, 2000; 2001; 2006; 2008; 2012; 2013).

a partir dos vídeos como determinado saber surge e a partir de quais condições de possibilidades, que lhe são exteriores e ao mesmo tempo imanentes a eles, este se desenvolve. Compreendemos que os saberes não são simplesmente produtos do poder, mas é um elemento estratégico que compõe determinado dispositivo. Não buscamos, porém, avaliar se um certo saber é verdadeiro e qual a sua fundamentação, mas como e porque justamente esse e não outro saber surge em um dado período e quais os seus efeitos.

Os saberes ao serem legitimados passam a fixar normas e teorias, ganhando forma a partir de técnicas, instituições, pedagogias e comportamentos. Não há, porém, estabilidade na produção de saberes, eles não são fixos e estáveis, estão sempre em transformação, que pode ocorrer tanto devido a mudanças exteriores (relações sociais, instituições política etc.), quanto, a partir deles (determinação dos objetos, ajustamento dos conceitos, acúmulo de informações) (FOUCAULT, 2008). As mudanças do discurso acontecem por meio da vontade de saber, que é anônima e polimorfa, e não devido a um sujeito do conhecimento, que seria a sua origem.

Poder e saber estão diretamente implicados, não havendo relações de poder, sem a constituição de um campo de saber correlato, como também não há saber sem a constituição de relações de poder. Estamos interessados, dessa forma, como determinadas práticas de saber e poder produzem efeitos e se materializam, sejam em documentos, instituições, técnica de governo, fotografias, livros, políticas, equipamentos de laboratório ou mesmo na forma como nos subjetivamos.

Os processos e os modos de subjetivação²⁴, nesse caso, são apenas mais um dos efeitos do saber-poder. Como podemos perceber, Foucault compreende que as estratégias de relações de forças não são constituídas apenas de práticas de saber, mas também de práticas de poder (CASTRO, 2009). É nessa relação entre os saberes instituídos como verdade e efeitos de poder que se torna possível a produção de determinados modos de subjetivação a partir de vídeos produzidos pela Bayer sobre hormônios.

Porém, tais conteúdos que podem conformar modos de subjetivação são não só reguladores de práticas, mas também sofrem regulações. É a partir de tal postulado

²⁴ Destacamos novamente que os modos de subjetivação dizem respeito à forma predominante da relação com diferentes forças, saberes, poderes e técnicas de si, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua vida (NARDI, 2006).

análise e tecemos algumas considerações nos tópicos

a seguir.

4.1 O Se é Bayer, é bom: aproximações ao corpus de análise e seu campo de produção

O Se é Bayer, é bom é um desses slogans publicitários de grande repercussão, que tem sido propagado desde a década 1922, e é uma espécie de cartão de visitas da indústria farmacêutica Bayer, fundada em 1 de agosto de 1863 em Barmen, Alemanha, pelo vendedor de corantes Friedrich Bayer e o tintureiro Johann Friedrich Weskott.

Entre os anos de 1881 e 1913, a empresa começou a expandir seus negócios para além da área de tinturaria e passou a desenvolver pesquisas no campo dos produtos farmacêuticos e ampliar seu mercado, internacionalmente. Nesse período, foi patenteado pela empresa um dos seus principais produtos, a Aspirina²⁵, desenvolvida por Felix Hoffmann e lançada no mercado em 1899.

Segundo o site da empresa, atualmente, o Grupo abrange mais de 300 empresas com sede em 75 países, empregando mais de 100 mil funcionários no mundo todo e seu objetivo é desenvolver novas moléculas para a utilização em produtos inovadores e soluções para melhorar a saúde das pessoas, animais e plantas (BAYER, 2016).

Ainda segundo esse site, a Bayer possui quatro divisões voltadas para produtos diferentes: 1) a primeira é a Pharmaceuticals, que concentra-se nos medicamentos comercializados com receita médica, especialmente os referentes à cardiologia e aos cuidados com a saúde da mulher, e nas áreas de oncologia, hematologia e oftalmologia; 2) a segunda é a Consumer Health que comercializa principalmente medicamentos isentos de prescrição médica, nas categorias de antialérgicos, analgésicos, medicamentos contra a tosse e resfriados, produtos dermatológicos, de cuidados com os pés, remédios gastrointestinais, materiais

²⁵ O ácido acetilsalicílico foi o primeiro fármaco a ser sintetizado na história da farmácia e a primeira droga a ser vendida em tabletes. O medicamento é indicado para o tratamento de diferentes tipos de dores desde enxaqueca a artrite. É, ainda hoje, o remédio mais consumido no mundo, só nos Estados Unidos, cerca de 80 milhões de Aspirinas são vendidas por dia. A Aspirina® foi considerada a droga do século (BAYER, 2015).

ceira é a Crop Science²⁶ que conta com os negócios de sementes, proteção de cultivos e defensivos agrícolas; 4) a quarta e última é voltada para a saúde animal (BAYER, 2016).

Os hormônios, foco do nosso estudo, são produtos gerenciados na Bayer pela divisão Pharmaceuticals, pois precisam de prescrição médica para serem administrados. Em consequência disso, tais drogas não podem ter suas propagandas veiculadas em meios de comunicação que sejam acessíveis para leigos, sendo sua divulgação restrita aos médicos.

Essa forma de divulgação de informações sobre os fármacos no Brasil é regulada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 26 de janeiro de 1999 pela Lei nº 9.782. Segundo o site da entidade, seu objetivo é definir a política nacional de vigilância sanitária; normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde (ANVISA, 2016). Dentre outras atividades, a ANVISA deve controlar, fiscalizar e acompanhar, sob o prisma da legislação sanitária, a propaganda e publicidade de produtos submetidos ao regime de vigilância sanitária (2016).

Segundo o mesmo site, a ANVISA se configura como uma autarquia que funciona sob regime especial, pois possui independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A Agência abrange sua atuação a todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira, regulando tanto o âmbito sanitário, como também a econômica do mercado. Ela está vinculada ao Ministério da Saúde, compondo o Sistema Único de Saúde (SUS), e desta forma é igualmente orientada pelos seus princípios e diretrizes.

A principal legislação atualmente vigente para a regulação de propaganda de medicamentos no Brasil foi publicada pela ANVISA em 17 de dezembro de 2008, Resolução de Diretoria Colegiada nº RDC Nº 96, que trata sobre a normatização de propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. A RDC Nº 96 tem passado por ajustes desde a sua publicação com instruções normativas e acréscimos em seus artigos.

²⁶ A Bayer anunciou em setembro de 2016 a compra da Monsanto, empresa agroquímica americana. Dessa forma a Bayer tornou-se o maior grupo de agrotóxicos e transgênicos do mundo (<http://www.cartacapital.com.br/economia/bayer-compra-monsanto-e-cria-maior-grupo-de-agrotoxicos-e-transgenicos>).

a propaganda de fármacos no Brasil, porém, começa antes da RDC de 2008, a primeira regulamentação sanitária que aborda tal questão data de 08 de setembro 1931, Decreto n.º 20.377. O Decreto determinava que era proibido anunciar, vender, fabricar ou manipular preparados secretos e atribuir aos licenciados, propriedades curativas ou higiênicas que não tenham sido mencionadas na licença respectiva pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (Art. 112).

Apenas em 1973 o decreto é revogado quando a Lei n.º 5.991 é sancionada e dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. A regulação de propagandas passa a ficar mais rígida com a Resolução WHA 41.17 produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988, que aprova critérios éticos para a promoção de medicamentos.

Segundo a ANVISA (2005), já em meados de 1880 foram veiculadas as primeiras propagandas de medicamentos no Brasil e desde então, tem se constatado o crescimento contínuo no número de peças publicitárias divulgadas em diversos meios de comunicação²⁷.

Figura 1 - Anúncio Elixir Nutrogenol Granado de 1912



Fonte: <http://lounge.obviousmag.org>

Figura 2 - Anúncio Xarope Divino, de 1917



Fonte: <http://lounge.obviousmag.org>

Em 1996, foi publicado o Decreto 2.018/96, o primeiro a vetar a propaganda de medicamento de venda sob prescrição médica que fosse direcionada ao público leigo: o Regulamento a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao

²⁷ Fernanda de Paula (2010) informa que em 2006, por exemplo, a indústria farmacêutica investiu R\$ 978,96 milhões em propaganda no Brasil, isto é mais que o triplo destinado aos projetos de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos deste mesmo ano.

úgenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.

Atualmente, de acordo com o risco que o fármaco oferece aos pacientes é estabelecida a sua regulação de venda, com isso, a propaganda e embalagem também se modificam. Passaram, assim, a ser criados diferentes grupos que classificam as medicações. Uma forma simples de observar tais regulações são as tarjas inscritas nas embalagens dos medicamentos²⁸:

²⁸ Informações retiradas da campanha Fique de olho da Mostra Cultural de Vigilância Sanitária e Cidadania: http://www.ccs.saude.gov.br/visa/folheteria/o_Medicamentos.pdf

Quadro 1: Classificação dos medicamentos no Brasil.

NÃO TARJADO	Não necessitam de prescrição médica (venda livre), pois têm poucos efeitos colaterais e contraindicações. São geralmente utilizados para o alívio de sintomas mais comuns, como azia, má digestão e outros. O fato de serem comprados sem receita médica não exclui a necessidade de uso responsável e consciente.
TARJA VERMELHA	São medicamentos de “Venda sob prescrição médica”, pois apresentam diversas contraindicações e podem provocar efeitos colaterais graves. Eles se dividem em dois grupos: 1) O primeiro é vendido mediante a apresentação da receita, mas sem retenção desta, isto é, não fica nenhum registro na farmácia. 2) O segundo necessita, além da apresentação da receita, a retenção desta na farmácia, por serem medicamentos controlados e são vendidos com receituário especial de cor branca.
TARJA PRETA	São medicamentos que só podem ser vendidos com receituário especial de cor azul, que também fica retido na farmácia. Esses fármacos têm a sua venda mais controlada, pois exercem ação sedativa ou ativam o sistema nervoso central. Na tarja também vem impressa a seguinte mensagem de alerta: “Venda sob prescrição médica - o abuso deste medicamento pode causar dependência”.
TARJA AMARELA	Presente nas embalagens dos medicamentos genéricos. Deve vir acompanhada das inscrições G e Medicamentos Genéricos, escritas em azul. São os medicamentos genéricos. Caso necessitem, apresentam ainda tarjas de outras cores.

Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/visa/folheteria/o_Medicamentos.pdf

De acordo com a regulação da ANVISA, a compra de hormônios só pode ser feita com a apresentação da receita médica, pois possuem tarja vermelha. Porém, os hormônios femininos estão no grupo de tarja vermelha que não tem a receita retida, desta forma, eles são facilmente comprados em farmácias sem a apresentação da receita. Os hormônios masculinos também apresentam tarja vermelha, porém se encontram no segundo grupo, no qual a receita fica retida, com isto, a venda destes produtos é mais controlada e de acesso mais limitado.

Quando, em 2012, a ANVISA anunciou a lista de medicamentos que seriam enquadrados na categoria Tarja Vermelha houve mobilização do movimento feminista²⁹ e de profissionais da saúde para a retirada dos anticoncepcionais desta lista. Esses grupos alegavam que o SUS não estaria preparado para atender tal demanda, já que 30 milhões de mulheres seriam usuárias da pílula no Brasil e que a grande maioria

²⁹ Foi realizada uma petição solicitando a retirada dos anticoncepcionais da lista de fármacos que precisam de receita médica (<https://www.change.org/p/ger%C3%A2ncia-geral-de-medicamentos-da-anvisa-inclua-anticoncepcionais-na-lista-de-medicamentos-isentos-de-prescri%C3%A7%C3%A3o#>)

a realizar consultas particulares. Sob o risco de aumento de gravidezes indesejadas os anticoncepcionais continuam sendo tarja vermelha, porém sem a retenção de receita o que implica na prática a automedicação³⁰.

Figura 3 - Embalagem Femiane
Anticoncepcional Bayer



Fonte: bulasderemedios.com.br

Figura 4 - Embalagem Proviron
Andrógeno Bayer



Fonte: buscaremedico.com.br

Como comentamos anteriormente, não só a venda, mas também as propagandas dos hormônios são controladas, havendo regras e restrições. Apesar disso, a indústria farmacêutica tem utilizado diferentes estratégias para aumentar a aproximação com o seu público alvo e publicizar os seus produtos. Apesar da restrição imposta pela ANVISA, sobre as propagandas de medicamentos que necessitam de prescrição médica, a Bayer tenta acessar o seu público consumidor via meios de comunicação.

Por exemplo, de acordo com a legislação em vigor:

(...) apenas os medicamentos de venda isenta de prescrição médica (aqueles que não apresentam tarjas em seu rótulo) podem ser veiculados nos meios de comunicação de massa (rádio, TV, jornal, revista, internet, entre outros). Já os medicamentos de venda sob prescrição médica (que apresentam tarja vermelha ou preta na embalagem) somente podem ser anunciados para os profissionais médicos, dentistas e farmacêuticos, por meio de publicações especializadas (ANVISA, 2010, p. 96).

A propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve cumprir os requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinados tipos de medicamentos, e fica restrita aos meios

³⁰ A ANVISA, em agosto de 2016, divulgou o alerta de que as mulheres devem procurar os médicos antes de administras os hormônios e realizar exames periódicos para prevenir o risco de trombose venosa (http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/anticoncepcional-so-com-prescricao-medica/219201).

o destinados exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (ANVISA, 2008, 05).

Dessa forma, a divulgação de vários medicamentos fica restrita aos médicos, que passam a receber representantes das indústrias farmacêuticas em seus consultórios para se atualizar sobre as últimas novidades do mercado. Nesse sentido, torna-se necessário também definirmos o que a ANVISA descreve como propaganda:

Conjunto de técnicas e atividades de informação e persuasão com o objetivo de divulgar conhecimentos, tornar mais conhecido e/ou prestigiado determinado produto ou marca, visando exercer influência sobre o público por meio de ações que objetivem promover e/ou induzir à prescrição, dispensação, aquisição e utilização de medicamento (ANVISA, 2008, p. 03).

Os vídeos disponibilizados pela Bayer em seus canais do Youtube apresentam várias propagandas que também são veiculadas em outros meios de comunicação, como a televisão, mas o material relacionado aos hormônios não se encaixa em tal definição, pois em nenhum momento os produtos ou a marca são mencionados.

A ANVISA também fala sobre propagandas indiretas, que são consideradas ilegais pelo órgão. Segundo o artigo 4º *“Não é permitida a propaganda ou publicidade enganosa, abusiva e/ou indireta”* (ANVISA, 2011, p.19). A propaganda indireta é definida como *“aquela que, sem mencionar o nome dos produtos, utiliza marcas, símbolos, designações e/ou indicações capaz de identificá-los e/ou que cita a existência de algum tipo de tratamento para uma condição específica de saúde”* (ANVISA, 2008, p. 04, *grifo nosso*).

O trecho da regulamentação destacado acima poderia, a princípio, abrir margens para entendermos os vídeos sobre hormônios da Bayer como propaganda indireta, pois, apesar de não identificarem nomes, marcas e símbolos, são discutidos os tratamentos específicos para condições particulares de saúde, como a menopausa e o uso da reposição hormonal para o tratamento dos sintomas.

Nessa mesma regulação a ANVISA ainda pontua sobre a propaganda indireta que:

Parágrafo único - Fica vedado utilizar técnicas de comunicação que permitam a veiculação de imagem e/ou menção de qualquer substância ativa ou marca

os, de forma não declaradamente publicitária, de maneira direta ou indireta, em espaços editoriais na televisão; contexto cênico de telenovelas; espetáculos teatrais; filmes; mensagens ou programas radiofônicos; entre outros tipos de mídia eletrônica ou impressa (ANVISA, 2008, p. 04)

Por outro lado, a ANVISA (2008) apresenta outra forma das indústrias farmacêuticas acessarem o público leigo sem descumprir tais regulamentações, a partir de Campanhas Sociais. Esse detalhe aparece apenas no seguinte artigo em sua normativa:

Art. 44 A divulgação de campanha social deve ter como único objetivo informar ações de responsabilidade social da empresa, não podendo haver menção a nomes de medicamentos, nem publicidade destes produtos, da mesma forma que nenhuma propaganda ou publicidade de medicamentos pode se referir às ações de campanhas sociais da empresa (ANVISA, 2008, 14).

Os vídeos que falam sobre hormônios apresentam sempre um profissional da saúde falando sobre uma condição médica específica em caráter informativo e não fazem qualquer menção aos produtos da Bayer, apesar de estarem vinculados ao canal do Youtube da empresa. A Bayer poderia alegar que os vídeos têm o caráter de Campanha Social, pois buscam informar a população leiga sobre determinadas condições de saúde.

Discutimos neste tópico o processo de regulação aos quais os materiais que iremos analisar nesta pesquisa estão submetidos. Apresentamos as normas da ANVISA e as possíveis brechas que as indústrias farmacêuticas podem realizar para se aproxiar do público consumidor. No próximo ponto justificaremos como dentro a diversidade de materiais produzidos pelas indústrias farmacêuticas sobre hormônios escolhemos a Bayer e mais especificamente os seus vídeos disponibilizados no Youtube.

A indústria farmacêutica Bayer foi escolhida dentre uma diversidade de companhias deste seguimento, pois além de ter 26 (vinte e seis) medicamentos voltados para os hormônios sexuais, sendo 2 (dois) destes específicos para a regulação da testosterona, esta empresa também possui uma ampla rede de informações on-line. Quando percebemos a restrição no acesso as propagandas dos hormônios veiculadas nos consultórios médicos, buscamos mapear por quais meios as indústrias farmacêuticas atingiam o seu público consumidor mesmo com as normas instituídas pela ANVISA.

O grupo Bayer se mostrou bastante produtivo, logo no início do nosso mapeamento, pois já no seu site principal, voltado para o público brasileiro, www.bayer.com.br (Figura 5), aparece no cabeçalho superior o ícone mídia que apresenta os seguintes subitens: notícias, comunicados, sala de imprensa, websites Bayer, Apps Bayer, contatos para imprensa e publicações.

Além disso, na parte inferior do site são apresentados os ícones de vários sites da empresa que são voltados para diferentes públicos. Percebemos, então, que na nossa sociedade midiaticizada³¹ as empresas têm buscado cada vez mais estreitar os laços com o público, principalmente por meio de canais on-line. Nesse sentido, a mídia tem um lugar privilegiado não só na veiculação de informações, mas na produção de informações, discursos, valores, modelos de conduta e, conseqüentemente, modos de subjetivação.

³¹ Na sociedade midiaticizada a mídia é definida como uma nova matriz que se funda em novas racionalidades com as quais realiza estratégias de produção de sentidos (FAUSTO NETO, 2006, p. 8)

Figura 5 ó Site Bayer



Bayer Global | Our Businesses | Locations | Websites | Contato | Mapa do site

Bayer: Science For A Better Life | Brasil

A Bayer | Pesquisa e Inovação | Produtos | Sustentabilidade | Mídia | Carreiras | Fale Conosco

PAIXÃO PARA INOVAR | PODER PARA TRANSFORMAR

Por que a Bayer?
Somos pioneiros nas áreas de saúde humana, animais e plantas.

Notícias

18 Novembro 2016
Bayer é líder internacional em gestão sustentável da água
Segundo Dr. Klusik, membro do Conselho Administrativo, "O uso eficiente dos recursos tem sido a pedra fundamental de nossa estratégia de sustentabilidade por muitos anos".

13 Outubro 2016
Com apoio da Bayer Olimpíada da Cidadania reúne onze mil participantes na Baixada Fluminense
A competição esportiva, apontada como uma das maiores do estado do Rio, chega a 22ª edição.

10 Outubro 2016
Bayer é eleita pela 5ª vez como uma das melhores empresas para trabalhar pela Você S/A
Pela quinta vez consecutiva, a Bayer foi eleita como uma das Melhores Empresas para Você Trabalhar conforme o Guia Você S/A.

Nova empresa

covestro

A Bayer MaterialScience se tornou independente e passou a se chamar Covestro. Saiba Mais

Busca

Digite uma frase de pesquisa

Produtos

Selecione um produto

Temas

Selecione um tópico ou tema

Organização

Selecione uma opção

Assuntos de interesse

- Consumer Health
- Crop Science
- Pharmaceuticals
- Saúde Animal
- Covestro
- Demonstrações Financeiras 2015
- Bayer Carreiras
- Reporte Global 2015

Mídia

- Publicações
- Vídeos

Siga-nos

Share Price/Index

XETRA: 91,00 ↓ -0,50 %
November 21, 2016 17:35 CET
DAX: 10.685,13 ↑ 0,19 %

Fonte: www.bayer.com.br

O conteúdo midiático produzido pela Bayer se diferencia de outros documentos, como os de uso interno da empresa, tais como relatórios de venda, cartas de demissão e admissão de funcionários etc., pois a sua produção é voltada para a ampla circulação e em escala massiva. Entendemos a mídia como uma produção que possibilita o compor estímulos visuais e auditivos, por meio de suas inúmeras variações (texto, música, brilhos, cores etc.), possuem uma riqueza discursiva cuja análise, embora difícil, pode fornecer indicadores importantes para a apreensão de repertórios que circulam (MEDRADO, 1997, p.19).

Dentre uma diversidade de mídias, jornais, televisão, rádio, revistas, a Internet tem ganhado cada vez mais espaço. Hoje, mais de 50% da população brasileira tem acesso à Internet, seja por meio de computadores ou aparelhos celulares (CETIC,

parte fundamental deste processo complexo de construção de corpos, modos de pensar, de conhecer o mundo, de se relacionar consigo e com os outros, por meio de estratégias pedagógicas e de instituição de verdades (RIBEIRO, ROHDEN, 2009).

A Internet não só veicula informações, reproduzindo discursos, mas também compõe, reforça, multiplica, desloca, transforma saberes que podem ser hegemônicos ou não. Essa mídia é diferente de outras como a televisão e o jornal, pois permite que os seus usuários deixem de ser mero expectadores, apesar de haver um controle do que será ou não disponibilizado para cada sujeito de acordo com suas práticas anteriores³³.

As pessoas na Internet interagem, trocam informações, concordam, discordam, curtem, compartilham, comentam, sendo um campo dinâmico de formações discursivas diferentes. Esses saberes produzidos pela mídia tem efeitos de poder que operam, no nosso cotidiano, processos de subjetivação (FISCHER, 1996). Porém, a internet não é um campo irrestrito ou mundo paralelo com leis próprias, ele obedece as mesmas normas sociais, apesar da falsa sensação de anonimato e liberdade sem limites.

As condições de possibilidades proporcionadas com o advento da internet podem inclusive nos ajudar a revisar, em parte, a proposição de Guattari e Rolnik (1996) quando eles afirmam que:

As relações de comunicação implicam atividades finalizadas (mesmo que seja apenas a "correta" operação dos elementos significantes e induzem efeitos de poder pelo fato de modificarem o campo de Informação dos parceiros. A imprensa, enquanto produtora de cultura de massa, alimenta-se de fluxos de singularidade para produzir, dia a dia, individualidades serializadas. Democraticamente, ela amassa os processos de vida social, em sua riqueza e diferenciação e, com isso produz, a cada fornada, indivíduos iguais e processos empobrecidos (p. 39).

A mídia pode contribuir na produção de indivíduos iguais, seriados e empobrecidos, mas ela tem um outro aspecto produtivo, que é justamente a construção de linhas de fuga. A Internet pode ser um espaço que faz circular resistência, pois, ãs relações de poder suscitam necessariamente, reclamam a cada instante, abrem a

³² Destacamos a importância dos estudos sobre as novas mídias e os modos de subjetivação, porém ressaltamos que dentro das limitações do escopo desta tese, não iremos realizar uma análise detalhada sobre tal temática. Para mais informações sobre as novas mídias e modos de subjetivação consultar: Rosa Maria Bueno Fischer (1996, 2002, 2005a, 2005b, 2005c, 2006); Luciana Lobo Miranda (2007a, 2007b, 2009).

³³ Por exemplo, de acordo com o histórico dos usuários o Facebook direciona determinadas propagandas: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151014_facebook_salasocial_informacoes_cc

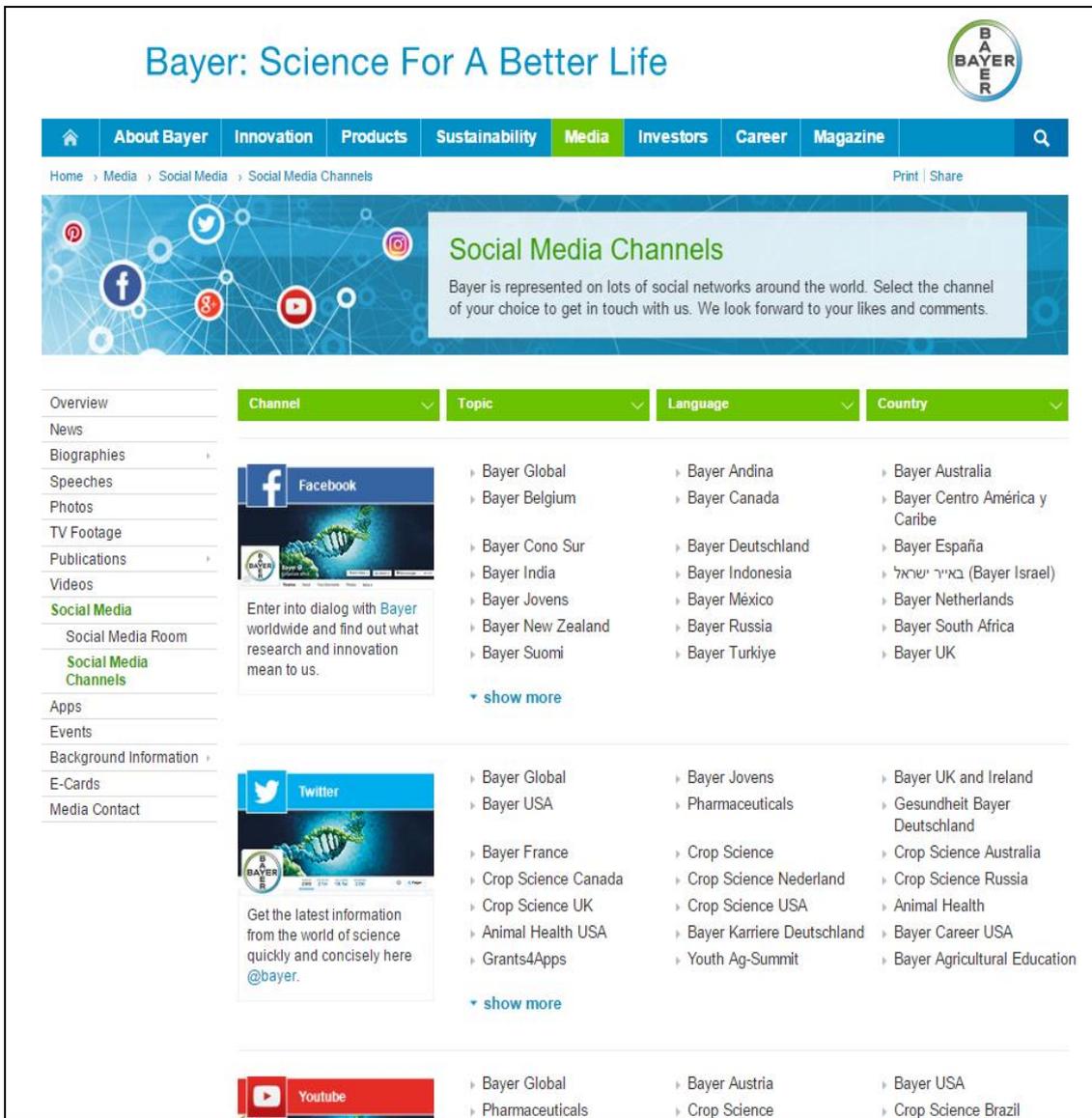
(FOUCAULT, 2009a, p. 407). Mesmo quando a Bayer apresenta o seu conteúdo nas plataformas online que podem reiterar normas, ela também abre espaço para que pessoas com opiniões diferentes comentem e discordem. Onde há poder, há resistência (FOUCAULT, 2009b, p. 105).

A Internet também explora apelos lúdicos, utilizando-se de recursos de animação, sons e imagens repetidamente a fim de atrair o público, algo bastante explorado pela Bayer. Ao mapearmos a empresa, percebemos que ela se ramificou em diversas plataformas on-line. Construímos a partir desses dados o quadro do Apêndice A para fazer um panorama das atividades em rede da Bayer, enumerando as plataformas, links, conteúdos e público alvo de cada uma delas. O quadro foi montado privilegiando o material disponibilizado nas próprias plataformas ao descrever o seu conteúdo e público alvo.

É importante ressaltar que focamos nos conteúdos voltados para o público brasileiro e apenas quando não existia este material em língua portuguesa, bem como apresentamos o conteúdo oficial, que estava disponibilizado em inglês, apesar da empresa ter origem alemã. A extensão do esforço da Bayer em estabelecer um contato mais próximo com seu público pode ser parcialmente³⁴ dimensionado em seu site www.bayer.com, que apresenta parte dos seus canais online organizados por país, língua, assunto e plataforma.

³⁴ Falamos em parcialmente dimensionado, pois percebemos que alguns canais brasileiros não aparecem na lista do site da Bayer, bem como as plataformas on-line exclusivas da China como o Youku (equivalente ao Youtube), Weibo (equivalente ao Twitter), nas quais a Bayer também tem contas (<http://www.bayer.com.cn/index.php/Jsxq/socialmidia?l=en-us>).

Figura 6 ó Página com as plataformas da Bayer



Bayer: Science For A Better Life

Navigation: Home | About Bayer | Innovation | Products | Sustainability | **Media** | Investors | Career | Magazine | Search

Breadcrumbs: Home > Media > Social Media > Social Media Channels

Social Media Channels

Bayer is represented on lots of social networks around the world. Select the channel of your choice to get in touch with us. We look forward to your likes and comments.

Channel	Topic	Language	Country	
Facebook Enter into dialog with Bayer worldwide and find out what research and innovation mean to us.	Bayer Global	Bayer Andina	Bayer Australia	
	Bayer Belgium	Bayer Canada	Bayer Centro América y Caribe	
	Bayer Cono Sur	Bayer Deutschland	Bayer España	
	Bayer India	Bayer Indonesia	באיייר ישראל (Bayer Israel)	
	Bayer Jovens	Bayer México	Bayer Netherlands	
	Bayer New Zealand	Bayer Russia	Bayer South Africa	
	Bayer Suomi	Bayer Turkiye	Bayer UK	
	show more			
	Twitter Get the latest information from the world of science quickly and concisely here @bayer.	Bayer Global	Bayer Jovens	Bayer UK and Ireland
		Bayer USA	Pharmaceuticals	Gesundheit Bayer Deutschland
Bayer France		Crop Science	Crop Science Australia	
Crop Science Canada		Crop Science Nederland	Crop Science Russia	
Crop Science UK		Crop Science USA	Animal Health	
Animal Health USA		Bayer Karriere Deutschland	Bayer Career USA	
Grants4Apps		Youth Ag-Summit	Bayer Agricultural Education	
show more				
Youtube		Bayer Global	Bayer Austria	Bayer USA
		Pharmaceuticals	Crop Science	Crop Science Brazil
	show more			

Fonte: <http://www.bayer.com/en/social-media-channels.aspx>

Existem conteúdos em russo, turco, espanhol, árabe, alemão, esloveno, holandês, finlandês, indonésio, italiano e português. Os países citados no site são: Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Finlândia, Alemanha, Guatemala, Haiti, Honduras, Índia, Indonésia, Israel, Itália, Luxemburgo, México, Holanda, Nova Zelândia, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Portugal, Rússia, Eslovênia, África do Sul, Espanha Turquia, Reino Unido, Uruguai, Estados Unidos e Venezuela.

O mapa a seguir apresenta a extensão da Bayer no mundo:

Figura 7 ó Presença Global da Bayer



Fonte: <https://www.bayer.com.br/a-bayer/bayer-no-mundo/presenca-global/>

Baseados no quadro que montamos (conforme Apêndice A), identificamos as seguintes plataformas atualmente vinculadas à Bayer:

Quadro 2: Plataformas da Bayer

Plataforma	Quantidade
Sites	16
Facebook ³⁵	06
LinkedIn ³⁶	05
Pinterest ³⁷	01
Flickr ³⁸	02
Google Plus ³⁹	01
Twitter ⁴⁰	05
Instagram ⁴¹	06
Youtube	06
Aplicativos	11

Destacamos que tais plataformas da Bayer na Internet podem ser um elemento inclusão, na medida em que muitos conteúdos antes indisponíveis para grande parte da população passam a ser divulgados em linguagem simples. Por exemplo, a Bayer tem um site chamado Esclarecimento Múltiplo com informações importantes e simples sobre a Esclerose Múltipla, para o público leigo.

Por outro lado, a forma como a Bayer divulga seu conteúdo apresenta exclusões ao optar por imagens que não expoloram diversidades no campo da geração,

³⁵ *Facebook*, fundada em 2004, tem como missão, conforme publicado em seu site, òdar às pessoas o poder de compartilhar e tornar o mundo mais aberto e conectado. As pessoas usam o Facebook para ficar conectado com amigos e familiares, para descobrir o que está acontecendo no mundo, e para compartilhar e expressar o que importa para elesö (https://www.facebook.com/facebook/info?tab=page_info).

³⁶ *LinkedIn* se define como òa maior rede profissional do mundo, com mais de 400 milhões de usuários em 200 países e territóriosö (<https://www.linkedin.com/about-us>).

³⁷ *Pinterest* é uma rede social de compartilhamento de fotos, na qual os usuários podem compartilhar e gerenciar imagens temáticas (<https://br.pinterest.com/>).

³⁸ *Flickr*, segundo seu site tem dois objetivos principais: 1) ajudar as pessoas a disponibilizar suas fotos para as pessoas que são importantes para elas; 2) permitir novas maneiras de organizar as fotos e vídeos (<https://www.flickr.com/about>).

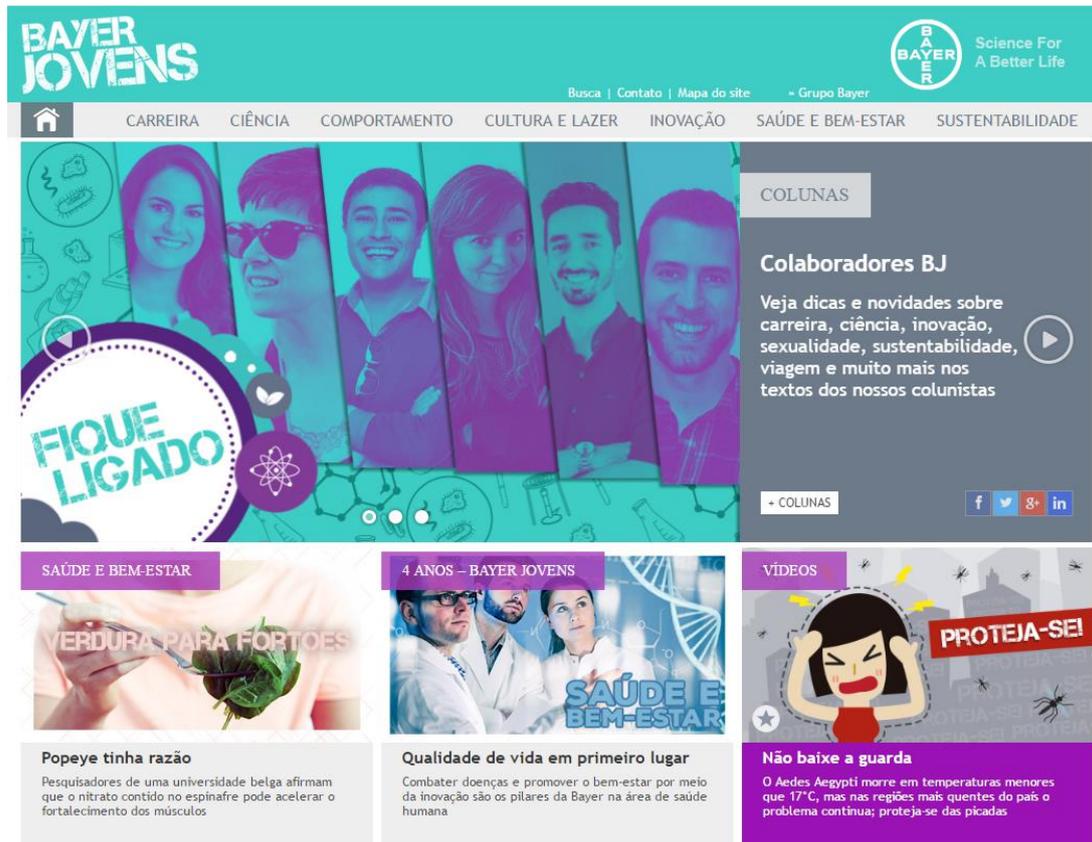
³⁹ *Google Plus* é uma rede social e serviço de identidade mantido pelo Google e foi lançado em 2011 (<https://plus.google.com/>).

⁴⁰ *Twitter* é uma rede social e um servidor para *microblogging*, que permite aos usuários enviar e receber atualizações pessoais de outros contatos em textos de até 140 caracteres (<https://twitter.com/?lang=pt-br>).

⁴¹ *Instagram* é uma comunidade global que compartilha mais de 60 milhões de fotos todos os dias (<https://www.instagram.com/about/us/>).

xual, na medida em que pessoas não-jovens, não-brancas, não-heterossexuais, são ocultadas ou pouco aparecem estampando os seus conteúdos midiáticos.

Figura 8 ó Bayer jovem



Fonte: <http://www.bayerjovens.com.br>



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Figura 9 é Bayer para Você



Fonte: <https://www.bayerparavoce.com.br>

Figura 10 é Bayer para Homens



Fonte: <http://www.bayerparahomens.com.br>

Podemos observar nas imagens a reprodução de certo modelo hegemônico, que privilegia pessoas brancas, jovens, supostamente hetero e cis gênero e de maior poder aquisitivo. Falamos de exclusão de classe social, na medida em que sabemos que a população negra brasileira é empobrecida⁴² (IBGE, 2014). Além disso, as fotos que remetem a casais são todos heterossexuais, sendo estes formados apenas por homens e mulheres.

Ressaltamos também que no início da nossa pesquisa no site da Bayer, em 2015, todos os aplicativos disponibilizados pela empresa só eram compatíveis com iOS⁴³, apenas a partir de maio de 2016 verificamos que o site passou a disponibilizar alguns aplicativos também para o sistema operacional Android⁴⁴. Vale destacar que o sistema iOS, exclusivo da Apple, só está presente entre os aparelhos telefônicos mais caros do mercado⁴⁵. Percebemos, dessa forma, a riqueza desses materiais online para analisarmos a dinamicidade das relações de saber-poder.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC), em nossa sociedade, são também espaço fecundo para analisarmos os enlaces da ciência e mídia. A troca rápida e dinâmica de informações não fica restrita aos setores econômicos e políticos, mas se amplia com a circulação global, desterritorializada e intensificada das produções científicas.

Na verdade, a ciência hoje tem uma presença massiva e disseminada: podemos encontrá-la nos jornais, nos filmes, nos livros, nos videogames, nas referências mais imediatas relativas à nossa experiência de realidade assim como no nosso imaginário coletivo e individual. Sendo parte da cultura, que era o que o poeta tentava demonstrar, e tendo atualmente o indiscutível prestígio da eficácia, ela participa freneticamente do nosso cotidiano e seus resultados, assim como suas promessas, repercutem em todos os âmbitos da nossa atualidade (TUCHERMAN, RIBEIRO, 2006, p. 244).

⁴² Em 2004, 73,2% dos mais pobres eram negros, patamar aumentou para 76% em 2014. Esse número indica que três em cada quatro pessoas é negra entre os 10% mais pobres do país (AGÊNCIA BRASIL, 2015). Apesar da população negra ter sido marcada historicamente por uma perspectiva da hipersexualidade, eles não são percebidos como mercado consumidor e por isso em nenhum dos vídeos aparecem pessoas negras.

⁴³ O iOS é o sistema operacional desenvolvido e utilizado em produtos da Apple.

⁴⁴ O Android é um sistema operacional aberto que, atualmente pertence ao Google e é utilizado por diversas fabricantes de dispositivos eletrônicos.

⁴⁵ Inclusive a autora deste estudo ficou impossibilitada de acessar parte dos conteúdos da Bayer, até que se fosse disponibilizado este material para Android. O orientador teve que inclusive enviar parte do conteúdo a partir de fotos por e-mail (<http://epocanegocios.globo.com/Tecnologia/noticia/2016/07/mesmo-com-um-dos-iphones-mais-caros-do-mundo-apple-dominou-o-mercado-de-celulares-de-luxo-no-brasil.html>).

apresentados pela Bayer em suas plataformas online ressaltam o caráter científico do seu conteúdo, sempre afirmando que os dados são comprovados cientificamente, que pesquisas apontam, segundo especialistas, efeitos clinicamente comprovados etc. Em cada sociedade é produzido um regime de verdade, na nossa, a ciência passou a ocupar tal lugar produtivo, fazendo circular determinados discursos como hegemônicos e excluindo outros enunciados considerados falsos (FOUCAULT, 2009b). Desse modo, o status de verdade adquirido pelo saber científico é utilizado para dar credibilidade às informações divulgadas pela Bayer.

O saber científico, porém, não é simplesmente usado de modo ingênuo pela mídia perversa, ele também possui ganhos nesta parceria. É por meio dos veículos de comunicação que a ciência garante a conservação do seu regime de verdade. A difusão do discurso científico para a população leiga assegura que são os especialistas aqueles que possuem o saber necessário, útil e verdadeiro que irá promover a saúde, beleza e felicidade da população. O discurso da mídia é validado pela ciência e o saber científico é difundido e amparado pela mídia (FICHER, 1996).

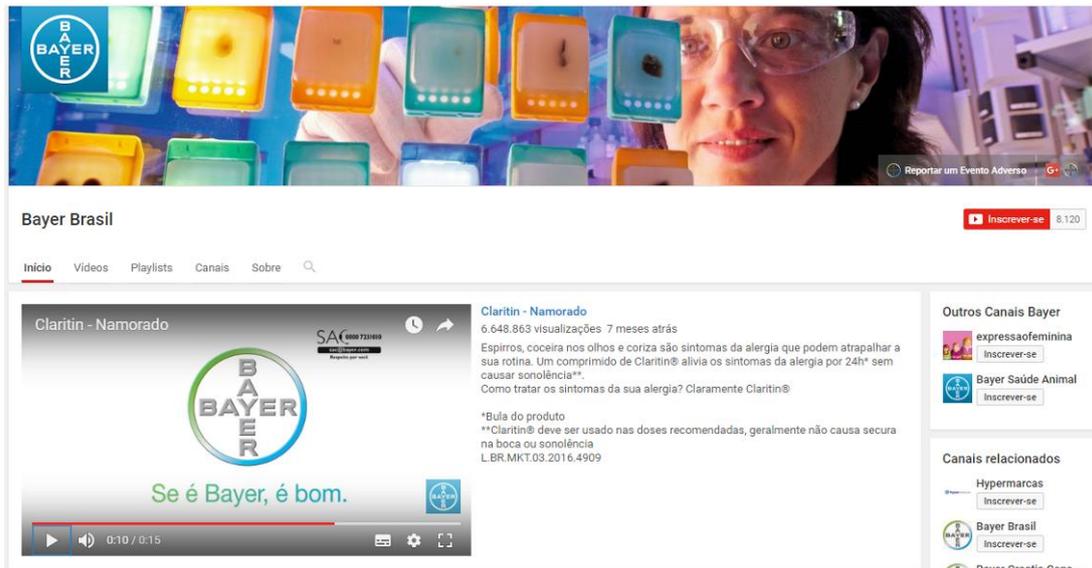
Os textos disponíveis nas plataformas online da Bayer apresentam sempre, ao final, fontes de revistas acadêmicas, e/ou as credenciais dos profissionais da saúde que foram consultados sobre determinado conteúdo. Médicos, psicólogos, sexólogos, farmacêuticos etc. são convidados a emitir a opinião da ciência sobre um novo tratamento de saúde, ou ainda escrevem em colunas específicas e regulares para as plataformas da Bayer.

Dentre a variedade de plataformas na qual a Bayer está inserida, nos chamou atenção, particularmente, os vídeos divulgados no Youtube, pois apresentavam de modo dinâmico uma série de informações relacionadas a saúde e muitas vezes de forma mais intimista, como uma conversa. No Youtube a Bayer possui 6 (seis) canais oficiais: 1) Bayer Brasil; 2) Expressão Feminina; 3) Bayer Group; 4) Bayer Saúde animal; 5) CropScience; 6) Bayer TV internacional, sendo este último em língua inglesa.

Após assistir todos os vídeos de todos os canais, selecionamos os conteúdos que seriam mais interessantes para esta pesquisa. Construímos, então, um quadro (Apêndice 2) organizando os vídeos em relação ao seu conteúdo e público, com todos os vídeos dos canais Expressão Feminina e Bayer Brasil, pois estes apresentavam além de

gandas veiculadas na televisão, os vídeos sobre hormônios, que é o foco do nosso estudo.

Figura 11 ó Canal Bayer Brasil



Fonte: <https://www.youtube.com/user/BayerHealthCareBR/featured>

Figura 12 ó Canal Expressão Feminina



Fonte: <https://www.youtube.com/user/expressaofeminina>

O quadro disposto em Apêndice B apresenta o nome dos vídeos, links, descrição dos vídeos, número de visualizações e tempo de duração destes. Estão disponibilizados no canal *Expressão Feminina* o total de 56 vídeos, que tratam de temas diversos desde endometriose a tratamento para estria, sendo que 31 destes vídeos discutem temas que perpassam os hormônios.

No canal *Bayer Brasil* estão disponíveis 31 vídeos com conteúdo bastante variado que trata desde propagandas de remédios analgésicos até uma reportagem sobre uma campanha da Bayer no dia do homem, dentre estes vídeos, apenas 3 abordam a temática hormônios, especificamente os ômasculinos⁴⁶.

Todos os 34 vídeos que falam sobre os hormônios, mesmo que transversalmente, foram transcritos (Apêndice C) e organizados da última publicação a primeira, de acordo com a ordem em que aparece no Youtube.

Os 34 vídeos selecionados foram assistidos novamente, agora com a leitura paralela das transcrições para verificar possíveis erros no material transcrito. Em sequência, após uma nova leitura das transcrições foram selecionados os conteúdos que seriam de maior importância para a tese, pois discutem os hormônios especificamente e seus efeitos. Os trechos selecionados foram separados em um arquivo específico e depois organizados em função do foco das análises.

⁴⁶ Tal diferença numérica entre os vídeos será analisada com mais detalhes nos próximos capítulos a partir da discussão sobre a medicalização da mulher, bem como a facilidade no acesso aos hormônios femininos.

Para o desenvolvimento de nossas análises, realizamos um exercício inspirado na *cartografia de controvérsias*, proposto por Bruno Latour (2007) e aplicado por Mariana Moreira (2014) em sua tese de doutorado.

Como bem destaca Moreira (2014), este exercício compreende a estratégias metodológicas que, propositalmente, afastam-se do ãapaziguamento e do silenciamento dos ruídos, embates e dissonâncias [...] em busca de ferramentas que façam reverberar sons, multiplicar vozesö (p. 36).

Assim, segundo a autora, ao propormos traçar uma cartografia de controvérsias, reconhecemos a produção de conhecimento como um processo-intervenção que reconhece seu caráter processual, situando sua parcialidade, incompletude e provisoriidade.

O resultado esperado não aponta sínteses ou generalizações, mas a configuração de um mosaico composto por múltiplas vozes e experiências diversas que permitam recriar utopias, sentidos e possibilidades de reinvenção de modos de ser, conhecer e viver juntos (MOREIRA, 2014, p37).

Para a produção dessas controvérsias, o material selecionado foi organizado em três grandes curvas de análise, em consonância com os objetivos desta tese: 1) estabelecer relações entre os saberes sobre os hormônios e a produção de efeitos de verdade; e 2) analisar os hormônios na produção/regulação de feminilidades e masculinidades. Cada grande Platô, como apresentamos anteriormente, possui subdivisões nas quais encontramos discussões sobre como os hormônios se entrelaçam com:

1) Saber biomédico e produção de efeitos de verdade: medicalização da vida, sexualidade como objeto de medicalização, direitos sexuais e reprodutivos, gestão do risco, prevenção como instrumento de regulação.

2) Hormônios na produção/regulação de feminilidades: naturalização da reprodução e maternidade, reposição hormonal e normatização do envelhecimento, oscilação hormonal e instabilidade da mulher.

3) Hormônios na produção/regulação de masculinidades: saúde do homem, saúde sexual, envelhecimento e ereção, masculinidades e reprodução.

de análise não foi realizada *a priori*, mas a partir do

campo-tema, com diversas leituras das transcrições e assistindo várias vezes os vídeos selecionados. Salientamos que outras curvas de análise poderiam ter sido produzidas, pois o material é extenso e complexo, mas essas foram as selecionadas para a presente pesquisa, levando em conta os objetivos deste estudo para a organização do material.

Buscamos analisar os efeitos produzidos pelos hormônios, em especial as controvérsias nas quais tais materialidades estão envolvidas. Destacamos que cada Platô e categoria foi sistematizada de modo separado por uma questão didática, mas que cada uma delas se entrelaça e produz uma rede com efeitos nos modos de subjetivação. Dessa forma, alguns conteúdos já analisados em outros capítulos retornam para facilitar a compreensão do leitor sobre determinados argumentos. Os Platôs são vistos como fluidos, pois não são classificações fechadas.

Além dos conteúdos, analisamos também os cenários dos vídeos, quem eram os convidados (sexo, cor, idade, profissão), quem falava e como falava. Como os diálogos eram encadeados, a mudança de cenário e forma de abordar os conteúdos se o público alvo eram mulheres ou homens.

Em todos os vídeos havia a presença de profissionais da saúde e isto nos chamou atenção, pois percebemos que esta era uma das estratégias utilizadas pela Bayer para maior aproximação com o público consumidor, a partir do encontro entre o discurso científico com o discurso midiático.

Por meio das plataformas online a Bayer faz circular os saberes científicos por meio da publicação de pareceres médicos, resultados de pesquisas, dicas de saúde e com isto, promove também, direta ou indiretamente, a divulgação dos seus produtos farmacêuticos.

Os profissionais que falam nos vídeos associados a Bayer incitam reflexões, prescrevem condutas, recomendam produtos, isto é, produz modos de viver, ajudando o público a conduzir a si mesmo. Como vimos anteriormente, os modos de subjetivação são definidos pelas maneiras como nos relacionarmos com as regras estabelecidas em cada período histórico, eles dizem respeito à forma predominante desta relação (NARDI, 2006). Nesse sentido, atualmente, a mídia e a ciência são agentes de subjetivação.

Nos vídeos aparecem em geral profissionais da saúde, principalmente médicos, sendo estes na maioria das vezes homens, oferecendo maior credibilidade a

tes dos vídeos ou na sua descrição são informadas as credenciais de cada profissional convidado seguido do seu número de registro no seu respectivo Conselho Profissional.

Percebemos que a veiculação de informações científicas pela Bayer, para o público não especializado, faz com que a produção científica ganhe visibilidade, ao mesmo tempo o status de informação científica oferece credibilidade ao material disponibilizado. É por meio dessas divulgações que a ciência se torna cada vez mais presente no cotidiano da nossa sociedade, e no campo da saúde, especificamente, se vincula a medicalização da vida, como discutiremos com mais detalhe adiante.

As pessoas passam a ter acesso a informações sobre suas condições de saúde, tratamentos de doenças, regulação da alimentação, consumo de determinados fármacos, orientação sobre atividade física por meio da mídia. Muitos pacientes, atualmente, buscam na Internet orientações sobre os processos terapêuticos relacionados as suas condições de saúde, chegando aos consultórios, muitas vezes, com a indicação do remédio que deverá ser prescrito pelo médico, antes de passar por qualquer exame ou consulta.

Especificamente, sobre os hormônios percebemos em uma pesquisa realizada anteriormente que as travestis e transexuais realizam corriqueiramente a automedicação destas substâncias e mesmo quando conseguem orientação médica acabam burlando o que foi prescrito e seguindo a dica de colegas trans mais experientes (SAMPAIO, 2014). Nesse sentido, a Bayer aproveita a produtividade deste campo midiático para promover suas drogas, sendo ciência e mídia beneficiadas nesse encontro, apesar de em alguns momentos as suas formas ação serem divergentes.

A ciência contemporânea passa a ter dois meios de circulação, um é a tradicional via acadêmica, por meio de congressos e revistas científicas, e a outra é para o público leigo, por meio de blogs, programas de televisão, vídeos, revistas semanais etc. A primeira via de divulgação, geralmente fica restrita às universidades e institutos de pesquisa, pois utilizam uma linguagem específica para se encaixar em critérios teóricos e metodológicos da ciência formal, o que manteria a população não especializada afastada da produção científica (PECHULA, 2014).

A segunda via utiliza o discurso midiático, deixando de lado a linguagem técnica, objetiva e neutra defendida pela ciência, para se aproximar das pessoas não iniciadas em determinado campo científico. Isso torna a ciência mais acessível. A Internet é um exemplo marcante dessa mudança de linguagem provocado pela mídia, pois possui

cação em rede, forjada pelos usuários que estão conectados. Essa forma de divulgação científica, geralmente envolve não só a comunidade acadêmica, como também produtores, jornalistas, profissionais do marketing, design gráfico etc. O meio de comunicação pode ser inclusive independente da comunidade acadêmica e estar vinculado às instituições comerciais, como indústrias farmacêuticas.

Márcia Pechula (2014) argumenta que a maior parte dos/as pesquisadores/as estão mais interessados/as e priorizam a produção de materiais para o meio acadêmico, especificamente, e acabam considerando a mídia leiga como um plano complementar e pouco importante para a ciência. Porém, é importante ressaltar que cada uma dessas formas de divulgação implica em estratégias diferentes e que nesta pesquisa estamos particularmente interessados na segunda via de propagação científica.

A divulgação científica realizada pela Bayer tanto legitima os seus produtos junto aos consumidores, como também torna a empresa uma porta voz do desenvolvimento tecnológico e da inovação. O prestígio e a atualidade adquirida pela Bayer ao se vincular as pesquisas científicas garante, também a sustentação política e cultural da ciência, assegurando, inclusive, investimentos financeiros e justificando a sua importância para a sociedade.

Os enunciados produzidos pelos meios de comunicação são, habitualmente, aceitos como verdadeiros, envoltos numa aura de fidedignidade ao mundo dos fatos. Com relação à midiatização científica não haveria porque ser diferente. Neste movimento, a representação pública da ciência que a mídia estabelece é responsável pela formação do imaginário científico, já que delimita para o cidadão o que é e o que não é ciência, e afirma atender às necessidades deste de compreender como, quando e por que os avanços científicos afetam o seu dia-a-dia (TUCHERMAN, RIBEIRO, 2006, p. 246).

Apesar da parceria entre mídia e ciência, elas possuem modos diferentes de ação e *speech genres*⁴⁷ diferentes, que estão implicadas na noção de temporalidade, contexto e sigilo, por exemplo. A ciência se desenvolve geralmente apresentando as suas informações de modo estruturado em médio e longo prazo, apesar das cobranças e pressão das agências de fomento para uma maior e mais rápida produtividade. Dependendo da área do conhecimento, não é incomum estudos longitudinais ou mesmo projetos de pesquisa que estão sendo desenvolvidos há décadas por alguns grupos.

⁴⁷ Segundo Bakhtin (2006) *õspeech genresö* são formas típicas de comunicação, que se modificam de acordo com o contexto.

funciona pela instantaneidade, rapidamente uma notícia fica desatualizada e velha. A ordem da mídia é antecipar os fatos, como por exemplo, no processo de impeachment que aconteceu recentemente no Brasil, a destituição da presidente eleita em exercício já estava posta, antes mesmo dos fatos serem julgados.

As informações õinéditasö são importantes tanto para a mídia, bem como para a ciência, porém elas se afastam em alguns aspectos. Enquanto que na ciência o sigilo garante a õoriginalidadeö, a publicização instantânea e a vigilância constante são o que possibilita o õineditismoö para a mídia. Os pesquisadores, geralmente, não divulgam os dados de suas pesquisas até que eles tenham sido publicados oficialmente em meios científicos, sob o risco de suas ideias serem õusurpadasö, e divulgadas sem o devido crédito.

Em algumas áreas particulares, como biotecnologia, e o desenvolvimento de tecnologia de ponta, a informação se torna um precioso produto no mercado. A ciência necessita de privacidade, pelo menos durante parte do seu processo de produção, pois o õvazamentoö dos dados para a concorrência pode resultar em prejuízo, a õoriginalidadeö garante o valor da troca de informações.

O sigilo e a proteção dos direitos de propriedade intelectual, para garantir o retorno do investimento e os lucros derivados das aplicações industriais dos novos produtos e processos, são decisivos. O mesmo se dá quando o investimento é de origem pública, pois há a competição entre países e pressão pela hegemonia por parte do investimento privado em ciência (HERBELÊ, SARPE, 2006, p.03).

Desde nossas primeiras aproximações ao seu material publicitário, identificamos que a Bayer apresenta medicamentos, teorias, descobertas, tratamentos, inovações científicas em nome da ciência, empregando o discurso midiático, mas tendo como efeito o estatuto da verdade, e conseqüentemente confiabilidade, tal qual o discurso acadêmico, embora por meios, gêneros discursivos, interlocutores/as e finalidades nem sempre consonantes à produção científica acadêmica.

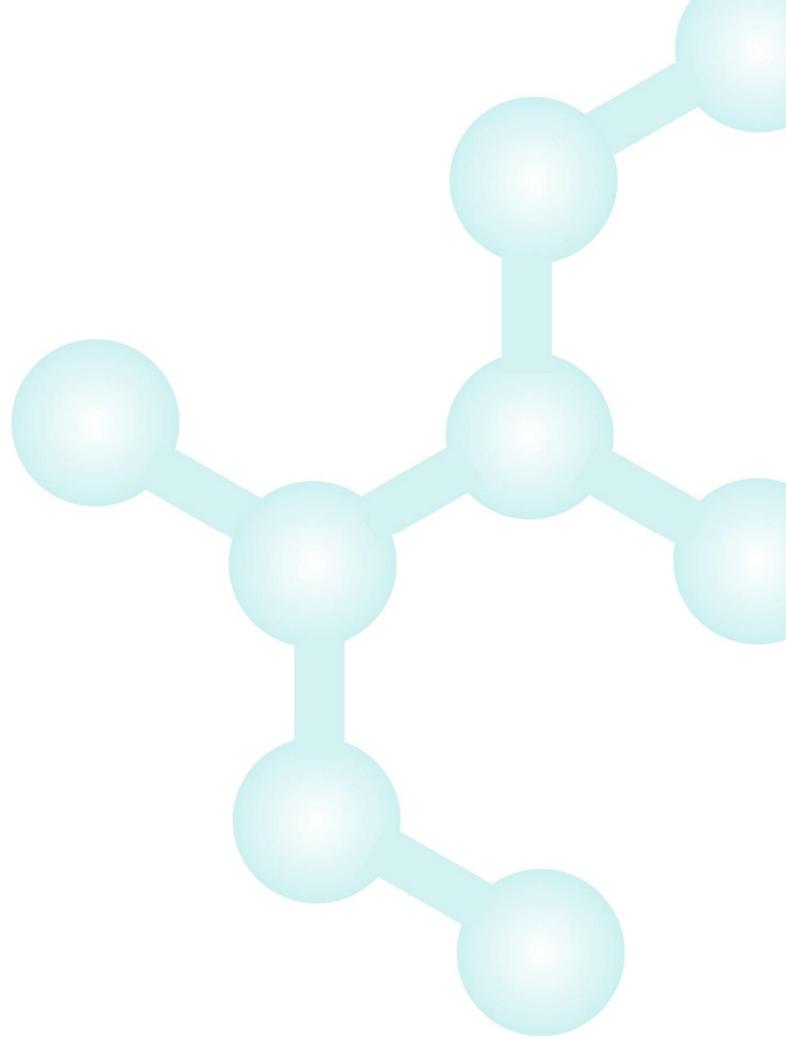
Seguindo as provocações produzidas ao longo deste exercício de cartografar controvérsias, nos próximos capítulos iremos discutir os modos de subjetivação que estão sendo forjados nesta rede que envolve hormônios, mídia, saberes etc.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



PLATÔ III:

SABER BIOMÉDICO E PRODUÇÃO DE EFEITOS DE VERDADE

5. ÕCONSULTE O SEU MÈDICOÕ

Regina Bittar: A pergunta dela é: quais são os principais avanços na medicina que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da mulher?

Dr: Rogério: Olha, nós não poderíamos deixar de falar da pílula anticoncepcional como um dos pontos alto dessa.

Regina Bittar: É verdade, 50 anos, né?

Dr: Rogério: Fazendo 50 anos agora. A história da pílula levou consigo todas essas expectativas da mulher, a mulher consegue planejar sua família, consegue fazer mais coisas do que ela fazia antigamente. E outra, ela consegue algumas melhoras que são tão sensíveis que nós não conseguimos detectar, por exemplo, hoje quando se usa um anticoncepcional a mulher está pouco preocupada com a eficácia porque ela sabe que todas as pílulas são eficazes, mas *ela quer mais do que um anticoncepcional, ela quer beleza, ela quer pele melhor, ela quer melhoras dos sintomas* (VÍDEO 17, grifo nosso).

A cena apresentada acima integra o programa ÕAvanços da Medicina para Saúde da Mulher - Métodos AnticoncepcionaisÕ no canal do Youtube ÕExpressão FemininaÕ da Bayer. Em um cenário decorado em tons de cor de rosa, a apresentadora Regina Bittar⁴⁸ lê mensagens, segundo ela, enviadas por mulheres com suas dúvidas sobre saúde, para que o médico, especializado em ginecologia e obstetrícia, Rogério B. Machado responda.

Nesse e em outros vídeos, a apresentadora personifica a mulher que pouco sabe sobre si e que precisa ser educada pelo médico, que realiza orientações sobre sua saúde e o que deve ou não ser feito, para viver melhor.

Podemos perceber que os hormônios entram como elementos centrais para a regulação da saúde feminina, que agora não envolve apenas o controle da reprodução, mas se amplia com a proposta de mudanças nas formas corporais. Nesse sentido, os hormônios entram na rede de medicalização da vida. A noção de medicalização⁴⁹ nos ajuda a pensar, por exemplo, como o ciclo menstrual, antes um fenômeno percebido como ÕnaturalÕ passa a ser regulado pelo saber biomédico.

Medicalizar faz referência a Õtorna-se médicoÕ algo que antes era compreendido a partir de outra perspectiva. Geralmente, os estudos sobre medicalização

⁴⁸ Regina Bittar é locutora, apresentadora, mestre de cerimônia, voz do sistema IOS do Iphone (Siri), do Google tradutor e GPS, além de apresentar todos os vídeos em português do canal Expressão Feminina da Bayer no Youtube (<http://www.reginabittar.com/sobre>).

⁴⁹ Os primeiros usos desse conceito são atribuídos ao pensador Ivan Illich durante a década de 1960 para fazer referência apropriação crescente dos diferentes modos de viver pelo saber biomédico (GAUDENZ, ORTEGA, 2012).

crítica sobre a entrada dos estudos médicos em um campo que não lhe pertencia anteriormente⁵⁰. Segundo Jurandir Freire Costa (1979) a ordem médica tornou possível a exploração do corpo e do sexo. Dessa forma, o saber biomédico define como cada um deve se conduzir a partir da normatização das condutas e dos comportamentos.

Quando Illich (1975) discute o crescente processo de medicalização da nossa sociedade ele foca em sua dimensão negativa⁵¹, a crescente dependência dos sujeitos em relação ao saber biomédico, a redução da autonomia das pessoas e a transformação de fenômenos que antes eram significados subjetivamente e que agora seriam transformados pelos profissionais da saúde em algo técnico, mensurável e objetivo. A medicalização envolve um processo complexo e abrangente que perpassa desde a redefinição de um comportamento como desviante em termos médicos até descobertas científicas que o legitimam, tratamentos propostos e a densa rede de interesses sociais, políticos e econômicos (ROHDEN, RUSSO, 2011, p. 723).

Illich afirma que o processo de medicalização é uma ameaça à saúde, ele utiliza o termo iatrogênese (iatros - médico e genesis - origem) para fazer referência às doenças provocadas pela medicina (GAUDENZI, ORTEGA, 2012). O autor descreve três tipos de iatrogênese: 1) Clínica - faz referência as doenças decorrentes dos cuidados à saúde, como os casos de trombose ou câncer de mama provocados pelo uso contínuo das pílulas anticoncepcionais; 2) Social - seria a dependência dos indivíduos em relação às tecnologias e ao saber biomédico, como por exemplo, a crescente busca pela reposição hormonal para mulheres na menopausa, como se elas não soubessem mais lidar com o próprio envelhecimento; 3) Cultural que retira o significado pessoal do sofrimento e o transforma em problema técnico, tal qual, a indicação de testosterona para homens que relatam cansaço e diminuição das atividades sexuais.

Para pensarmos os efeitos da medicalização, temos, também, Foucault (2009), que apesar de não ter se dedicado ao estudo específico deste tema, nos apresenta a produtividade e positividade da medicalização, quando discute as noções de biopoder e resistência. Foucault (2011) demarca que é a partir do século XVIII, com o

⁵⁰ Quando afirmamos que a menstruação ou a menopausa ou a impotência sexual sofreram um processo de medicalização, entendemos que a medicina passou a realizar uma intervenção de ordem científica e política sob os indivíduos e a população.

⁵¹ Negatividade e positividade são compreendidas aqui neste estudo não pelo contraponto bom e ruim, mas em seu aspecto produtivo, fabricante de individualidade (FOUCAULT, 1995).

cuidado da saúde de cada sujeito torna-se cada vez

mais importante e para isto foi necessário adentrar na intimidade dos indivíduos e orientar como cada um deve se gerir, em prol da formação de uma sociedade produtiva.

A medicina moderna para Foucault (2011) é compreendida como uma prática social, o que diverge da perspectiva de muitos críticos. Foucault afirma que apesar da medicina valorizar a relação individualista médico/paciente, tal disciplina emerge para governar o corpo social, se configurando como medicina social desde o princípio. Como vimos anteriormente, a medicina junto com a demografia e a pedagogia foram disciplinas centrais para a entrada da vida no domínio político. Mesmo compreendendo que o saber e poder biomédico não são os únicos responsáveis pelo ordenamento dos indivíduos e da população, podemos analisar o papel fundamental deste campo do conhecimento para o estabelecimento de normas e administração das condutas.

Podemos observar nos vídeos da Bayer, que o discurso biomédico é empregado em seu caráter informativo, sob a retórica não do *controle*, mas do *cuidado* à saúde e caminho para a felicidade. O processo de medicalização da vida torna-se, assim, mais refinado, pois a administração dos hormônios, por exemplo, não teria como objetivo apenas a regulação dos nascimentos, mas a normatização dos ciclos hormonais e com isso a produção de sujeitos produtivos durante toda a sua vida, como podemos identificar na continuação da cena apresentada no início deste tópico, quando são abordados sobre os benefícios da pílula:

Dr: Rogério: (*os anticoncepcionais agem sobre*) a flutuação hormonal que se tem e vai cooperar para uma pior qualidade de vida, então o anticoncepcional é um aliado da mulher no período reprodutivo, por isso ele é um marco realmente na medicina. Uma outra questão importante, andando um pouquinho mais na frente, seria a própria reposição hormonal que não deixa de ser também uma das questões mais importantes que a mulher teve nos últimos 50 anos também. Porque a reposição hormonal é paralela e até um pouco antes da. (*interrompido*)

Regina Bittar: A reposição hormonal começou há quanto tempo?

Dr: Rogério: Começou efetivamente em 1960, mas foi evoluindo muito também. E hoje dá uma condição a mulher dela ter *vida aos anos, não é anos a vida*.

Regina Bittar: É verdade, com a expectativa de vida crescendo cada vez mais para os 70 e poucos anos, enfim. *A gente tem uma qualidade de vida melhor*.

Dr: Rogério: É, e isso faz uma diferença realmente importante para aquelas mulheres que precisam e fazem uso da reposição hormonal. Fora isso, é claro, que outros avanços sempre são contemplados (VÍDEO 17, *grifo nosso*).

dos da vida da mulher são apresentados sob o domínio do saber biomédico, tanto o período reprodutivo, como o climatério⁵² passam a ser medicalizados, isto é, passam a ser definidos em termos médicos. A racionalidade médica intervém em processos que anteriormente eram considerados próprios da vida, extrapolando desta forma o campo tradicional das moléstias e diminuindo o espectro daquilo que pode ser considerado saudável e normal. Nesse sentido, é importante ficarmos atentos a como determinados padrões de normalidade foi instituído, entendendo que esta é uma construção cultural e histórica que emerge em rede.

Segundo Paula Gaudenzi e Francisco Ortega (2012), a partir da segunda metade do século XX há um crescimento da jurisdição médica, na qual algo que antes não era considerado um problema de saúde passa a ser, sendo também classificado em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, compreendido por meio da racionalidade médica, e tratado por intervenções médicas.

Como discutimos em capítulos anteriores, é também neste período, século XX, que há uma crescente comercialização dos hormônios e a popularização do seu consumo, principalmente entre as mulheres. Os hormônios possibilitam que a medicina governe o comportamento sexual, a fertilidade, a fecundidade aumentando ou diminuindo as taxas dessas substâncias nos corpos.

A medicina tem sido fundamental para o estabelecimento de normas sobre como devemos nos comportar e viver, na medida em que cria padrões não só de saúde, mas também de modos de existir (FOUCAULT, 2009b). A medicina produz efeitos de verdade, produzidos por mecanismos estratégicos de poder presentes nas práticas sociais (...) com o objetivo de justificar racionalmente relações de poder (CANDIOTTO, 2006, p.70-71).

O médico entrevistado no trecho acima não fala em nenhum momento que indica o uso de hormônios para mulheres, tanto na idade reprodutiva como na menopausa, com a finalidade de recuperar a saúde destas ou curá-las de determinada doença que as aflige. O uso de hormônio é oferecido para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres, e isto é apontado como um dos grandes avanços da medicina nas últimas décadas.

⁵² O climatério é o período de transição entre o período fértil até a menopausa, que é a última menstruação

forma como o saber biomédico tem atuado na nossa sociedade é abordado por Nikolas Rose (2013), ao discutir o governo dos indivíduos e da população entre os séculos XVIII e XXI. Durante o século XVIII, o foco da medicina foi a política de saúde, interessada nas taxas de nascidos e mortos; enquanto que a partir da primeira metade do século XX, a medicina voltou-se para melhoria da qualidade da população em nome do futuro da raça.

Por outro lado, o século XXI anunciaria um novo modelo, preocupado com a crescente capacidade de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes (ROSE, 2013, p. 16). Os polos saúde-doença e a eliminação de patologias para construção de uma nação forte deixam de ser centrais na atualidade, em detrimento da manipulação da nossa vitalidade.

As tecnologias médicas contemporâneas tornaram-se tecnologias de otimização, o objetivo deixa de ser curar doenças e torna-se o controle dos processos vitais do corpo e da mente. Rose (2013) caracteriza a biopolítica contemporânea a partir de cinco tópicos:

- 1) **Molecularização**: a vida é considerada em seu nível molecular, vide a administração de hormônios ao invés da retirada do útero e ovários, como discutiremos adiante.
- 2) **Otimização**: deixa de se tratar somente as doenças e passa a focar no aumento de desempenho, como por exemplo, a reposição hormonal para mulheres na menopausa não tem como foco o curar o envelhecimento, mas garantir que as mulheres tenham qualidade de vida durante este processo.
- 3) **Subjetificação**: os indivíduos se relacionam consigo como sujeitos somáticos, neste sentido, os homens não estão cansados, tristes, com pouca vontade ter relações sexuais por causa do cotidiano atribulado e cheio de afazeres, mas pela diminuição do nível de testosterona.
- 4) **Expertise somática**: as diferentes formas de governar a conduta humana se relacionam com o desenvolvimento de diversas subprofissões, peritas do corpo, que buscam guiar, cuidar e apoiar os indivíduos, como os médicos especialistas em reprodução humana que aconselham sobre o melhor período para ter filhos, quantos ter e como fazer isto.

entende que a vitalidade passa a ser armazenada, acumulada, permutada, comercializada, delineando a bioeconomia, o crescente poder das indústrias farmacêuticas e das empresas de biotecnologia sinalizam a capitalização da vida e otimização desta.

A cena abaixo exemplifica como os hormônios são importantes tecnologias médicas dentro do processo de medicalização da vida, tornando médico algo que não era anteriormente e objetivando a otimização do sujeito por meio do conhecimento de um especialista, além de restringir o sujeito a sua biologia.

Regina Bittar: (...) o uso de anticoncepcionais ajuda a controlar tanto o fluxo quanto a TPM⁵³?

Dra. Cristina: Com certeza.

Regina Bittar: É uma boa terapia?

Dra. Cristina: É uma boa terapia, além de outros benefícios porque a gente só está falando em relação a tensão pré-menstrual, mas a utilização desses métodos hormonais eles trazem muitos benefícios para as mulheres. É que as mulheres desconhecem. Diminui o fluxo, melhora a cólica menstrual, melhora o inchaço, melhora a irritabilidade, melhora a ansiedade.

Regina Bittar: Melhora tudo.

Dr. Cristina: Melhora muitas coisas. Os benefícios, se a paciente não tiver nenhuma contraindicação, os benefícios são inúmeros, a utilização do método hormonal combinado melhora as cólicas, melhora o inchaço, a irritabilidade (...) melhora a massa óssea.

Regina Bittar: A massa óssea também?

Dra. Cristina: pode melhorar a acne, pelos, a oleosidade da pele. Os estudos mostram que as usuárias dos anticoncepcionais hormonais orais combinados têm um risco menor de câncer de ovário, de câncer de endométrio.

Regina Bittar: Nossa! São inúmeros os benefícios.

Dra. Cristina: Muitos (VÍDEO 11).

A extensa lista de vantagens provocadas pelo uso de anticoncepcionais envolve desde a diminuição das dores durante o período menstrual, como melhoria nas formas corporais, com a redução de pelos e acne, além dos benefícios para os afetos⁵⁴ com a diminuição da irritabilidade e ansiedade. Os modos de subjetivação que se desenvolvem, atravessados pelo processo de medicalização, não se faz pela coerção ou imposição, mas pela escolha, autogerenciamento e desejo de autorrealização. Quando a médica entrevistada fala sobre os efeitos dos hormônios ela não indica que uma nova

⁵³ TPM é a sigla para tensão pré-menstrual.

⁵⁴ A noção de afeto tem diferentes sentidos na literatura, geralmente, pautados na noção de interioridade, como expressão de algo que vem de dentro do sujeito e em oposição a racionalidade. Porém, ao longo desta pesquisa esse termo será usado para fazer referência a ser afetado por algo. O afeto é produzido em rede e permeia a relação do sujeito consigo e com os outros.

sumidora terá a oportunidade de ser quem se é de verdade, na medida em que trata diversos problemas que a aflige (ROSE, 2013).

Apesar de poder parecer contraditório, é a possibilidade de liberdade e autocontrole que o saber biomédico oferece junto com o consumo de hormônios, a expectativa de controle sobre o próprio corpo e conduta. O sujeito produto do uso de hormônio não é percebido como um outro artificial, mas como aquele que é o verdadeiro e natural, e que foi restaurado com ajuda dos fármacos.

Rose (2013) argumenta que a forma de atuação do saber biomédico e medicalização tem mudado no século XXI, pois com a econômica liberal, a própria liberdade do sujeito tornou-se um ideal que deve ser defendido a todo custo. Porém, isso coloca em questão, como governar sujeitos livres? A cena acima descreve bem esse novo modo de governo, que coloca nas mãos do próprio sujeito a ação de se autogovernar, tal governo passa a ser desejado, pois junto com ele se tem uma melhoria na qualidade de vida.

5.1 Sexualidade como objeto da medicalização e o uso de hormônios

Quando falamos dos hormônios discutimos não só a medicalização da vida, mas principalmente a medicalização da sexualidade. Como analisamos antes, o dispositivo da sexualidade tem sido um dos pontos centrais para o controle do indivíduo e da população (FOUCAULT, 2009a). A sexualidade captura os corpos em sua materialidade, força, energia, sensações e prazeres.

Porém, a presença dos hormônios no processo de medicalização da sexualidade só é iniciada no final do século XIX. Segundo Fabíola Rohden, Jane Russo e Alain Giami (2014), a história da medicalização da sexualidade não foi um processo linear, mas marcado por três grandes momentos caracterizados por rupturas: 1) Sexologia Clínica; 2) Educação Sexual; 3) Medicina Sexual.

A sexologia clínica, primeiro momento da medicalização da sexualidade, se caracteriza pelo diálogo entre psicólogos e médicos ginecologistas, que compreendiam a sexualidade a partir de duas dimensões, a orgânica e a psíquica, desta forma, os tratamentos eram baseados em uma perspectiva holística do sujeito. O período posterior, no qual prevaleceu a educação sexual, se observa a ampliação de profissionais que atuavam com a sexualidade, a abordagem torna-se multidisciplinar e passa a dialogar

almente feminista e LGBTT⁵⁵, proporcionando o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos (ROHDEN, RUSSO, GIAMI, 2014).

A onda atual da medicalização da sexualidade é marcada sobretudo pela entrada das indústrias farmacêuticas no tratamento das disfunções sexuais, a perspectiva orgânica torna-se prevalente, havendo uma perda do poder médico frente a indústria, e além disto, a participação de psicólogos e educadores sexuais é compreendida como secundária.

Os três modelos de medicalização da sexualidade continuam coexistindo, apesar da prevalência do modelo orgânico, e com isso uma maior cisão entre a perspectiva holística e a biologicista. O panorama atual se configura com a crescente prescrição de medicamentos, e isto favoreceu a aproximação entre a perspectiva da clínica tradicional e da educação sexual, que passam a utilizar cada vez mais a noção de saúde sexual para fazer referência a sua área de saber, em oposição à medicina sexual (ROHDEN, RUSSO, GIAMI, 2014).

Segundo esses autores, o termo saúde sexual propõe uma abordagem política da sexualidade, incluindo dentro deste campo os direitos sexuais e reprodutivos, como discutiremos adiante. É importante salientar que o predomínio da orientação biomédica deixa de lado as questões sociais e políticas relativas à sexualidade, focando exclusivamente na resolução de problemas individuais por meio do uso de medicamentos.

O vídeo que iremos discutir tem sua versão original em língua inglesa, mas foi disponibilizada uma versão dublada no canal brasileiro *Expressão Feminina* da Bayer. Participam da cena, quatro adolescentes e uma médica, que conversam sobre o uso de anticoncepcionais de modo espontâneo, em uma sala de estar, tomando café. A cena exemplifica como a sexualidade passa a ser abordada cada vez mais em termos de controle das substâncias consumidas, em detrimento de uma abordagem coletiva e social.

Loy: (...) a pílula me protege de doenças sexualmente transmissíveis?

Dr. Paula: Não, a pílula não protege de doenças sexualmente transmissíveis de maneira alguma, a pílula nos protege contra a gravidez. E a única coisa que pode nos proteger contra as DST são as camisinhas, elas não são perfeitas, mas são melhores do que nada. Se você está numa relação nova é importante que faça exames regulares para detectar se está com alguma

⁵⁵ LGBTT é uma sigla que faz referência a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

ente transmissível.

Loy: Então a única maneira de me proteger das DST são as camisinhas?

Dr. Paula: Sim. *Em um mundo ideal, se você está preocupada com as DST você usaria a camisinha junto com a pílula (VÍDEO 07, grifo nosso).*

A médica do vídeo comenta sobre a importante função das camisinhas, mas sinaliza que elas só são usadas em um mundo ideal e que cabe a cada uma utilizar a pílula anticoncepcional para garantir a prevenção de uma gravidez indesejada. A relação entre os parceiros é deixada em segundo plano, a solução oferecida é sempre de ordem individual, orientando inclusive que se faça exames regulares quando se está em um relacionamento novo, deixando subentendido que é dispensável o uso da camisinha nestes casos. O foco é a administração bioquímica da sexualidade, não havendo qualquer espaço para dimensão social e experiencial da sexualidade.

Os hormônios passam a ter um lugar central dentro dessa perspectiva biomédica, pois ginecologistas e urologistas tratam grande parte dos problemas relativo à sexualidade com a prescrição destas substâncias. As indústrias farmacêuticas orientam, então, uma renaturalização da sexualidade e a construção de um padrão sexual baseado no desempenho máximo durante as performances sexuais, a partir do uso de medicações, principalmente entre homens (ROHDEN, RUSSO, 2011).

Podemos perceber que a fronteira entre tratamento e aperfeiçoamento se torna cada vez mais tênue, favorecendo assim, um mercado em crescente expansão para as indústrias farmacêuticas, na medida em que cada sujeito pode ser um consumidor em potencial, dedicado a atingir um padrão ideal de desempenho sexual. Dessa forma, novos modos de subjetivação passam a configurar dentro dessa dinâmica do consumo de hormônios para potencializar o desempenho sexual.

Nessa leitura, Fabíola Rohden, Jane Russo e Alain Giami (2014) argumentam que atualmente estamos produzindo novas identidades, uma nova visão de corpo e sexualidade, baseadas na intensificação da heteronormatividade⁵⁶ e estereótipos de gênero, com homens ôhipertestosteronadosô e mulheres ôhiperestrogenadasô.

O processo de medicalização da vida e da sexualidade e o uso ampliado de tecnologias biomédicas para diversas finalidades também sinalizam para a mudança da

⁵⁶ A heteronormatividade diz respeito a concepção de que homens e mulheres são seres opostos e que se complementam, determinando assim uma coerência e linearidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e condutas. Tal padrão heteronormativo não orienta as condutas apenas dos casais heterossexuais, mas também dos casais homossexuais, na qual um deve performar como mulher e outro como homem (BUTLER, 2010).

Foucault (2010), para a sociedade de controle, analisada por Deleuze (1992). A sociedade disciplinar é marcada pelo confinamento e as grandes instituições, por outro lado a sociedade de controle se caracteriza pelo controle contínuo e incessante em meio aberto, além da comunicação instantânea. O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua (DELEUZE, 1992, p. 224).

Os hormônios são um exemplo de controle contínuo e intrínseco a todas as atividades e práticas de existência, que atuam durante todo o ciclo de vida dos indivíduos. O sujeito, nessa lógica, deve ser responsável pelo monitoramento e ajuste contínuo do seu modo de viver, engajando-se em constante risco de gerenciamento e avaliação da própria saúde de acordo com um processo de autoescrutínio cada vez mais refinado e contínuo (ROSE, 2013).

O sujeito tem sido educado e conscientizado sobre a situação da sua saúde por matérias em revistas, notícias na televisão, vídeos na internet e a partir de tais informações ele pode compreender a si mesmo baseado no discurso hormonal, biomédico e bioquímico, buscando assim, uma aliança com os profissionais da saúde e a indústria farmacêutica. É em nome da maximização do seu potencial vital e com a finalidade recuperar o seu próprio corpo que as pessoas assumem o lugar de vigilância e controle sobre seu corpo e comportamento.

Os sujeitos também possuem agência nessa relação com o saber e o poder biomédico, pois eles não aceitam acriticamente o processo de expansão e avanço da medicina, na medida em que resistem e negociam diferentes modos de viver (FOUCAULT, 2009a). Porém, esse processo de resistência não é estático, ele é processual e dinâmico, havendo sanções para aqueles que fogem da norma, o que produz muitas vezes uma culpabilização dos sujeitos, como por exemplo, nos casos de gravidez não planejada entre mulheres que não utilizam pílula anticoncepcional, que são julgadas como irresponsáveis e inconsequentes.

A despeito da gestão de riscos, a automedicação também pode ser compreendida como um processo de resistência, na qual as pessoas buscam informações sobre sua saúde, realizam o próprio diagnóstico, ajustam dosagens de fármacos, realizando assim o seu tratamento por conta própria. Todavia, essa autonomia do

ista entre os profissionais da saúde, como podemos

perceber no trecho abaixo.

Regina Bittar: Doutor Rogério, a gente tem mais uma dúvida aqui da Raquel Miranda de Jundiaí. Ela pergunta: será que a facilidade no acesso a formação via ferramenta de busca na internet vem aumentando os casos de automedicação?

Dr. Rogério: Então, é uma questão que precisa ser vista dos dois lados. Eu acho que tem realmente, existem dados até nacionais sobre o risco de automedicação. Isso em todas as esferas, não é só na internet, mas o outro lado é o lado benéfico.

Regina Bittar: De informação, de ter acesso a informação, né?

Dr. Rogério: O importante é que a interpretação da informação que está ela precisa ser feita por um profissional qualificado que tem essa crítica, senão não precisaria de médico.

Regina Bittar: É verdade. A gente acaba lendo algumas coisas na internet que assustam, né doutor?

Dr. Rogério: Um exemplo recente que tivemos foi fazer uma busca por sangramento vaginal, sangramento uterino anormal. Quando se colocar isso em ferramenta de busca se tem várias citações e as primeiras que vêm é sobre câncer e a minoria dos casos que vão ter isso. Então o sangramento uterino anormal ele tem várias causas, e a menor de todas é o câncer. Veja como isso assusta e muitas vezes a pessoa acaba tendo um autodiagnóstico também que não é o adequado.

Regina Bittar: É comum a paciente chegar no consultório e falar ôeu li na internet isso e aquilo e assustada com o que leu e preocupada?

Dr. Rogério: É extremamente comum, hoje é muito comum, inclusive ela vem às vezes com um tratamento pronto e nem sempre aquilo é adequado para ela.

Regina Bittar: Certo.

Dr. Rogério: Então, é saudável até certo ponto, como uma informação e até facilita muito a vida do médico quando a paciente vem muito informada sobre o assunto, isso é bom. Agora, a questão do tratamento que eu vejo o grande problema. Precisa ser feito realmente por quem está habilitado para isso.

Regina Bittar: Com certeza. *Consulte o seu médico.*

Dr. Rogério: Esse chavão não tem como tirar (VÍDEO 15, *grifo nosso*).

Os vídeos disponibilizados pela Bayer têm seu conteúdo discutido nessa cena, pois apresentam uma série de informações gerais sobre problemas de saúde e sobre possíveis tratamentos. Como efeito, muitos espectadores podem assistir os vídeos e se dirigir à farmácia mais próxima para adquirir os produtos mostrados pelos médicos na internet, sem antes consultar presencialmente um profissional da saúde ou mesmo realizar exames clínicos e laboratoriais. Os sujeitos podem ainda consultar familiares, amigos, mães e pais de santos etc. em busca da melhor terapêutica para os seus problemas de saúde.

No caso dos hormônios femininos, que são vendidos sem retenção de receita, o processo se torna ainda mais fácil, pois basta a mulher se identificar com um

como por exemplo ter acne, e seguir as mesmas orientações que o médico faz nos materiais da Bayer, que é administrar anticoncepcionais.

A presença de médicos nos vídeos da Bayer garante, como efeito, a veracidade das informações, tornando o paciente mais informado sobre o seu problema de saúde, porém, ao final da cena o espectador é alertado que deve consultar um médico presencialmente, sendo este o único profissional da saúde realmente confiável para cuidar da saúde, mesmo que este sujeito se queixe de ansiedade e irritabilidade, como apresentamos nas cenas anteriores.

5.2 Resistência à medicalização e Direitos sexuais e reprodutivos

A resistência ao discurso da medicalização da sexualidade também está presente na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, que abrange a saúde sexual e reprodutiva. A história dos direitos reprodutivos é recente e a dos direitos sexuais mais ainda, e tiveram o movimento feminista e LGBTT, respectivamente, como atores fundamentais. Foi a partir dos direitos sexuais e reprodutivos que uma postura política e ética foi inserida no debate sobre a reprodução e a sexualidade (ROHDEN, RUSSO, 2011). Esses dois movimentos sociais têm em comum o questionamento das categorias universais, das verdades científicas, da naturalização do sexo e da normatização da sexualidade, fazem assim um contraponto com a perspectiva biologizante e farmacológica do saber biomédico.

Foi a partir da desconstrução da maternidade como obrigação, da luta pelo direito a contraceptivos e ao aborto que feministas de várias partes do mundo começaram a construir suas pautas sobre os direitos reprodutivos. A Conferência Internacional da ONU, no Cairo, em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995, foram marcos importantes para a consagração do campo dos direitos reprodutivos, que busca articular as necessidades reprodutivas não só à saúde, mas também aos direitos humanos (BRASIL, 2013). A reprodução deixa de ser discutida apenas em seu aspecto demográfico e como assunto exclusivo sobre a mulher e seu corpo, mas também as questões éticas, sociais e culturais são colocadas em pauta (CORRÊA, PETCHESKY, 1996).

reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de *saúde sexual e reprodutiva*. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (ONU, 1994, 7.3).

A saúde reprodutiva faz parte dos direitos reprodutivos e defende a autonomia e o direito de escolha sobre se, quando e quantas vezes pretende se reproduzir. A função dos profissionais da saúde nesse caso é informar e oferecer para homens e mulheres métodos eficientes e seguros de planejamento reprodutivo, bem como métodos de regulação da fecundidade, sempre respeitando a liberdade e singularidade dos sujeitos. A dicotomia saúde e doença e o estabelecimento de padrões normativos sobre a reprodução são questionados a partir das premissas da saúde reprodutiva. Os hormônios produzem nessa dinâmica tanto a medicalização dos corpos pelo controle da natalidade, assim como a autonomia do sujeito, dando a este uma possibilidade de escolha sobre sua própria reprodução.

A luta pelos direitos sexuais tem acontecido de modo paralelo e transversal a luta pelos direitos reprodutivos. Sônia Corrêa (2006) afirma que os sujeitos envolvidos nesses dois movimentos ora são os mesmos, ora se diferenciam, havendo uma disputa moral em jogo. Enquanto que a sexualidade da mulher ocupa uma função nuclear no contrato social, devido, principalmente, as questões reprodutivas, os demais sujeitos sexuais como as prostitutas e a população LGBTT são posicionados em outro lugar, que muitas vezes esteve associado à ilegalidade e criminalidade (CORRÊA, 2006).

A luta pela garantia de direitos desses grupos é recente e permeada por controvérsias. Dessa forma, foi só com a epidemia de HIV/AIDS, no fim da década de 1980, que possibilitou maior discussão a respeito dos direitos sexuais, tendo o movimento LGBTT em articulação com parte do movimento feminista, como os seus principais defensores.

A defesa do prazer e do exercício da vida sexual segura e satisfatória tem sido um trabalho difícil e complexo. Os direitos sexuais e a saúde sexual têm enfrentado maior resistência para serem debatidos, devido ao preconceito e a dificuldade de pensar a atividade sexual para além da reprodução.

Os direitos sexuais implicam no respeito aos diferentes tipos de expressão

corpo e igualdade sexual. A noção de saúde sexual

coloca em pauta outros elementos que não dizem respeito a saúde reprodutiva, como a expressão da sexualidade sem coerção, violência, discriminação e risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, assim como gestações indesejadas.

Inicialmente, essas temáticas apareciam muitas vezes como um anexo dos direitos reprodutivos ou apenas em sua forma negativa, como o direito de não ser abusado ou explorado sexualmente (CORRÊA, 2006). Com a luta do movimento feminista e LGBTT os direitos sexuais e a saúde sexual passaram a ser abordados em sua faceta positiva, baseada na valorização da vida, no respeito mútuo, no prazer, segurança, autoestima e liberdade de expressão da sexualidade.

Nesse sentido, a discussão sobre os direitos sexuais visibiliza opressões que determinados grupos tem sofrido historicamente devido ao exercício da sua sexualidade, como LGBTT, prostitutas, pessoas que vivem com HIV/AIDS etc. A heteronormatividade é colocada em questão a partir da noção de direitos sexuais, pois a sexualidade deixa de ser associada automaticamente a reprodução.

As relações sexuais mencionadas nos vídeos da Bayer, por exemplo, são sempre restritas ao casal heterossexual monogâmico e que em algum momento da vida já reproduziram ou irão reproduzir. Nesse sentido, o ideal de heteronormatividade e o padrão de performance sexual são re-naturalizados, como na cena a seguir:

Regina Bittar: doutora ainda existe o tabu de que o exame ginecológico ou uso de absorvente interno pode tirar a virgindade? Porque as vezes a mãe não leva, não, ela não precisa, ela é virgem. Eu não vou levar ao ginecologista. Ainda existe esse preconceito, é um tabu ainda presente?

Dra. Cristina: É bem comum, é bem frequente esse tipo de ideia. A gente tem que lembrar e falar para os pais que *a virgindade só se perde com o que nós sabemos que é durante a relação, com a penetração do pênis*. Então um absorvente interno ele não vai interferir em nada com a virgindade da menina e nos dias de hoje ele acaba sendo interessante para algumas ocasiões, ele não é recomendado em ser utilizado de rotina, ou seja, todas as menstruações. Mas por exemplo, por uma garota que pratique esportes, durante a natação, por algum momento em uma festa especial em que ela vai colocar uma roupa e que o absorvente normal, o externo, ele atrapalharia (VÍDEO 12, *grifo nosso*).

Os estereótipos de gênero⁵⁷ e a heteronormatividade aparecem de diversos modos nesse curto diálogo. Parece que se pressupõe que é a mãe a responsável por levar

⁵⁷ Os estereótipos de gênero diz respeito aos efeitos de determinadas dinâmicas que atribui práticas diferentes e hierarquicamente distintas a partir da classificação dos sujeitos como homens e mulheres (GIAMI, 2007; BIROLI, 2008).

estão preocupados em assegurar a virgindade e com isso a pureza e a moral desta filha e, por último, o padrão masculino penetrativo é indicado como o centro de qualquer atividade sexual. Muitas mulheres lésbicas têm a sua sexualidade negada, a partir desses pressupostos, pois enquanto não houver a penetração do pênis, elas continuarão òvirgensö. A medicalização da sexualidade pressupõe o casal heterossexual como seu alvo, sendo os diagnósticos, exames e tratamentos pensados a partir deste padrão de sexualidade (ROHDEN, RUSSO, GIAMI, 2014).

A discussão sobre direito sexual, além de ser importante para combater o preconceito em relação as sexualidades não heterossexuais e não penetrativas, também traz à tona o debate sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Dois fenômenos importantes em relação as DST foram primeiro o massivo combate a sífilis e posteriormente o pânico social provocado pela AIDS, que evidenciavam as práticas sexuais que escapavam ao modelo de sexualidade higiênica instituído pelo saber biomédico (CARRARA, 1996; PELÚCIO, MISKOLCI, 2009).

A medicalização tem sido empregada com uma perspectiva conservadora e moralizante da sexualidade, opondo-se às mudanças impulsionadas pelos movimentos sociais. Dessa maneira, muitos debates que têm ocorrido na esfera da política e luta pelos direitos sexuais e reprodutivos parecem não chegar ou são barrados dentro da lógica biomédica (ROHDEN, RUSSO, GIAMI, 2014).

Tais acontecimentos junto com a luta pelo uso de métodos contraceptivos e pelo direito ao aborto foram fundamentais para que ocorressem rupturas no modo de compreensão da sexualidade e a separação entre reprodução e atividade sexual. No trecho abaixo podemos analisar a cisão entre a saúde reprodutiva e sexual, além do discurso privilegiado que a reprodução adquire no saber biomédico:

Joy: O quanto a pílula é confiável? É mais ou menos segura do que a camisinha?

Dr. Paula: A pílula é um contraceptivo bastante confiável com taxas de falhas de 1% quando usadas corretamente o que obviamente depende de se a mulher se lembrar de tomar todos os dias, porque as mulheres podem não se lembrar de tomar as pílulas todos os dias, na prática as taxas de falhas podem chegar até 5%, mas *não há dúvidas que a pílula é um método contraceptivo muito, mas muito mais confiável do que a camisinha*. As camisinhas são a maior proteção que existe contra as doenças sexualmente transmissíveis, mas podem se romper, podem ter a eficácia afetada por causa de lubrificantes a base de óleo, ou por não ter sido colocadas corretamente, ou outras razões, tem taxas de falhas significativamente maiores e certamente deveria ser usada

ila quando se busca uma contracepção confiável (VÍDEO 10, *grifo nosso*).

Nesse diálogo, o preservativo, tanto masculino como feminino, aparece como o único método que funciona para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada, porém, a médica do vídeo decide discutir o quão falho é essa estratégia. Os hormônios, apesar de só atuarem como contraceptivos, têm o seu uso incentivado, a partir da apresentação de taxas sobre o seu oíbaixoó percentual de falha.

Entretanto, esse discurso que deixa o preservativo em segundo plano não é hegemônico, temos em outro vídeo uma médica que irá defender a importância do método de barreira e que os jovens, em suas primeiras consultas ao médico, devem ter acesso a esta informação.

Regina Bittar: também é falado sobre doenças sexualmente transmissíveis nessa consulta?

Doutora Teresa: Sim, é muito importante. Hoje, a organização mundial de saúde preconiza o uso do método de barreira, no caso o preservativo feminino e masculino, camisinha masculina e feminina, junto com o método de escolha da paciente. Independentemente do método que ela utilize *é preconizado em todas as relações sexuais o uso do preservativo feminino ou masculino* (VÍDEO 20, *grifo nosso*).

Podemos perceber, nesses breves trechos, tensões e disputas entre os campos da sexualidade e da reprodução, nas quais os saberes biomédico e tecnofarmacológico têm negociado com os movimentos sociais, a respeito dos melhores procedimentos e condutas a serem adotados. Busca-se, dessa forma, instituir determinado saber como verdade absoluta e universal, por meio de diferentes estratégias, como por exemplo, a propagação de determinado conteúdo na mídia (FOUCAULT, 1996).

Enquanto os saberes biomédico e farmacológico preconizam o discurso médico como o único verdadeiro e o tratamento medicamentoso como o mais eficiente, o campo do direito sexual e reprodutivo defende que cada um deve decidir sobre os usos, sexual, reprodutivo ou de outro tipo, que dão a seus corpos, sendo deste modo, guiados por quatro princípios éticos: integridade da pessoa, individualidade, igualdade e respeito pela diversidade.

No Brasil, por exemplo, o Ministério da Saúde tem proposto políticas públicas que se aproximam da saúde sexual e reprodutiva, sendo o Programa de

lher (Paism), criado há 25 anos, um dos primeiros marcos na defesa do direito à saúde integral que incorpora uma perspectiva crítica de gênero e pioneiro no cenário internacional. Todavia, a história da saúde sexual e reprodutiva no Brasil nem sempre esteve pautada na autonomia e dignidade humana, principalmente, quando se tratava da população menos favorecida economicamente. Como veremos adiante, o controle da reprodução, com a distribuição de anticoncepcionais e realização de laqueaduras, foi uma importante estratégia de governo para combater a pobreza.

Atualmente, o Ministério da Saúde (2013), em consonância com os direitos sexuais e reprodutivos, compreende que o Governo não deve impor o controle sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres, e que a superação da situação de pobreza é muito mais complexo que o simples controle da natalidade, pois envolve a implementação de políticas que proponham distribuição mais igualitária da riqueza e diminuição da desigualdade.

Em 2005, foi lançada, no Brasil, a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, resultado da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Educação, da Justiça e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e as Secretarias de Políticas para as Mulheres, de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Direitos Humanos. Essa e outras estratégias defendem o respeito à autonomia, a maximização dos benefícios e minimização dos prejuízos, a equidade e o respeito a diversidade cultural, étnica, sexual, religiosa etc.

Podemos perceber que os hormônios têm se articulado com uma série de elementos produzindo determinados modos de subjetivação na nossa sociedade. Essas substâncias estão envolvidas em diferentes controvérsias, no caso específico dos direitos sexuais e reprodutivos os hormônios atuam de forma ambígua, pois têm sido utilizados tanto para garantir tais direitos como também para se contrapor a essas demandas.

Na medida em que as mulheres lutam pelo direito ao seu próprio corpo, tendo a possibilidade de escolha sobre querer engravidar ou não, há uma propagação simultânea dos discursos que enfatizam a importância da ampla distribuição e acesso dos métodos contraceptivos, entre eles os anticoncepcionais. Por outro lado, esse mesmo discurso se associa ao processo de medicalização da sexualidade, que se organiza a partir de uma perspectiva biologizante do ser humano e que também torna todas as práticas de saúde uma questão a ser gerida pelo saber biomédico. Tal gestão da



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

e alinha à gestão do risco na nossa sociedade, como

abordaremos no próximo capítulo.

6. HORMÔNIOS COMO PRODUTORES DE RISCOS

As agências regulatórias se sentem seguras e confortáveis para admitir que esse risco confrontado com os benefícios ele é aceitável epidemiologicamente, nos deixando como médicos mais tranquilos para receitar qualquer contraceptivos para as nossas pacientes, então eu entendo, para ser pontual em relação à sua pergunta é que temos que admitir sim e não há como fugir disso que os contraceptivos impõe um risco maior a usuária de tromboembolismo venoso, mas isso é um efeito de classe muito minimizado pelas baixas taxas de hormônios, nada que nos faça lembrar dos contraceptivos da década de 60 em que era desmesurado o risco de tromboembolismo venoso. Então eu acho que nós médicos devemos escolher o contraceptivo que nos pareça mais apropriado, desde que em baixa dose e que mais se adeque a uma determinada paciente, não fazendo da questão do tromboembolismo um diferencial para a prescrição do anticoncepcional A em detrimento do anticoncepcional B (VÍDEO 05, grifo nosso).

Os hormônios têm agenciado inúmeras práticas, inclusive práticas de risco. Essas substâncias aparecem no discurso médico tanto como produtoras de risco, como também protetoras de risco.

Iniciaremos este capítulo discutindo o desenvolvimento da sociedade de risco, para então, explorar a gestão do risco pelo saber biomédico, em relação aos hormônios. Com isso, debateremos também sobre a noção de prevenção de risco e como tais práticas têm produzido, potencializado ou deslocado modos de subjetivação em nossa sociedade.

6.1 **o**São problemas sérios, mas o risco que isso aconteça é extremamente baixo

A humanidade sempre enfrentou perigos por causa de guerras, catástrofes da natureza ou epidemias, porém, só com o início do delineamento da Modernidade e dos Estados-nação é que a noção de risco passa a ser utilizada para fazer referência a esse tipo de situação, associada, principalmente, a ideia de controle do futuro. Quando a linguagem de risco ainda não era disponível o futuro era referido a partir de outros vocabulários, como fatalidade, destino, sorte, azar etc. (SPINK, 2000). A linguagem de risco não é apenas uma mudança no vocabulário, mas a construção de um novo modo de subjetivação e controle da população. Os hormônios são um desses elementos que constitui a gestão do risco, funcionando tanto como uma substância que produz risco, como que previne o risco.

classifica o risco a partir de três tradições diferentes

ao longo da história: 1) risco-perigo, que antecede a emergência da palavra risco e faz referência aos problemas sob os quais não se tinha controle; 2) risco-probabilidade, ligado a ideia de governamentalidade e a necessidade de controlar a população, tendo a epidemiologia como uma das suas principais áreas de referência; 3) risco-aventura, incorpora a noção de *ocorrer risco*, sendo o risco algo desejado e buscado, esta noção envolve práticas mais recentes, especialmente, no campo do esporte e economia.

Assim, existem diversos modos de compreender o sentido de risco, porém, uma das formas mais comuns é o que o associa a um acontecimento desfavorável, principalmente, quando está conectado com o controle dos corpos e da população. A partir disso, tal conceito emerge em oposição à concepção de que o futuro é incerto e caótico, que estaria submetido às forças que não temos controle, antagonizando com a ideia de fatalidade.

Vera Menegon (2003) sugere, ainda, outro modo de classificar o risco: 1) *risco externo*, que inclui problemas ambientais e exclusão social; 2) *risco corporificado*, advindos da constituição genética e física do sujeito; 3) *risco associado ao estilo de vida*, que seria teoricamente o mais fácil de controlar, pois dependeria somente da educação e vontade do sujeito.

Nesse exercício, a autora ainda apresenta as diferentes origens da palavra risco em diversas culturas e momentos históricos:

As versões sobre as origens da palavra risco são conflitantes. Conforme pesquisa realizada por Spink (1997; 2000c), o primeiro registro da palavra data do século XIV, *riesgo* em castelhano. Nessa época, porém, não apresentava conotação clara de um *perigo que se corre*, o que vai acontecer apenas no século XVI. A hipótese etimológica mais aceita é a espanhola é que tenha derivado de *resicare* (cortar), utilizada para descrever penhascos submersos que cortavam os navios. Surge daí seu uso moderno de risco como *possibilidade* mas não como evidência imediata (Spink, 2000c:161). A autora cita ainda duas outras hipóteses etimológicas é risco como derivativo do grego clássico *raiz*; e do árabe *rizq*. Na língua inglesa encontra-se registro da palavra *risk* a partir de meados do século XVII (MENEGON, 2003, p. 62, grifo da autora).

Em linhas gerais, o risco se estrutura em uma perspectiva de domesticação do futuro. O modo de compreender e se relacionar com o tempo irá mudar com a proposta de gestão de risco, pois este está baseado no controle e na previsibilidade do futuro, tendo como fundamento os cálculos e dados probabilísticos.

ou secundário de inúmeros vídeos produzidos pela Bayer. Geralmente, a abordagem é a apresentação dos hormônios como substâncias que trazem importantes benefícios para a qualidade de vida de quem o administra e que são fármacos bastante seguros, apresentando uma baixa taxa de risco para a saúde. Mesmo quando o risco se apresenta ele é sempre considerado irrisório e controlado pelo saber biomédico.

Na cena abaixo uma jovem relata o seu medo em relação aos riscos que envolvem o uso de anticoncepcionais, enquanto a médica a tranquiliza informando que tais substâncias apresentam pouco perigo à saúde.

Amy: Há efeitos colaterais ou risco de saúde com a pílula?

Dra. Paula: Há um número mínimo de efeitos colaterais associados a pílula como: mudanças de peso, náuseas, sensibilidade mamária, e dores de cabeça são bastante comuns e esses sintomas costumam a diminuir geralmente nos primeiros meses. Há alguns potenciais efeitos colaterais que são graves e significativos, mas afetam um número baixíssimo de mulheres como o TVP (trombose venosa profunda) - um coágulo sanguíneo na perna que caso se alastra até o pulmão e pode ser fatal e também coágulos no coração que podem também levar a um ataque cardíaco ou um derrame. São problemas sérios, mas o risco que isso aconteça é extremamente baixo e nós como médicos aconselhamos e enfatizamos esses riscos às mulheres, é uma das razões pelas quais checamos a pressão do sangue, histórico de fumante, se há um histórico familiar de coagulação no sangue, são coisas que nos pode alertar sobre o fato de haver um problema mais sério (VÍDEO 08).

Nesse diálogo, a médica descreve tanto os efeitos colaterais da pílula anticoncepcionais, que são apontados como riscos insignificantes e passageiros, apesar de mais prevalente, e o risco de tromboembolismo⁵⁸ que seria um risco grave, mas de baixa incidência. Independente do risco ser pequeno ou grave ele é descrito como previsível e sempre controlado pelo médico.

É o saber biomédico que irá proteger os pacientes das situações de risco, na medida em que este traça o futuro dos sujeitos a partir do seu histórico familiar, exames e hábitos. Foi no contexto da saúde e também da economia que a linguagem de risco se consolidou, porém, ela tem uma história prévia, que envolve desde os jogos de azar até os seguros marítimos (SPINK, MEDRADO, MÉLLO, 2002).

⁵⁸ Os eventos tromboembólicos podem ser venosos (quando ocorrem nas veias) e arteriais (quando ocorrem dentro das artérias). Ambos podem provocar risco para a vida da usuária e podem, em alguns casos, ser fatal. Os eventos tromboembólicos venosos se manifestam como trombose venosa profunda, embolia pulmonar e tromboes em diversos vasos sanguíneos. Já os eventos tromboembólicos arteriais podem incluir o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio (ANVISA, 2016, p.04)

presentada no vídeo, que é ligada ao controle do futuro se delineia no século XVII com os jogos de azar, quando se passou a calcular a probabilidade de perdas e ganhos nestas atividades, já no século XVIII foi o campo das negociações de seguros marítimos que adotou a linguagem de risco, enquanto que no século XIX com o crescimento dos estudos econômicos se tornou comum a avaliação dos riscos em determinada negociação (SPINK, 2001).

Mary Jane Spink (2001) afirma que há uma mudança na sociedade a partir da noção de risco, que é o deslocamento do foco na gestão da vida, característico da sociedade disciplinar, para a gestão do risco. Essas novas modalidades de biopoder que surgem com o risco não excluem o poder disciplinar, que atua no corpo e é baseado na normatização, mas inauguram diferentes técnicas de investigação e controle dos indivíduos e da população que são mais refinados e sutis.

Tais técnicas de regulação, associados ao risco, tornam-se cada vez mais centrais, principalmente, a partir do século XX como reação a intensificação dos movimentos de contestação à normatização (SPINK, 2001). Dessa forma, os mecanismos de controle tornaram-se cada vez mais eficientes e engenhosos, já que, somente a instituição da norma não era mais suficiente para desempenhar esta função de governo dos indivíduos.

Como discutimos nos capítulos anteriores, houve uma transição da sociedade do modelo disciplinar analisado por Michel Foucault (1995), para o modelo da sociedade de controle caracterizado por Gilles Deleuze. Entretanto, outros autores como Ulrich Beck (1999), Antony Giddens (1991) e Mary Jane Spink (2001, 2008, 2011, 2014) irão propor que a sociedade na qual vivemos, a partir do século XX, pode ser concebida não só como sociedade de controle, mas também, como sociedade de risco, pois esta noção passa a organizar diversos tipos de relação e modos de subjetivação.

Na modernidade tardia a relação com tempo e espaço se modifica e com isso a noção de risco passa a ser utilizada como estratégia de governamentalidade (SPINK, 2001).

A partir disto, destacam dois movimentos contrastantes em relação à noção de risco: por um lado, alia-se ao esforço de pôr ordem em uma sociedade crescentemente mais complexa, em uma perspectiva de culpabilização e responsabilização na qual o risco deve ser gerenciado, própria de uma estratégia de governamentalidade; por outro, o risco emerge como

s tentativas de ordenação dos espaços sociais, tensionando o gerenciamento de riscos (HILLESHEIM, DA CRUZ, 2008, p.193).

O foco na gestão de risco promove mudanças tanto na concepção do que é risco, como nas estratégias de governo da população e dos indivíduos, pois, neste contexto, a ideia de risco passou a se relacionar com a noção de incerteza, perigo. O risco é percebido como algo sistêmico e imponderável, devido à complexidade da nossa sociedade. Desse modo, são necessários, então, mecanismos igualmente complexos que garantam o controle do futuro a partir de modificações no presente. É no período da Segunda Guerra Mundial que se intensificam tais técnicas de controle do risco e com isso se populariza o campo de estudo da análise dos riscos.

São os estudos probabilísticos que irão embasar a linguagem de risco e é a partir desses jogos com os significados dos números que os médicos irão defender o uso dos hormônios e minimizar os possíveis danos à saúde do paciente. O cálculo do risco não é determinístico, mas incerto, tanto para médicos como para os pacientes reais ou potenciais (ROSE, 2013).

No trecho que segue o médico apresenta as estatísticas de câncer de mama entre mulheres que fazem reposição hormonal, utilizando tanto os números absolutos, como porcentagens para afirmar que a mídia tem sido tendenciosa quando apresenta os estudos sobre o aumento de risco de câncer entre pacientes que fazem uso de hormônio.

Regina Bittar: Estamos de volta com o quarto bloco do programa expressão feminina da Bayer, nós vamos continuar falando sobre os riscos da terapia de reposição hormonal. Doutor César, por favor continue. Os riscos da terapia hormonal e o maior medo das mulheres é o risco do câncer de mama, então, por favor, continue.

Dr. César: Muito bem lembrado, eu acho que não adianta você listar os inúmeros benefícios da terapêutica hormonal e querer contrapor esse benefício com o risco mais temido das mulheres de um modo em geral e que de certa forma se vinculou a terapêutica hormonal. Eu acho que é importante a gente dar números para isso para que as pessoas nos entendam com clareza, a medicina e os trabalhos científicos têm hoje um bom conhecimento desses números e coleciona esses números através dos chamados estudos controlados em que você pega um lote de mulheres e faz reposição hormonal e você pega outro lote de mulheres e não faz reposição hormonal e dar um remédio que chama placebo- um remédio de mentirinha. Então você consegue ao longo do tempo nesse contingente enorme de mulheres colecionar casos de câncer de mama de um lado e do outro. Anualmente esse risco é atualizado por dez mil mulheres. O que significa? Pegamos um lote de dez mil mulheres, em 2010 caminhamos com elas de janeiro de 2010 a janeiro de 2011 e aí vamos ver quantos casos de câncer tem no grupo de terapêuticas hormonal e quantos casos tem no de não usuárias, de placebo. *O que se sabe hoje é que num lote de dez mil mulheres ao longo de um ano no*

suárias você acumula 30 casos num lote de dez mil mulheres entre os 50 e 70 anos de idade, nos grupos de terapêuticas hormonal os números de casos é exatamente o mesmo de 30 casos entre dez mil mulheres, então nos primeiros 5 anos não há aumento de risco, depois dos 5 anos não aumenta o risco, então é tempo dependente, se a mulher passar dos 5 anos aumenta o risco. E eu queria dizer o quanto é esse risco.

Regina Bittar: Mas passados os 5 anos da utilização da reposição hormonal, então quer dizer que tem um tempo determinado para a reposição hormonal?

Dr. César: Se as mulheres usam a terapêutica hormonal por mais de cinco anos, ou seja, seis anos, sete anos aí o risco aumenta. *Aumenta quanto? Ao invés de 30 casos a cada dez mil mulheres, passa a ser de 38 casos em cada dez mil mulheres, ou seja, você adiciona 8 casos sob aqueles 30. E eu costumo dizer que num lote de dez mil mulheres que usaram a terapêutica hormonal por mais de cinco anos, 8 delas num lote de dez mil vai ter risco aumentado por conta da intervenção que está sendo feita, por conta da terapêutica hormonal.*

Regina Bittar: Mas durante esse período de 5 anos o risco não aumenta?

Dr. César: O risco não aumenta.

Regina Bittar: Vocês sabiam disso? *(Se dirigindo às mulheres da plateia)*

Dr. César: Agora eu queria complementar, desculpe a minha insistência, porque isso é fundamental. Então, 8 em 10 mil significa que nove mil novecentas noventa e duas mulheres num lote de dez mil não vão correr risco e eu não posso penalizar nove mil novecentas e noventa e duas mulheres porque oito nesse contingente de dez mil vão ter câncer de mama. Frequentemente nós passamos de maneira equivocada para mídia esses números, nós médicos cometemos esse pecado porque a mídia nos pede para falar em percentuais. Quantos a mais de aumento? Então oito sobre trinta dá 26,66%, então nós sabemos que o risco aumenta em 26,66%. E a paciente que nos ouve 26,66% é um risco inaceitável, ela imagina que uma entre 4 mulheres para arredondar os números.

Regina Bittar: Porque ela está vendo do todo.

Dr. César: *Porque a pessoa olha os 26% é um quarto de 100%, então ela acha que 1 entre 4 mulheres vai ter câncer de mama.* E não, a incidência é muito baixa e mais do que isso, o diagnóstico da mulher que teve o câncer de mama no mesmo estágio da doença, comparada com uma mulher que estava em terapêutica hormonal e outra que está sem terapêutica hormonal, a que está em terapêutica hormonal tem muito mais sobrevida, o câncer é muito menos agressivo do que na mulher que tem a terapêutica hormonal.

Regina Bittar: Ah! Tem isso, tem a diferença?

Dr. César: Normalmente tem um ganho imunológico que esse hospedeiro tem quando tem a terapêutica hormonal frente ao risco (VÍDEO 21, *grifo nosso*).

As pesquisas quantitativas são, geralmente, percebidas como neutras, pois os números conseguiriam representar a realidade de modo objetivo, porém, o diálogo entre o médico e a apresentadora mostra o uso político e estratégico dos números (SPINK, 2002). Quando o médico apresenta o aumento do número de casos de câncer entre mulheres que fazem reposição hormonal com o uso de números absolutos, faz parecer que se trata de uma quantidade mínima e aceitável. Por outro lado, quando esses mesmos dados são descritos a partir do percentual de aumento de casos de câncer, tal quantidade parece ser inadmissível e muito arriscado.

egon (2003), mesmo elencando todos os benefícios da reposição hormonal, inclusive como elemento que torna o câncer de mama menos agressivo, hoje, faz parte do protocolo médico comunicar e negociar com os usuários também, quais são riscos de cada intervenção, dessa forma, a responsabilidade passa a ser dividida entre médico e paciente.

O profissional da saúde não pode garantir se a mulher irá fazer parte do grupo de 9962 sujeitos que não apresentarão câncer de mama ou do grupo de 38 mulheres que irão desenvolver a doença. É o contraste entre os dados numéricos que irá incentivar ou inibir a procura por hormônios, desse modo, os usos dos números são sempre estratégicos.

Os sujeitos tomam suas decisões baseados nas informações fornecidas pelos médicos, porém, mesmo que o saber biomédico seja considerado científico, e com isso adquira status de verdade, não é possível ele prever e controlar o futuro dos pacientes, apenas indicar probabilisticamente, a partir de pesquisas e casos anteriores, o risco de se submeter a terapia hormonal.

A mudança no modo como nos relacionamos com o tempo é um dos fatores marcantes na gestão de risco como do mecanismo de poder, pois este deixa de ser contínuo e passa a operar sobre o futuro (HILLESHEIM, DA CRUZ, 2008). Justifica-se assim, realizar intervenções no presente baseada em projeções futuras obtidas por especialistas por meio do cruzamento de dados estatísticos.

O risco trabalha a noção cronológica a partir da lógica causa e efeito, pois as alterações no presente garantiriam o controle do futuro. A tradição racionalista perpassa a gestão do risco, na medida em que se supõe que com conhecimento sobre o presente é possível prever o que acontecerá futuramente e com isso dominar o que está por vir. O futuro é gerido no presente.

za genética? ö: prevenção como instrumento de

regulação

Com o advento da modernidade tardia, as estratégias médicas pretendem ser principalmente preventivas. A prevenção, atualmente, acontece, muitas vezes, pelo rastreamento dos riscos dos sujeitos. Nesse sentido, o sujeito, a partir de cálculos, torna-se objeto de invenções sanatórias, apesar de não apresentar qualquer queixa em relação a própria saúde. Cada um passa a ser percebido como um doente que ainda não apresentou sintomas.

Os hormônios aparecem nos vídeos da Bayer não só como substâncias que aumentam as chances do risco de desenvolver doenças, mas também, como algo capaz de trazer benefícios para a vida dos sujeitos tanto no presente, como no futuro. No caso abaixo o médico apresenta uma série de ganhos em relação à saúde das mulheres que são adeptas a reposição hormonal.

Regina Bittar: é terrível. Doutor e os riscos, quais são?

Doutor César: Então, antes de falarmos dos riscos que vão esclarecer com todos detalhes porque é importante esclarecer os riscos eu queria lembrar que existem alguns benefícios que não são muito claros, mas são relevantes, por exemplo, *a paciente que inicia a terapêutica para alívio dos sintomas ela ganha alguns benefícios entre os quais os mais relevantes que seriam reduzir os riscos das osteoporoses, das fraturas osteoporóticas que é uma doença predominantemente de mulheres em que a fragilidade óssea, o comprometimento do osso tem relação direta com a queda de hormônios que começa a ser construído nesse momento, então a mulher que faz a terapia hormonal ela preserva a microarquitetura do osso, a resistência óssea e ela é menos vitimada lá pros 65, 70 anos de idade a sofrer as fraturas osteoporóticas- são fraturas dos corpos vertebrais, fraturas do colo do fêmur, que são doenças muito difíceis para quem enfrenta esse problema que seria o benefício. O outro benefício de magnitude muito grande é redução dos riscos de doenças cardiovasculares especialmente do infarto miocárdio para a mulher que inicia o seu tratamento num momento oportuno (...) uma mulher que tem sua menopausa aos 50 anos ela vai ter fratura osteoporótica por volta dos 65, 70 se não fizer reposição hormonal e se fizer vai ter uma redução desse risco. Uma mulher que tem menopausa aos 35 anos vai ter as suas fraturas osteoporóticas por volta dos 50 anos de idade, então guarda a relação com o tempo de deficiência hormonal. Para concluir, para ser rápido porque senão você fica brava comigo e me interrompe.*

Regina Bittar: Temos todo tempo do mundo, dez minutos.

Doutor César: Eu gostaria de acrescentar que um dos benefícios é reduzir o processo aterogênico, o das placas de ateromas que se formam na parede das artérias coronarianas e que impõe um risco maior as doenças cardiovasculares. Existem um corpo de evidências médicas muito sólido mostrando que se começar num momento oportuno essas mulheres ganham, agregam esse benefício de redução de risco de infarto do miocárdio (VÍDEO 22, *grifo nosso*).

Esse diagnóstico antecipado de um problema que talvez venha a acometer o sujeito futuramente, traça uma antecipação dos riscos e com isso uma terapia precoce, baseada na prevenção. O médico descreve uma série de benefícios que a reposição hormonal pode trazer para o futuro, como a prevenção da osteoporose e de doenças cardiovasculares. Administrando tais substâncias os sujeitos não só tratariam os variados sintomas da menopausa, como irritabilidade e fogachos⁵⁹, mas garantiriam uma velhice mais saudável por meio da prevenção de riscos futuros.

É a partir de estratégias de poder que se previne o risco, pois se torna necessário vigiar os sujeitos, antecipando acontecimentos indesejáveis entre aqueles grupos mais propensos ao risco. Tal modelo de vigilância se diferencia das técnicas disciplinares, pois a prevenção do risco não se dirige ao indivíduo e sim aos fatores de risco, ãdesconstruindo o sujeito concreto da intervenção e recompondo-o a partir de uma combinação sistemática de todos os agrupamentos suscetíveis de produzir riscoö (HILLESHEIM, DA CRUZ, 2008, p.195).

No caso do uso de hormônios é traçado um perfil dos sujeitos que estão mais susceptíveis a desenvolver determinada doença, isto é, aqueles que apresentam um risco aumentado. A suscetibilidade se conecta aos esforços de identificação e tratamento, no ãaqui e agoraö, de doenças que possivelmente se desenvolverão futuramente (ROSE, 2013). Somente para esse grupo de pacientes, com risco aumentado, é que a terapia hormonal se tornaria arriscada, como explica o médico para uma das convidadas:

Mulher 1: E quando você tem uma carga genética?

Dr: César: A carga genética ela corre independente da terapêutica hormonal, por exemplo, se a paciente nos conta ã a minha mãe teve câncer de mama, a minha tia teve câncer de mama, a minha avó teve um câncer de mamaö. Essa paciente teve um risco aumentado de ter o câncer de mama, esse risco familiar e isso não tem nada a ver com a terapêutica hormonal, esse risco ela já tem independente de fazer a terapêutica hormonal.

Regina Bittar: Mas nesse caso ela seria indicada para fazer a terapêutica hormonal?

Dr: César: Eu acho que nesse caso ele teria que ser mais parcimonioso, talvez encurtar o tempo dela a exposição hormonal, a depender da resposta que ela tenha com o tratamento. O que eu quero deixar consignado aqui, que eu acho

⁵⁹ Os fogachos e as ãondas de calorö são os sintomas relatados com maior frequência entre as mulheres ãocidentaisö. Tal fenômeno seria caracterizado por uma sensação súbita e intensa de calor na pele, muitas vezes acompanhada de sudorese. A duração pode variar de segundos a 30 minutos, sendo leves ou intensos.

na nossa conversa, é que é para o livre arbítrio do médico, compartilhando os dados com o paciente, estender esse tratamento por mais de 5, 6, 7 anos. Vai depender de cada caso, algumas mulheres quando você interrompe o tratamento alguns sintomas reincidentem de forma importante e elas precisam retornar ao tratamento (VÍDEO 21, *grifo nosso*).

Segundo Rose (2013) a discussão da genética na atualidade é uma certa continuidade de dois conceitos importantes para o saber biomédico, que são: 1) a predisposição, que se refere ao sujeito herdar traços dos seus progenitores que podem interferir na sua saúde; 2) o risco, que no campo da saúde esteve relacionada inicialmente aos estudos epidemiológicos. A associação entre os estudos sobre a genética e a tentativa de controlar o futuro, promove uma busca para determinar precisamente em qual molécula está localizada determinada doença e como ela irá se desenvolver.

Atualmente, uma série de exames clínicos e laboratoriais são realizados pelos médicos, além da investigação dos hábitos dos pacientes, do histórico de doenças familiares para que o profissional possa indicar o melhor modo do sujeito se conduzir e assim, diminuir os riscos de desenvolver problemas de saúde no futuro. É traçado, então, um perfil de risco, área de estudo que começou a se desenvolver ao longo do século XX com o objetivo de identificar aqueles que apresentam um risco maior que a média de desenvolver determinada patologia (ROSE, 2013).

A construção do perfil de risco tem o propósito de intervir previamente para que o perigo eminente não se concretize. Tecnologias foram criadas para a avaliação de risco, previsão de risco e administração de risco, discriminando os sujeitos a partir de grupo classificados por idade, gênero, raça, peso, ou mesmo comportamentos, como o uso de drogas, por exemplo.

Dessa forma, as intervenções médicas atuam revelando doenças, até então, invisíveis com o objetivo de otimizar o futuro dos sujeitos (ROSE, 2013). Qualquer pessoa, a partir dessa lógica, se torna um pré-paciente, na medida em que todos estão susceptíveis ao risco de desenvolver alguma doença futuramente. O risco não é determinado pela existência de perigo, mas pela probabilidade do aparecimento de doenças ou condutas indesejáveis.

O diagnóstico precoce é importante não só para detectar quem faz parte da população em risco, mas também para avaliar o grau de gravidade atribuída ao risco e

controle que o próprio indivíduo pode exercer para diminuir o seu risco de desenvolver determinada doença (MENEGON, 2003).

As pesquisas sobre risco na área da saúde, geralmente, têm um caráter epidemiológico que propõe avaliar a probabilidade de determinado dano indesejado ocorrer. A epidemiologia funcionou como oportuna de entrada para a discussão de risco na saúde, sendo inclusive um conceito central para esta área do conhecimento (MENEGON, 2003).

Baseada nos estudos epidemiológicos e das ciências sociais, Vera Menegon (2003) apresenta o risco tendo como referência três planos: 1) vulnerabilidade individual, que considera o conhecimento do sujeito e a forma como ele se comporta a fim de evitar adoecer; 2) vulnerabilidade programática, que leva em conta o acesso aos serviços e profissionais de saúde; 3) vulnerabilidade social, que avalia o perfil da população atingida por algum agravo de saúde.

Existem diversos métodos para analisar as chances de um fenômeno indesejado ocorrer, como por exemplo, a avaliação do risco absoluto e do risco relativo. O risco absoluto mostra quantos casos da doença aparecem no grupo em um dado período, enquanto que o risco relativo é uma relação da probabilidade do evento danoso ocorrer no grupo exposto, no caso aos hormônios, contra o grupo controle (não exposto).

No recorte abaixo, de um dos vídeos da Bayer, o médico questiona a confiabilidade da avaliação de risco por meio do risco relativo, já que apresentam dados desfavoráveis ao uso de hormônios, devido ao alto risco de tromboembolismo. O médico argumenta que avaliação por meio do risco absoluto seria muito mais confiável, demonstrando assim, o baixo índice de tromboembolismo.

Dr. Rogério Bonassi: Todos nós sabemos que o risco relativo é a pior maneira de se analisar riscos, principalmente em doenças que são raras, como o tromboembolismo. Então nós precisamos transportar isso para o risco absoluto, depois de transportar isso para o risco absoluto ver a metodologia desses estudos e depois que soubermos de as características da metodologia desses estudos comparar com outros estudos que também estão disponíveis. Então vou começar por esse ponto. Qual seria então o impacto desse risco relativo sobre o risco absoluto da doença tromboembólica? Então, se a gente pegar o modelo que *é o modelo muito simples de ver a incidência dessa doença em mulheres ao ano, então não usuárias de anticoncepcional oral combinado em cada 10 mil mulheres 4 casos de trombose ao ano, então 4 a cada dez mil mulheres ao ano, muito baixa incidência. Tomando anticoncepcional, qualquer anticoncepcional 9 casos para cada 10 mil mulheres ao ano.* Se eu colocar esse 9 e fizer uma média mais ou menos dos

sh Medical Journal eu vou ver que vou acrescentar 5 a 6 casos a mais de tromboembolismo em 10 mil mulheres, o que é muito baixo, isso pensando na pior perspectiva, então colocaria ao invés de 9 casos, eu colocaria 15 a 16 casos em dez mil que continua sendo um risco absoluto muito baixo. Existem pelo menos quatro estudos dessa natureza, muito bem alinhados, já com resultados publicados e esses resultados não mostram aumento no risco de tromboembolismo com os anticoncepcionais que contém drospirenona comparados aqueles que contém levonogestrel. No entanto, vale lembrar sempre das questões numéricas que envolvem esse problema, que pro médico é mais fácil de solucionar porque ele conhece a doença, ele sabe da baixa incidência do tromboembolismo, ele sabe que são poucos casos numa população e ele sabe inclusive que o tromboembolismo venoso na gravidez e no pós parto é muito maior do que durante o uso do anticoncepcional, então, tudo isso é colocado pro médico de uma maneira numérica e ele tem que transportar esses conhecimentos, traduzindo esses conhecimentos em segurança para as mulheres. Seria necessário a mudança de prescrição, a mudança do hábito em se prescrever anticoncepcionais? Nós médicos paráramos de utilizar anticoncepcionais mais recentes por causa desses dados? Eu acredito que não, eu acredito que a maioria dos ginecologistas que tratam diretamente desse assunto não vai mudar seu hábito de prescrição envolvendo a avaliação individual das mulheres e é claro que ele vai poder colocar como sempre colocou, esse pequeno risco tromboembólico que pode ocorrer independente da formulação do anticoncepcional combinado que ele escolha para a sua paciente (VÍDEO 05, *grifo nosso*).

No caso descrito, os dados epidemiológicos só seriam úteis para os médicos, que são especialistas e compreenderiam de modo correto as informações das pesquisas. Os pacientes, como leigos no assunto, deveriam confiar ao médico a análise correta dos riscos.

A noção de gestão individualizada de risco ligada ao uso de hormônios é articulada a uma série de fatores que envolve desde a propensão genética até os hábitos dos sujeitos. Os médicos sempre destacam que não é o estrogênio, a progesterona ou a testosterona que provocam câncer de mama, câncer de próstata, tromboembolismo, já que essas substâncias já fazem parte do corpo e produzem benefícios para a saúde.

Os profissionais informam que o problema é a existência de pessoas já susceptíveis a desenvolver determinadas doenças, e o uso de hormônios funcionariam como disparadores, elevando assim os riscos de apresentar uma dada patologia. Os relatos de dois médicos diferente, um falando sobre o risco de câncer de próstata e o outro do câncer de mama exemplificam a lógica da suscetibilidade.

Dr. Aguinaldo Nard: é importante salientar que a reposição de hormônio no homem não causa câncer de próstata, mas ela pode muito bem acelerar o crescimento de um tumor caso o paciente tenha, por isso é importante que o homem antes de tomar o hormônio ou fazer qualquer tipo de tratamento procure o urologista (VÍDEO 34).

Doutor César: Toda intervenção médica, qualquer intervenção médica que vá se propor a um paciente é importante que se contextualize riscos e benefícios. Se você vai propor uma intervenção é porque você imagina em primeira instância que isso vai trazer benefícios aos pacientes, você não vai propor uma intervenção que você julgue que aquilo vai trazer malefícios aos pacientes. No entanto, eu pego um exemplo que é muito ilustrativo, talvez o remédio mais antigo que a gente conheça que é a aspirina, a aspirina é do século XIX e é um remédio fantástico até os dias atuais, é um remédio conhecido, seguro que nós receitamos indistintamente para as pacientes, mas se nós apresentarmos uma aspirina a depender da sensibilidade gástrica que ela tenha ela pode fazer uma hemorragia gástrica, mas isso não acontece com todas as mulheres, quando você coloca riscos e benefícios os benefícios são muito maiores. Essa mesma situação precisa ser analisada quando a terapêutica hormonal. Quando uma mulher tenho sintomas importante: ondas de calor, suores noturnos, perturbações da noite de sono em que não dorme bem em noites em subsequência acumula fadiga, acumula alterações de humor, tendência a irritabilidade, tendência a depressão e tudo isso compondo um cenário muito prejudicial a qualidade de vida (VÍDEO 23).

A lógica é a individualização do risco, conectado ou à sua carga genética ou às escolhas pessoais ou estilo de vida do sujeito. Desse modo, cada um é responsável por controlar a si mesmo, seu futuro e com isso os riscos que possam lhe acometer. Os sujeitos passam a ser os únicos responsáveis pelo próprio destino. A orientação médica ajuda na tomada de decisões, mas se algo der errado o único culpado é o próprio sujeito, que já tinha uma tendência previa a padecer.

A individualização dos riscos é atrelada a adjetivação de determinados sujeitos como *sem risco*, o que evidencia uma estratégia de desresponsabilização, seja dos profissionais da saúde ou do próprio sistema de saúde pública que disponibilizou determinada tecnologia biomédica para população. É traçado assim, um modo específico de controle social e exercício de poder, que também vai envolver técnicas para incitar, orientar, informar e controlar os indivíduos a respeito das chances de ocorrência de acontecimentos indesejáveis (MITJAVILA, 2002, p. 131).

Nesse sentido, não é o poder biomédico ou o Estado que assume a função de gerir os sujeitos, mas justamente o contrário, cada um é convencido de que deve se autogovernar evitando situações e comportamentos de risco. Aquele que é classificado como *sem risco*, deve gerir os seus riscos. Para que isso ocorra é preciso educar e conscientizar as pessoas, dessa forma, cada um aprenderá o que é adequado ou não e como se conduzir. Dessa forma, o risco funciona tanto como um dispositivo de controle dos indivíduos, produzindo modos de subjetivação, bem como um dispositivo de governo da população, com medidas coletivas e externas.

na forma de autocontrole, no qual a pessoa tem o poder de escolha e decisão sobre sua saúde, ãnessa perspectiva, a pessoa *poderia, ou deveria* (imprimindo a força de obrigação), ter controle e responsabilidade pela própria saúdeõ (MENEGON, 2003, p. 21, *grifo nosso*). Porém, o significado de *poderia e deveria* é bem diferente, nota se que o discurso dos médicos, nos vídeos da Bayer, mostra uma maior tendência do saber biomédico imprimir a força de obrigação para os pacientes. Para os profissionais da saúde não é uma opção não cuidar da saúde.

Na cena abaixo o médico mostra-se pouco preocupado com as crescentes e constantes notícias⁶⁰ sobre os riscos de tromboembolismo entre mulheres que fazem uso de anticoncepcionais e as medidas que diferentes países tem tomado para combater este grave problema de saúde.

Entrevistador: Como você tem orientado as suas pacientes que lhe procuram devido as notícias recentemente publicadas na mídia?

Dr. Rogério Bonassi: Olha, felizmente não é o assunto que a mulher está tão preocupada, na verdade parece que as notícias da imprensa ela surte algum efeito que é o efeito transitório. No entanto, a orientação adequada e a segurança que essas mulheres têm diante da orientação médica ela é preponderante sobre qualquer notícia. Então, eu não vejo nenhum problema, eu acho que os dados têm que ser divulgados sim, mas não se pode criar um pavor do uso de qualquer substância seja ela anticoncepcional o qualquer fármaco que exista hoje para utilização médica. No caso das pílulas a mulher identifica alguns benefícios que parecem ser muito mais importantes que os riscos. Embora a gente não tenha estudos sobre esse assunto diretamente falando com as mulheres, mas a impressão que se tem é que as mulheres não dão muita importância do risco tromboembólico, umas sim e outras não (VÍDEO 05).

A supervisão do especialista para tomada de decisões parece prevalecer, pelo menos no discurso dos médicos entrevistados pela Bayer. A livre escolha e autogestão dos sujeitos parece ser um tanto limitada, pois, as informações que os pacientes apresentam dependem, de modo geral, daquilo que o médico decide transmitir

⁶⁰ França: <http://180graus.com/farmacia/medicamentos-proibidos-em-alguns-paises-ainda-sao-vendidos-no-brasil>

Alemanha: <http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/bayer-vai-a-julgamento-na-alemanha-por-anticoncepcionais>

Canadá: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/06/anticoncepcionais-causam-23-mortes-no-canada-apontam-documentos.html>

Aviso de risco pela ANVISA:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6c4ef280497a3c3eb6c8beda875a0177/Informativo+sobre+o+s+riscos+e+benef%C3%ADcios+de+Anticoncepcionais+Orais+Combinados+para+pacientes.pdf?MOD=AJPERES>.

inviésado pelas preferências do próprio profissional da saúde.

No Brasil, por exemplo, as populações menos favorecidas economicamente, tem pouco acesso a informações que se contraponham ao saber biomédico, inclusive porque são justamente as vertentes medicalizantes que são acessíveis por meio das grandes mídias, já que, muitas vezes, estas são patrocinadas pelas indústrias farmacêuticas.

As informações sobre a saúde passam a se articular com a lógica do consumo, o sujeito está eternamente aprendendo sobre os novos produtos disponíveis no mercado. A busca por se aperfeiçoar torna-se contínua, em paralelo a isso, as pessoas passam a testar substâncias diferentes, que prometem trazer melhor qualidade de vida.

Antigamente, intervenções médicas especializadas eram utilizadas a fim de curar patologias, retificar desvios verificados no funcionamento desejável, geralmente reconhecidos, ou para promover estratégias biopolíticas através da modificação do estilo de vida. Agora, os receptores dessas intervenções são consumidores, tendo acesso a escolhas com base em desejos que podem parecer triviais, narcisísticos ou irracionais, modelados não por necessidade médica, mas pela cultura de mercado e de consumo (ROSE, 2013, p.37).

Os riscos e as informações sobre saúde, dentro da dinâmica do consumo, parecem ser ponderadas de formas diferentes. O ideal de constante aperfeiçoamento do sujeito, principalmente na perspectiva da aparência corporal parece se tornar mais importante que os risco de sofrer alguma doença.

Apesar das pesquisas e notícias na mídia indicarem um alto risco de tromboembolismo associado ao uso do anticoncepcional, segundo os médicos, as mulheres parecem pouco se importar com tal informação, entretanto, na maioria dos vídeos que tratavam do uso da pílula, era comum surgir questionamentos sobre a possibilidade de ganhar peso ou não. O trecho abaixo exemplifica tal preocupação.

Cleire: Como é que a pílula afeta o peso?

Dr. Paula: As mulheres estão muito preocupadas com o peso, talvez seja uma das coisas que mais lhe preocupam.

Joy: Isso é um grande boato, sabe. Sempre ouvimos que podemos ganhar uns 4 kg.

Amy: Eu provavelmente vou ganhar peso.

Dr. Paula: Algumas pessoas são sensíveis as pílulas que é também um estimulador de apetite, se você tem esse tipo de sensibilidade, talvez acabe comendo mais. A pílula também pode causar retenção de líquidos que dará a sensação de ganho de peso. Algumas pílulas são melhores para e retenção de

outras, então se você teve problema com uma marca talvez seja melhor cogitar usar outra (VÍDEO 08).

O risco é ponderado pelos sujeitos de diferentes modos, por exemplo, apesar do tromboembolismo provocar um maior dano à saúde, ele parece algo distante ou raro, porém, o ganho de peso, como pode surgir a curto prazo, parece ser motivo de maior preocupação. Os anticoncepcionais, como produto a ser consumido, passam a ser avaliados não só em relação a sua eficácia para prevenir a gravidez, mas para o controle de acne, o ganho de peso, diminuição dos pelos e uma série de possíveis benefícios cosméticos.

Pesar os riscos e os benefícios é uma tarefa difícil para o sujeito, pois as informações passadas são muitas vezes difusas e contraditórias. O saber biomédico tenta transmitir a imagem de objetividade e infalibilidade, porém, o que podemos analisar a partir dos vídeos é que há contradições, jogos de verdades, interesses divergentes, tentativa de controle dos riscos etc.

No caso dos hormônios, a situação parece ser mais complicada, pois eles são indicados muitas vezes não para curar doenças, mas para tratar sintomas, melhorias na aparência corporal ou ainda prevenir um risco futuro. A cena abaixo apresenta o conflito entre discursos diferentes sobre os efeitos da pílula anticoncepcional na fertilidade das mulheres.

Regina Bittar: Eu ouço falar òtomei pílula durante alguns anos, e parei de tomar a pílula e tenho problema de fertilidade.

Doutor José Bento: Isso é um absurdo, eu não sei de onde veio isso, pelo contrário, a pílula protege a fertilidade da mulher, a pílula ela cura a endometriose, eu estou cansado de tratar no consultório a endometriose. Elas acham que por não tomarem pílula estão protegendo a fertilidade delas, não, é uma besteira isso, pelo contrário, o fato delas não tomarem a chance de elas terem endometriose é muito maior e a endometriose é uma doença terrível que debilita a mulher e que muitas vezes ela diagnostica porque ela está querendo engravidar, não consegue e acaba diagnosticando a endometriose. A mulher que toma pílula ela tem mais chances de engravidar do que aquela mulher que não toma pílula. Quando para? Ela deve parar e em dois meses ela já está apta. Em dois meses ela já começa a consumir ácido fólico para proteger o bebê daquelas doenças de má formação do tubo neural e nesses dois meses ela evita ou com uma tabelinha ou com um preservativo para depois poder engravidar (VÍDEO 28).

O médico argumenta que a pílula anticoncepcional além de evitar a gravidez, protege a fertilidade da mulher, apesar do discurso recorrente, como pontua a entrevistadora, é de que a pílula prejudica uma futura gravidez. Mary Jane Spink (2000)

provoca uma série de tensões: 1) tensão entre o gerenciamento coletivo e individual do risco; 2) tensão entre a perspectiva do leigo e do especialista; 3) tensão entre prevenir ou correr risco.

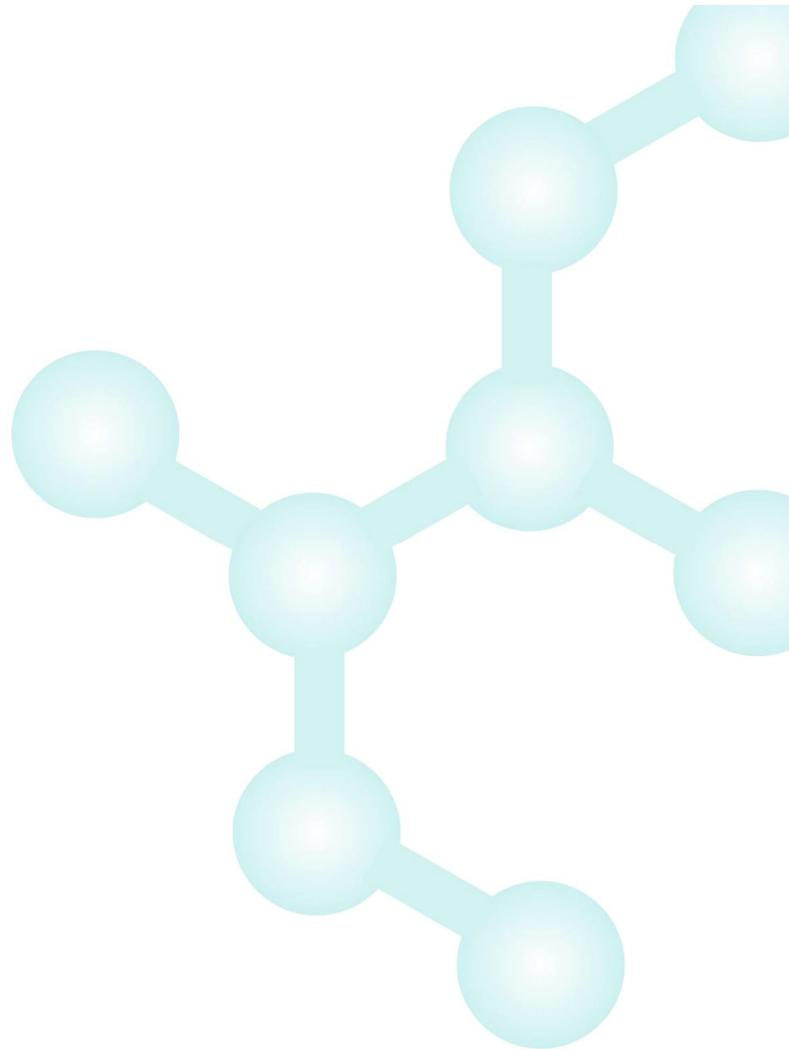
Os hormônios e a noção de risco se entrelaçam produzindo determinados modos de subjetivação que deve se cuidar continuamente, com auxílio das informações passadas pelos especialistas e com a finalidade de controlar problemas futuros.

Deleuze nos oferece linhas de fuga para pensarmos o modo como temos nos relacionado com o tempo dentro da sociedade de controle e de risco, que é a noção de porvir. O porvir é permeado pela incerteza, resiste ao controle e se abre ao que vem. Trocaríamos a probabilidade pelo talvez, rompendo com a lógica da causalidade e com o racionalismo (HILLESHEIM, DA CRUZ, 2008).

Os hormônios se situam de modo ambíguo nesse campo de disputa, pois seriam ao mesmo tempo produtores e protetores de risco. Dessa forma, buscamos tencionar a noção de *risco associado aos hormônios* considerando, por um lado, que os hormônios se configuram como tentativa de controle do futuro, mas também como tecnologia de controle e gestão dos corpos, principalmente os femininos, engendrando uma série de práticas que institucionalizam determinados modos de ser mulher, como discutiremos no próximo Platô.

 **PDF Complete**
*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



PLATÔ IV:

HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO/REGULAÇÃO DE FEMINILIDADES

7. ÷UMA COBRANÇA INFINITAö: REPRODUÇÃO, HORMÔNIOS E OUTROS DISPOSITIVOS DE REGULAÇÃO DOS CORPOS DAS MULHERES

Regina Bittar: Agora eu queria perguntar para Adriana. Adriana, você acha que em especial para as mulheres existe uma pressão para o casamento? Eu estou te perguntando isso porque você está com 31 e o pessoal deve ficar perguntando ÷você não vai casar? Não vai ter filhos? ö Você sente essa pressão da sociedade?

Adriana: Sim, bastante, quando eu vou almoçar na casa da minha avó inclusive ÷e aí quando você vai casarö? Mas é uma coisa que a pergunta é quando você vai casar, mas quando têm outros netos que já são casados a pergunta é ÷e aí quando vão ter filhosö? E com os que já têm filhos ÷e quando vai ser o segundo? ö. Então é sempre uma pressão.

Doutor José Bento: Uma cobrança infinita.

Adriana: Infinita, nunca acaba então eu levo na boa, eu não tenho problema com relação a isso porque não tenho pressa.

Regina Bittar: Doutor José Bento aí a gente entra naquele assunto que eu acabei entrando com a Sílvia que é até quando é o limite para você esperar para ter uma gravidez? Qual é a faixa etária e quais são os riscos de uma gravidez tardia?

Doutor José Bento: primeira coisa, se você for perguntar para natureza ela quer que você engravide com 17, 18 anos de idade, você está no auge da sua fertilidade, do ponto de vista de maturidade, de cabeça da mulher, hoje a gente sabe que a menina de 18, 19 anos ela pode fazer tudo na vida menos engravidar, ela não tem maturidade para isso, então essa maturidade vem com o tempo, então você vê como a Adriana fala, já é uma mulher mais madura. Com 35 anos de idade eu acho que ela está no auge da maturidade, mas a fertilidade está caindo porque a natureza quer que engravide com 18. Então é importante a mulher saber que existe esse limite, ela vai perdendo a fertilidade a partir dos 20 anos e quando chega ao 35 a queda é abrupta, quando chega os 40 é um abismo, então ela deve pensar nisso e procurar ter o seu filho a partir dos 30 até os 35 anos de idade ela tem que estar com a prole constituída. ÷Ah, não vai dar, eu estou com 34, vou fazer MBA, vou fazer doutorado, vou fazer isso, vou fazer aquiloö. Está bom, congela os óvulos porque isso a medicina pode te oferece, pega seus óvulos e deixa guardadinho e quando você estiver com 40, 43 você pega os seus óvulos lá e ainda com 35 anos de idade (VÍDEO 28).

O trecho acima exemplifica como a função reprodutiva da mulher continua como sua atividade primordial e natural, mesmo ou principalmente com a construção de novos aparatos tecnológicos pela medicina. Os hormônios, os óvulos congelados, a fertilização *in vitro*⁶¹ são atuantes importantes na rede que consagra a mulher como a principal responsável pela reprodução e conseqüentemente pelo exercício de cuidado com os filhos.

⁶¹ A fertilização *in vitro* é uma técnica de reprodução assistida na qual a fecundação acontece fora do corpo da mulher e os embriões são posteriormente implantados no útero (MENEGON, 2003).

gumento, iniciaremos este tópico apresentando um

panorama histórico sobre como o domínio da medicina sobre o corpo da mulher se articula com o controle da população, para então discutir as particularidades do controle reprodutivo no Brasil como país emergente. Por fim, debateremos sobre as controvérsias envolvidas no uso de hormônios como contraceptivo que possibilita o agenciamento de controle da mulher sobre sua vida reprodutiva, como também a coloca como a única responsável pela gravidez, utilizaremos a gravidez na adolescência para exemplificar tal jogo.

7.1 O ginecologista tem um lado educativo: saberes sobre o corpo da mulher e a gestão da população

O controle dos corpos de mulheres e homens aconteceu de modos diferentes ao longo da história, sendo estabelecida uma conexão direta entre a compreensão das condições orgânicas, com as relações sociais e o que era e tem sido esperado de homens e mulheres pela sociedade. No caso específico das mulheres esse processo de disciplinarização, atravessado por premissas biomédicas, que encontra no corpo das mulheres marcas que indicam como elas devem agir e se comportar. Tal processo tem um passado mais longo e intenso se comparado aos homens.

Podemos perceber essa diferenciação ao analisarmos o número de vídeos produzidos pela Bayer, que possui uma diversidade de materiais voltados para o público feminino, tendo inclusive um canal específico no Youtube só para a saúde da mulher, Expressão Feminino. Por outro lado, os vídeos que falam especificamente sobre a saúde dos homens se restringem a três no total, sendo que estes estão disponibilizados no canal da Bayer Brasil, no qual dividem espaço com propagandas de analgésico e remédios para resfriado.

O controle do corpo da mulher implicou na produção de modos de subjetivação que garantem uma sexualidade socialmente útil e pautada em uma moral conservadora. Segundo Foucault (2009), o corpo da mulher histórica foi um objeto privilegiado no dispositivo da sexualidade, havendo uma hiperprodução de conhecimento sobre este e estabelecendo um novo regime de saber e poder. Se continuarmos com Foucault, entendemos que o controle do corpo possibilita o controle

le do corpo da mulher permite o controle das taxas de natalidade da população.

As estratégias de saber e poder biomédicos encontraram na mulher um objeto importante para reprodução qualificada da força de trabalho, controle do crescimento demográfico e asseguramento da manutenção das relações sociais baseadas no binarismo de sexo. A reprodução humana foi um dos pontos centrais para que olhar biomédico repousasse sobre o corpo da mulher, pois se relacionava particularmente com a sua condição orgânica (VIEIRA, 1999).

O controle sobre o corpo da mulher só foi possível devido a ideia de que existe uma natureza feminina, que é baseada em sua condição orgânica. A biologia irá permitir a produção de uma série de saberes sobre como as mulheres ãfuncionamö. A gestação, a concepção e a amamentação têm funcionado como alicerce para defender que existe uma natureza feminina e com isso sustentar e legitimar o lugar que a mulher ocupa na sociedade. O determinismo biológico passa a justifica a dinâmica social (VIEIRA, 1999).

Há, dessa forma, uma naturalização e essencialização do lugar da mulher na sociedade, que deveria ficar restrito ao âmbito doméstico, dedicada aos cuidados da casa e dos filhos. A biologia possibilita que a divisão sexual do trabalho seja concebida como fixa, natural, imutável, eterna, a-histórica e aquilo que era da ordem das relações sociais, passa a ser algo determinado pelo plano da natureza. O saber biomédico utilizou a eficiente estratégia da naturalização da condição feminina e com isso possibilitou que esta perspectiva ganhasse o *status* de verdade.

O potencial biológico da mulher de gerar filhos restringiu ainda mais aquilo que seria a natureza feminina, a essência feminina seria, então, o próprio instinto maternal. A natureza teria dado às mulheres não só a capacidade de procriar, mas também de cuidar da prole e isso definiria também o seu modo de pensar e agir. A naturalização, neste sentido, não é só do ãcorpo biológicoö, mas também das condutas que seriam próprias das mulheres como a delicadeza, a habilidade para realizar as atividades domésticas, ser emotiva, cuidadosa, gentil etc.

A biologia que justificava o instinto materno delineava inclusive o modo como as mulheres deveria se sentir em relação ao exercício da maternidade, sendo dedicada e carinhosa com os filhos e demais membros da família, portanto, não deveria se desviar de tais funções de cuidado, deixando para o homem os trabalhos intelectuais

ial e fora do lar eram percebidos como desperdício de energia, que produziria efeitos danosos não só para a família como para sociedade em geral, com o desenvolvimento de casos de tuberculose, prostituição, marginalidade, abandono de crianças etc. (MATOS, 2003).

Coube ao saber biomédico esquadrihar o corpo feminino para encontrar nele traços que justificassem a manutenção dos padrões de gênero vigentes. Elisabeth Vieira (1999) discute que o corpo da mulher não se tornou somente objeto do saber biomédico, mas tal saber ficou restrito aos homens. Segundo a autora, dentre milhares de pessoas executadas entre 1563 e 1727, cerca de 70 a 90% eram mulheres, que exerciam muitas vezes a função de curandeira e parteira. Dessa forma, as mulheres foram excluídas do processo de construção de saberes a respeito do seu próprio corpo.

O saber biomédico ao capturar o exercício da maternidade instituiu determinados padrões de conduta, o conhecimento que antes era transmitido entre mulheres, torna-se propriedade médica. As parteiras que até então detinham uma série de saberes sobre a saúde e a mulher eram uma ameaça ao saber biomédico que estava se estruturando. Apesar da caça às bruxas não ter acabado por completo com as parteiras e curandeiras possibilitou que tais saberes fossem deslegitimados e que suas práticas passassem a serem vistas como obscuras e charlatãs.

O saber passou a ficar restrito às Universidades a partir do Renascimento e com isso adquiriu legitimidade e *status* de verdade. Coube, então, aos homens, ricos e brancos, monopolizar os saberes sobre a mulher, já que o ensino universitário ficou restrito a eles durante muitos séculos. No Brasil, o acesso das mulheres ao ensino médico só começou a ser possível a partir de 1889 (VIEIRA, 1999).

O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que por meio do poder médico poderá exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de ser essa profissão, e em particular essa especialidade, eminentemente masculina em nossa sociedade (VIEIRA, 1999, p. 52).

A gravidez, o parto, o aleitamento e a puericultura são capturados pelo desenvolvimento de tecnologias biomédicas, com procedimentos cirúrgicos e uso de fármacos. As parteiras saem de cena a partir do século XVII com o advento da obstetrícia, enquanto que a ginecologia e a construção de maternidades tornam-se cada vez mais presentes no cotidiano no início do século XIX (ROHDEN, 2001). O instinto

rede de medicalização da reprodução e do processo

de higienização da sociedade.

O corpo da mulher só entrou na lógica médica, devido a sua capacidade de reprodução, porém todo o ciclo de vida da mulher é capturado pelo saber biomédico e resumido a procriação. Da infância à velhice a mulher é acompanhada pelo médico que busca garantir a fertilidade deste corpo. No trecho abaixo podemos ver que essa lógica do corpo feminino como propriedade médica continua a existir e que tal processo se inicia antes mesmo da primeira menstruação da menina.

Dra. Cristina Guazzelli: A consulta ao ginecologista, ela deve ser feita de preferência até antes que essa menina menstrue, por volta dos 7 a 8 anos de idade quando se começam a aparecer alguns sinais como o botão mamário, a presença de alguns pelos. É interessante que ela vá ao ginecologista para ela ser orientada principalmente em relação a higiene, aos cuidados pessoais.

Regina Bittar: Porque justamente nessa idade a menina está se descobrindo, ela começa a mexer no órgão e tem que ter essa parte higiênica.

Dra. Cristina Guazzelli: Porque é uma faixa etária em que a mãe já não deve ficar mais tão ligada a higiene, ao banho da menina.

Regina Bittar: E ela sim?

Dra. Cristina Guazzelli: Ela deve fazer sua higiene sozinha, então é interessante que ela procure um ginecologista. As pessoas imaginam que só devem ir ao ginecologista quando iniciam a vida sexual e não é só isso, o ginecologista tem um lado educativo muito mais amplo do que só a vida sexual, então a menina mesmo não tendo iniciado a vida sexual ela deve sim ir ao ginecologista.

Regina Bittar: Nas meninas com a primeira menstruação é ideal que se comece, mas com os meninos também, né? Conversar com eles para que eles tenham uma responsabilidade.

Dra. Cristina Guazzelli: A gente não pode esquecer do menino, a gente fica muito preocupada com a saúde só da mulher, mas a gente tem que se preocupar também com a saúde do adolescente, do menino também (VÍDEO 12).

Desde a infância a menina precisa ser acompanhada pelo médico para cuidar do corpo de forma que garanta a sua fertilidade no futuro. Os meninos são esquecidos na fala da médica, até que a apresentadora lembra que eles também precisam de acompanhamento, mas no caso é para ter orientações sobre responsabilidade e só a partir da adolescência. Diferente dos homens, a saúde da mulher envolve todo o seu ciclo de vida que é pensado dentro da lógica da pré-reprodução, reprodução e pós-reprodução. A menstruação, a fertilização, a gravidez, o parto, o aleitamento, climatério etc. tornaram-se objeto de investigação e intervenção do saber e poder biomédico (VIEIRA, 1999).

mulher foi a única responsável pelo processo reprodutivo ou o interrompimento deste. Em diferentes culturas e tempos históricos pesquisadores mostram que o aborto e infanticídio eram admitidos e tinham amparo coletivo, não sendo crimes passíveis de punição. Tais práticas em algumas culturas eram associadas a coragem materna, que impediam que os seres indesejados fossem condenados à vida (MATOS, 2003).

O aborto, o infanticídio e o abandono de crianças foram práticas comuns durante a Antiguidade e na Idade Média. Enquanto que até a Antiguidade era o pai quem decidia se aceitaria ou não a criança, com a Idade Média tal função passou para a mãe, e com isso, ela poderia ser inquirida e condenada pela Igreja como pecadora.

Na modernidade, há uma mudança no modo de perceber o aborto, infanticídio e abandono de crianças, pois passaram a ser associados às mulheres pobres e não mais como uma decisão coletiva, do homem, ou do casal. A mulher passou a ser a principal responsável pelo planejamento reprodutivo e com isto o uso de métodos contraceptivos como o coito interrompido, as duchas de água, as esponjas umedecidas com desinfetantes e colocadas no fundo da vagina, as camisinhas de tripa e de borracha e tabelas de controle (MATOS, 2003, p.113). Antes mesmo das pílulas anticoncepcionais e da laqueadura as mulheres tornaram-se as principais responsáveis pelo controle da natalidade.

A questão demográfica tornou-se um problema para ginecologia e obstetrícia, possibilitando a apropriação do saber e poder biomédico sobre o corpo da mulher. A demografia que antes ficava restrita ao discurso político do perigo do crescimento populacional pôde solucionar tal problema com castrações cirúrgicas das mulheres e distribuição de hormônios com função contraceptiva. A administração da reprodução humana passa a ser exercida pelo domínio técnico e científico.

A medicina se harmonizou com uma série de técnicas para controlar o corpo da mulher e com isso mudou as estratégias de controle populacional. A fim de melhor administrar os processos relacionados com a reprodução, o saber biomédico trata de individualizar os cuidados com a mulher a partir do estabelecimento de normas e regulações. Dessa forma, a gravidez funcionava como o sinal de que a mulher teve algum comportamento inapropriado, seja pela perda da virgindade antes do casamento ou por ter relações extraconjugais.

mulher burgueses tornaram-se o padrão a ser seguido, a partir do século XVIII, e com isso a sexualidade e o corpo da mulher passaram a ser cada vez mais controlado. A urbanização e a emergência do modelo burguês como o estilo de vida tornam a mulher alvo de investigação, sendo cada vez mais controlados os casos extraconjugais, a virgindade, práticas contraceptivas, práticas abortivas, infanticidas e de abandono de crianças.

A burguesia utilizou a saúde da mulher como estratégia para a autoafirmação como classe dominante, que deveria buscar saúde e longevidade dos seus descendentes (FOUCAULT, 2009). A maternidade e o instinto materno também tornaram mais fácil associar a mulher à natureza e com isso, a ideia de um ser menos desenvolvido e incapaz de lidar com as questões racionais. A maternidade tornou-se a principal função da mulher na sociedade.

Foi nesse período que as mulheres burguesas passaram a ter seu espaço restrito ao âmbito doméstico, sendo responsável pelo cuidado da família e do lar. A naturalização do espaço da mulher como sendo primordialmente o âmbito doméstico e sua propensão ao papel de cuidadora dos filhos, do marido e da casa permanece no discurso médico na atualidade, como podemos ver do recorte abaixo.

Regina Bittar: a mulher tem uma vida mais sedentária que o homem?

Doutor Jose Bento: a mulher tem uma atenção maior quanto a sua saúde, então ela procura ficar mais ativa, mesmo porque em questão de tempo ela consegue administrar melhor e as empresas sabem disso tanto é que as empresas estão contratando mais mulheres em cargos de chefia porque sabe que a mulher sabe administrar a casa, a mãe, o filho, o marido, então ela consegue fazer todas essas e ela consegue fazer essa administração e é isso que ela faz numa indústria, por exemplo numa empresa, então ela sabe administrar a sua saúde, o seu tempo, então ela procura fazer mais atividade física, mas basicamente o que ela deve fazer é um exame clínico e pelo menos uma vez por ano ir ao ginecologista e aí o ginecologista vai orientar de acordo com a idade que tipo de exame ela irá fazer (VÍDEO 31).

O discurso do médico que parece ter a intenção de elogiar as capacidades da mulher, só repete a lógica médica do século XVIII, de forma repaginada, pois agora caberia a mulher não só o cuidado do lar, como também prover a casa financeiramente, atividade restrita aos homens anteriormente.

Porém, segundo o saber biomédico do século XVIII cabe aos homens o domínio do espaço público, direito a propriedade e herança, competição, racionalidade e força. A hereditariedade e a garantia da paternidade para a transmissão da propriedade

ram das mulheres um alto preço: a fidelidade e o casamento como forma legítima de expressão de sua sexualidade, a dedicação à maternidade (PEDRO, 2003, p.160).

Quando as mulheres passaram a se organizar pela igualdade de direitos sociais, foram orientadas pelo saber biomédico a restringir sua agenda pela luta de direitos morais iguais, como exigir dos homens a virgindade antes do casamento e a fidelidade após, para que o modelo da família nuclear e casal heterossexual e monogâmico fosse preservado (MATOS, 2003). A virgindade representaria a pureza de sangue, a perpetuação do nome e da propriedade familiar, garantiria também a saúde da prole e manteria os sujeitos distante das doenças venéreas.

O discurso médico desqualificava as mulheres que não desejassem ser mães, o aborto tornou-se uma prática clandestina e foi lançada a campanha de maternidade consciente. As campanhas para o controle da natalidade eram condenadas pela Igreja, além de não serem unânimes entre os médicos, pois alguns consideravam as técnicas contraceptivas antinaturais e poderiam levar a degeneração da saúde física e mental, como o aumento dos impulsos lascivos, esterilidade e perda de memória (MATOS, 2003).

Entretanto, a partir do século XIX e XX houve um estreitamento entre o controle do corpo da mulher, a ideia de instinto maternal, controle populacional, uso de métodos contraceptivos e política eugênica. A ideia do economista Thomas Malthus inspirou diversas ações de controle populacional a partir do século XIX, nos Estados Unidos e na Europa. As políticas demográficas eram baseadas na teoria de que os pobres tinham muitos filhos e por isso seriam culpados pela própria situação de miséria, então, para melhorar a situação da população de modo geral era necessário gerir a reprodução humana, principalmente entre os pobres.

As regras sobre procriação eram diferentes para os casais saudáveis e ricos e para os casais pobres e com alguma doença. Enquanto aqueles que tinham dinheiro eram incentivados a terem filhos, os mais pobres deveriam fazer uso dos métodos contraceptivos. A maternidade consciente foi defendida por médicos que estavam vinculados ao eugenismo social, que acreditavam que com a divulgação e incentivo do uso de métodos contraceptivos haveria uma diminuição da miséria e os casais só teriam a quantidade de filhos que pudessem sustentar (PEDRO, 2003).

ta-se central para o controle populacional, pois esta ofereceria maior eficácia e bem-estar se comparado a um viés humanizado de planejamento reprodutivo que priorizasse a educação, divulgação de informação e possibilidade de escolha. Desde a Antiguidade diferentes métodos contraceptivos são conhecidos pela humanidade, porém, só a partir do século XX, as técnicas de contracepção passaram a se concentrar no corpo das mulheres. A saúde e os direitos das mulheres são considerados secundários e dispensáveis comparados aos riscos da explosão demográfica.

7.2 Pare de tomar a pílula, porque ela não deixa o nosso filho nascer: hormônios agenciando políticas eugênicas

Desde o século XIX, a ideia do perigo da superpopulação começou a ser divulgado, todavia é na durante a Guerra Fria que as mulheres do terceiro mundo, em idade fértil tornam-se objetos centrais para o controle demográfico. As mulheres, mesmo as casadas, deveriam ter suas vidas reprodutivas governadas a fim de manter o equilíbrio populacional. Mesmo que algumas técnicas médicas, como os anticoncepcionais com alta taxa de hormônios da década de 1960, não garantissem a integridade, saúde e segurança das mulheres eram indicados pelos médicos, pois a procriação desordenada deveria ser combatida a qualquer custo.

Na década de 1960, o controle da natalidade, como política eugênica de Governo para diminuição da pobreza, ganha novas configurações devido ao investimento maciço em pesquisa e produção de tecnologias voltadas para contracepção. Tanto o uso de pílulas anticoncepcionais, como a esterilização cirúrgica passaram a se popularizar, não só com o objetivo eugênico, mas também como solução para o controle do crescimento da população, sendo realizada de modo voluntário a partir da orientação médica e custeada pelo Estado (PEDRO, 2003).

As mulheres, que antes tinham sua vida sexual vigiada devido à virgindade e o risco dos casos extraconjugais, passam a ser cobradas também pela vida reprodutiva do casal. Devido ao risco da superpopulação o corpo feminino é percebido como perigoso e procriador. Após a Revolução Cubana de 1959 a América Latina torna-se alvo do controle populacional pelo governo Norte Americano e Europeu, pois este território era considerado propício para o crescimento do comunismo. O entendimento

a população latino-americana, e sua consequente pobreza, seria um forte aliado da revolução comunista (PEDRO, 2003, p. 170).

A ameaça política do comunismo se converteu em grupos de ajuda na América Latina para combater a explosão demográfica. O modelo de combate ao crescimento populacional nascido na Europa e Estados Unidos no século XIX voltado para a população pobre destes territórios, foi atualizada para agir nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento durante o século XX.

Segundo Joana Pedro (2003), ainda na década de 1960 as notícias veiculadas na mídia alertavam que nos anos 2000 o mundo teria 8 bilhões de pessoas, sendo 70% afro-asiáticas, porém, segundo a ONU (2016) a população mundial, atualmente, marca aproximadamente 7 bilhões de pessoas.

Nesse mesmo período, eram divulgados os primeiros testes com contraceptivos hormonais em mulheres do Haiti e Porto Rico. Os pesquisadores afirmavam que o medicamento era muito recente para que pudessem assegurar qualquer promessa de eficácia, que ainda era muito caro e que se registraram, nas mulheres que o experimentaram, queixas de efeitos secundários desagradáveis como náusea, dor de cabeça e tonturas (PEDRO, 2003, p. 249). Porém, tais efeitos colaterais e a incerteza da eficácia dos anticoncepcionais eram insignificantes comparados ao risco do crescimento populacional.

As mulheres dos países subdesenvolvidos serviram de cobaias para os experimentos com as pílulas hormonais. A pesquisadora Joana Pedro (2003) afirma que ao conversar com mulheres que passaram pelo período reprodutivo nesse momento histórico elas narravam suas experiências com os anticoncepcionais como um desconforto contínuo por causa dos enjoos e problemas de circulação sanguínea, junto com uma série de outras dificuldades de saúde, mas que a preocupação com a bomba demográfica as impediam de parar o uso destas substâncias.

Os anos 1960 trouxeram a maior difusão e comercialização das pílulas anticoncepcionais, que deveriam ser administradas também pelas mulheres casadas. Os filhos ilegítimos advindos do casamento agora, também já não eram mais bem-vindos, o número de gestações deveria ser regulado. As mulheres casadas passaram a também serem responsáveis pelo controle da natalidade, sob o risco da superpopulação.

yer exemplifica o ordenamento provocado pelas pílulas anticoncepcionais nos relacionamentos conjugais das mulheres que estavam no seu assim chamado período fértil, desde a segunda metade do século XX

Regina: Não, nenhuma das minhas gestações foram planejadas.

Regina Bittar: Nenhuma delas? Mas você usava algum método contraceptivo?

Regina: Olha, a princípio eu fazia tabelinha. Aí eu passei a usar anticoncepcional.

Regina Bittar: A tabelinha é um perigo.

Doutora: A tabelinha é um método que tem uma taxa de falha alta e na presença hoje de tantos métodos eficazes ela acabou hoje sendo abandonada, mas enfim, cada caso é um caso e tem mulheres que realmente só sobra esse método comportamental, mas é muito pouco usado.

Regina: Então, e depois com o tempo o meu marido resolveu usar camisinha.

Regina Bittar: Porque ele tinha medo?

Regina: Também, no terceiro filho ele quase teve um.

Doutora: Para mim chega de tabelinha.

Regina: É, não quis mais tabelinha.

Regina Bittar: Você acha que isso faz diferença você planejar sua vida, você fala com as suas filhas sobre isso?

Regina: Eu vou falar uma coisa, a minha filha mais velha é completamente planejada na vida dela, então hoje ele tem 26 anos e ela tem a casa dela, ela tem o emprego dela, ela tem a vida dela muito bem planejada, tanto que ela só quer ter filhos após os 30 anos, ela quer se manter, se formar em tudo, ter uma base mais sólida para ela poder depois pensar em ter um filho. Porque realmente, né, filho é uma coisa séria, então eu acredito que a gente tenha que ter uma estrutura lá atrás para poder assumir um filho lá na frente (VÍDEO 18).

Nesse primeiro caso, a mulher estava casada, mas mesmo assim precisava exercer o controle sobre a sua vida reprodutiva, inicialmente com o uso da tabelinha, porém, após o terceiro filho decide tomar anticoncepcional e o marido usar camisinha sob o risco de ter mais filhos não planejados. A convidada inclusive diz que o contraceptivo possibilitou a filha mais velha a planejar melhor a própria vida.

No próximo exemplo a convidada também é mais velha, porém fez uso do contraceptivo desde o início da sua vida reprodutiva:

Regina Bittar: A oportunidade de planejar a maternidade é realmente um avanço no mundo feminino. Mas a gente vai falar do uso da pílula como uma terapia para a TPM e uma série de outras coisas sem ser o uso anticoncepcional. Mas eu queria perguntar também antes de a gente finalizar esse bloco. Eu queria perguntar para você Zilda, você está com 50 anos, você sentiu a diferença da conquista da mulher através da descoberta da pílula?

Zilda: Total. A pílula me acompanhou desde que eu comecei a minha vida sexual até eu ter a minha primeira filha e operar depois de ter a segunda, então a pílula me acompanhou até os meus 38 anos, que eu tive a minha filha com 38 anos e para mim foi um marco porque eu pude fazer o que eu quis, eu

Se programei na minha carreira, eu me programei para casar e ter filhos e foi graças a pílula porque senão eu teria que ficar naquela neura de tabelinha e tem coisas que nunca dá certo.

Regina Bittar: Então você já é de uma geração que faz parte do início da pílula e você utilizou a pílula para se planejar e você queria engravidar e tomou a vida inteira?

Zilda: Claro, a vida inteira até não precisar mais.

Regina Bittar: Então você acha que isso faz uma diferença total?

Zilda: Sim, sim. Quando eu comecei a tomar pílula tinha o problema de muito hormônio e eu me adequava, então hoje eu acho que está muito melhor. Eu aconselho que usem (VÍDEO 30).

Apesar dos efeitos adversos provocados pela pílula, que possuía alta taxa de hormônio, a mulher continua utilizando tal método, a fim de planejar melhor o futuro e regular a quantidade de filhos que gostaria de ter. Apesar de outros métodos contraceptivos já existirem, como o preservativo, ele si quer é mencionado neste caso.

Podemos perceber que apesar da maternidade ter deixado de ser um destino certo e inquestionável, para as mulheres, com a propagação de métodos contraceptivos, o corpo das mulheres continuam sendo alvo de preocupação, que muitas vezes só se encerra com o uso de técnicas definitivas como a laqueadura e histerectomia. Nesse período a Teoria Malthusiana tinha sido reformulada, porém, o terror da bomba demográfica, continuava a rondar o corpo feminino que precisava ser controlado, pois o crescimento populacional do Brasil poderia favorecer um levante comunista (PEDRO, 2003).

No Brasil as pílulas anticoncepcionais passaram a ser comercializadas em 1962, mas com uma série de dúvidas e suspeitas. Segundo Joana Pedro (2003), a revista Realidade Nº10, foi apreendida pela censura em 1967, por trazer como título ãA mulher brasileira, hojeö e apresentar uma série de informações sobre o uso da pílula. Nesse mesmo número uma pesquisa informava que ã87% das mulheres consideravam importante evitar filhos, 46% adotavam alguma forma de contracepção e 19% delas já utilizavam as pílulasö (p.172).

A pílula anticoncepcional ganhou cada vez mais espaço na mídia justamente por provocar polêmicas, dúvidas e críticas sobre o seu uso. A ditadura não apenas censurou a revista Realidade por falar da pílula, como também, no auge do governo Médici, proibiu a música do cantor ãbregaö goiano, Odair José, em 1973, que tinha

ue ficou popularmente conhecida como "Pare de

tomar a pílula"⁶²:

Já nem sei há quanto tempo
Nossa vida é uma vida só
E nada mais

Nossos dias vão passando
E você sempre deixando
Tudo pra depois

Todo dia a gente ama
Mais você não quer deixar nascer
O fruto desse amor

Não entende que é preciso
Ter alguém em nossa vida
Seja como for

Você diz que me adora
Que tudo nessa vida sou eu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu

Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Porque ela não deixa o nosso filho nascer

Você diz que me adora
Que tudo nessa vida sou eu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu

Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Porque ela não deixa o nosso filho nascer

A ditadura argumentava que a música de Odair José ia contra a moral e os bons costumes, além de se contrapor a política governamental de controle da natalidade. Financiado pelo Banco Mundial. O governo militar contava com um programa de

⁶² Odair José é apontado pela jornalista Ana Paula Sousa (2014) como um dos cantores mais censurados no período da ditadura, além de ser um dos maiores sucessos populares da época. Quando foi proibida pela justificativa de desobediência civil, a música "Uma vida só" estava entre as mais tocadas no rádio, tendo um sucesso estrondoso assim que foi lançada. A música não poderia mais ser tocada em qualquer meio de comunicação, alto-falantes, casas de espetáculo, os discos foram abruptamente retirados de circulação e o compositor foi orientado pela gravadora a ficar um ano na Inglaterra.

voltado principalmente para as regiões Norte e Nordeste do Brasil⁶³.

Coordenada pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (Bemfam) a campanha não só distribuía anticoncepcionais, como também dispositivos intrauterinos (DIU) e cartazes eram fixados nos espaços públicos. Tome a pílula com muito amor⁶⁴. Os militares alegavam que o uso de anticoncepcional por mulheres pobres ajudaria a melhorar a vida no país, pois levaria ao fim da pobreza (PEDRO, 2003). A Igreja, apesar de contrária ao uso da pílula, também se opôs à canção, pois esta divulgava o uso de anticoncepcional para população, além de tratar a sexualidade de forma muito explícita.

A Bayer estava entre as empresas que começaram a comercializar a pílula anticoncepcional durante a ditadura, após aprovação regulatória, ainda em 1960. Em seu site voltado para o planejamento famílias a empresa afirma que são mais de cinquenta anos bem-sucedidos trabalhando neste setor e comercializando a pílula, sendo até hoje a líder global de mercado no campo de contracepção hormonal. A Bayer oferece em mais de 100 países uma ampla série de métodos de planejamento reprodutivo que segundo ela são reconhecidos no mercado pela experiência e tradição.

A Bayer se apoia na Lei do Planejamento Familiar brasileiro para legitimar a importância da prevenção da gravidez não planejada, ademais usa dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde salientando que mais de 120 milhões de mulheres em todo o mundo desejam evitar a gravidez. O Brasil publicou em 2007 a Política Nacional de Planejamento Familiar que prevê a distribuição de preservativos, venda de anticoncepcional, educação sexual e ações na área da saúde reprodutiva.

O principal foco das ações de planejamento reprodutivo é a população empobrecida, neste sentido, a pílula se articula com a desigualdade econômica, com interesses políticos, com práticas eugênicas, com a geopolítica, questões territoriais, problemas de gênero. A pílula não funciona somente como um método de controle da reprodução, mas principalmente como um método de produção e purificação da raça

⁶³ No Brasil, a intensificação do controle demográfico, durante a Guerra Fria, foi mais intensa sobre a população negra empobrecida e na região Nordeste do país. A falta de opção para acessar métodos contraceptivos, provocou uma crescente esterilização de mulheres de baixa renda no Brasil, que a partir da década de 1980 passou a ser investigada por pesquisadores e ativistas sociais. A laqueadura indicada pelos médicos foi alvo de questionamentos pelo Movimento Negro que denunciava uma motivação racista na indicação deste procedimento de forma maciça para mulheres pobres (PEDRO, 2003).

⁶⁴ <http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/o-amor-e-o-poder>

em uma rede heterogênea de atuantes os hormônios produzem diferentes efeitos, que são muitas vezes controversos, pois o anticoncepcional é ao mesmo tempo a possibilidade da mulher controlar sua reprodução como também um instrumento para práticas eugênicas e controle de natalidade.

7.3 Como foi que aconteceu, você não conhecia sobre a pílula?o: culpabilização da mulher pela reprodução

A forma como as pessoas exercem sua sexualidade não é uma questão apenas do âmbito privado, mas um interesse do Estado. Por meio de diferentes estratégias, que inclui o incentivo ao uso de hormônios, há uma tentativa de controle dos corpos e das taxas de natalidade. No Brasil o Governo realiza uma série de pesquisas a fim de produzir conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos, bem como das práticas sexuais da população como o objetivo de planejar ações futuras e desenvolver políticas públicas.

O Ministério da Saúde começou a distribuir métodos contraceptivos só na década de 1980 com a implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher⁶⁵ (PAISM), antes disso os materiais distribuídos provinham de doações de outras organizações, inclusive internacionais, como vimos no tópico anterior. Atualmente o Ministério da Saúde realiza a distribuição de dois tipos de kits contraceptivos para atenção primária: 1) o básico contendo a pílula de base hormonal e preservativo masculino; 2) kit complementar, com o Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e anticoncepcional injetável trimestral. Em 2002 passa distribuir também a pílula anticoncepcional de emergência no sistema público de saúde (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (2013) a fim de traçar o perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos, no Brasil, realizou, em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Tais pesquisas acontecem a cada dez anos e a primeira foi realizada em 1986, a segunda em

⁶⁵ Em 1997 houve a descentralização do financiamento da assistência farmacêutica básica e passou a ser função dos estados e municípios decidirem quais fármacos estariam na sua lista básica, com isso os anticoncepcionais tiveram a sua distribuição gratuita interrompida por não figurarem em tais listas (BRASIL, 2005). Com o objetivo de ampliar a oferta de contraceptivos, o Ministério da Saúde, em 2000, retoma a compra destes materiais a partir do nível federal com distribuição direta para o governo estadual, porém após auditoria em 2001 foi verificado que as condições armazenamento e distribuição para os municípios eram inadequados.

servem tanto para verificar as mudanças ocorridas na população durante os últimos 10 anos, comparar com os índices de outros países, bem como planejar ações e políticas públicas.

A PNDS-2006 constatou que as mulheres estão iniciando a atividade sexual cada vez mais cedo, sendo 33% das mulheres com menos de 15 anos já haviam tido reações sexuais, sendo que apenas 66% das jovens com a vida sexualmente ativa entre 15 e 19 anos haviam feito uso de algum método contraceptivo, sendo o preservativo (33%) e contraceptivos hormonais (33%) os métodos utilizados. A pílula do dia seguinte foi utilizada por 23,3% das mulheres sexualmente ativas que não apresentam relacionamento estável e apenas 5% destas fizeram uso do preservativo feminino.

Apesar de haver um incentivo ou até mesmo uma cobrança para que as mulheres desde a juventude iniciem o uso de métodos contraceptivos, essa pesquisa e alguns relatos de mulheres nos vídeos da Bayer mostram que tal uso não é tão comum. As mulheres parecem resistir a esse controle dos seus corpos, porém tal posicionamento parece mudar quando acontece a gravidez não planejada, como no relato abaixo.

Regina Bittar: Agora eu vou te perguntar uma coisa que eu esqueci. Que tipo de mulher procura você para fazer uma consulta de planejamento familiar, adolescentes te procuram pensando nisso?

Doutora Teresa: Não, normalmente não, normalmente são mulheres adultas, jovens que nos procuram para a orientação anticoncepcional.

Regina Bittar: Eu estou perguntando isso porque a gente tem aqui a Gabriela e a Regina que não planejaram e tiveram filhos. Você com 17, né Regina?

Gabriela como foi que aconteceu, você não conhecia sobre pílula? Conta a sua história.

Gabriela: Eu conhecia tudo, todos os métodos possíveis, foi uma eventualidade mesmo, acabou acontecendo.

Regina Bittar: Porque sua geração tem acesso a tudo.

Gabriela: Tem totalmente, na escola, meus pais sempre conversaram comigo. Foi um acaso mesmo, acabou acontecendo, foi muito sem querer assim.

Regina Bittar: Você começou a sua vida sexual com qual idade?

Gabriela: Com 16 anos.

Regina Bittar: E aí engravidou com 18?

Gabriela: 18.

Regina Bittar: Mas nesse período entre 16 e 18 você usou algum método anticoncepcional?

Gabriela: Sim, nesse tempo sim e daí acabou ocorrendo nesse período assim.

Regina Bittar: Você parou?

Gabriela: É, e sempre usei pílula, injeção, camisinha.

Regina Bittar: Você achou que não ia acontecer?

Gabriela: É, eu achei que não ia acontecer, a gente tem essa ilusão de que comigo não acontece, mas acontece.

Regina Bittar: E como foi para você contar para os seus pais? Como foi a sua vida social? Você se casou?

Gabriela: Não me casei. A princípio eu fiquei com medo de falar, mas foi muito tranquilo, os meus pais aceitaram muito tranquilamente.

... a nova geração, né gente está tudo bem, está tudo ok.

Gabriela: Sim, mas o problema de aceitação foi mais meu mesmo e o medo do resto do mundo, com os meus pais foi fácil e eu acabei.

Regina Bittar: Dos seus pais você teve apoio. Do parceiro também?

Gabriela: Também, totalmente dele.

Regina Bittar: Mas você não se casou, optou por isso?

Gabriela: Optei por isso (VÍDEO 20).

Em tom de confissão a convidada revela que apesar de ter conhecimento e acesso a diferentes métodos contraceptivos não os utilizou, ou fez uso de forma esporádica. O anticoncepcional oferece à mulher a oportunidade de escolher, quando engravidar, mas tal escolha deve ser realizada de acordo com os padrões estabelecidos. A médica no início do diálogo destaca que o planejamento reprodutivo é direcionado para mulheres adultas, enquanto a contracepção é para as adolescentes. Modos de subjetivação são produzidos nestas articulações, que estabelecem quem, quando e como se pode engravidar.

As relações conjugais também forjar determinados modos de viver, funcionando como parâmetro para a escolha, ou não, do uso de métodos contraceptivos. A PNDS-2006 afirma que entre as mulheres em relacionamento estável 80% fazem uso de métodos contraceptivos, sendo 29% esterilizadas, 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% usam métodos tradicionais, como tabelinha e coito interrompido. Apesar do alto número de mulheres esterilizadas, houve uma diminuição do percentual se comparado à pesquisa de 1996, que constatou a esterilização cirúrgica de 40% das mulheres.

Abaixo segue tabela da PNDS-2006 que apresenta o perfil de uso de métodos contraceptivos entre mulheres em união estável ou não.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

**e todas as mulheres, mulheres atualmente unidas
e mulheres não unidas sexualmente ativas usando algum método, segundo o tipo de
método. PNDS 2006.**

Método **	Uso atual		
	Todas as mulheres	Mulheres atualmente unidas	Mulheres não unidas, sexualmente ativas*
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos	65,2	77,1	73,3
Esterilização feminina	21,8	29,1	10,9
Esterilização masculina	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4,0	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camisinha masculina	12,9	12,2	26,0
Camisinha feminina	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Creme, óvulos vaginais	0,0	0,0	0,0
Pílula do dia seguinte	0,0	0,0	0,1
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela / abstinência periódica / Billings	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método***	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8
Número de casos	15.575	9.989	2.838

* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.

** Se mais de um método foi reportado, foi considerado o método mais efetivo.

*** Inclui outros métodos modernos e tradicionais não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal, entre outros.

Fonte: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/pesquisa_demografia_saude_crianca_mulher2006

Segundo esta tabela, as mulheres em relacionamentos estáveis recorrem pouco ao uso do preservativo, mesmo este prevenindo gravidez e DST/ AIDS. Tais dados corroboram com as pesquisas que descrevem o processo de feminização da epidemia de AIDS e outras DST (BRASIL, 2007). As mulheres se preocupam em prevenir a gravidez não planejada, porém o mesmo não acontece em relação a saúde sexual.

Segundo a pesquisa no que diz respeito às fontes de obtenção de métodos modernos, verifica-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de

ílulas e injeções) e do preservativo. Por sua vez, os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2008).

Outra informação que chama atenção é que a vasectomia, apesar de ser um método de esterilização definitiva mais simples, se comparado com a laqueadura, é menos frequente. Dessa forma, apesar do risco cirúrgico as mulheres continuam se submetendo a tal procedimento, mesmo havendo outras alternativas que passe a implicar os homens no processo reprodutivo. As mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela reprodução e conseqüentemente a sua prevenção. Nesse sentido, se algo der errado, isto é, se a mulher engravidar, ela será a única culpada.

O trecho abaixo foi retirado de um dos vídeos da Bayer que fala sobre a escolha dos métodos contraceptivos. A Bayer é uma das patrocinadoras da campanha que acontece no dia 26 de setembro, que é o Dia Mundial de prevenção da Gravidez Não Planejada⁶⁶.

Quando você tem grandes planos para a sua vida uma gravidez não desejada pode mudar tudo. Uma em cada duas mulheres no Brasil tem uma gravidez não planejada. Com adolescentes esse número é ainda maior. Cerca de 4 em cada 5 gravidezes não foram planejadas, mas porque ainda enfrentamos esse tipo de problema se temos tantos métodos contraceptivos disponíveis? Mais da metade das mulheres solteiras e sexualmente ativas não utilizam nenhum método anticoncepcional. 45% das gestações não planejadas são resultado do uso incorreto ou da falta de um método contraceptivo. Muitas mulheres não seguem uma rotina no uso de seu contraceptivo. Na vida real esses métodos têm uma taxa de falha de até 9% e em mulheres jovens esse número se duplica. Chegou a hora de buscar a melhor opção para você. A maioria das mulheres não conhecem todos os métodos contraceptivos disponíveis principalmente os de longo prazo. Os métodos contraceptivos de longo prazo são 20 vezes mais eficazes que as pílulas, adesivos e anéis. Não deixe nada atrapalhar os seus planos, converse com o seu médico e escolha o melhor método contraceptivo para você (VÍDEO 01).

O vídeo parece sugerir que a gravidez só acontece se a mulher quiser ou porque ela se descuidou, pois existe uma diversidade de métodos contraceptivos⁶⁷ no mercado. Os homens não são mencionados nenhuma vez, pois a gravidez não afetaria os planos deles, só os das mulheres.

⁶⁶ <http://www.vivasuavida.com.br/pt/home/world-contraception-day/#.V-pZ-krLIU>

⁶⁷ Dentre os métodos de base hormonal comercializados no Brasil existem pílulas de baixa e alta dosagem, adesivos, injetáveis (mensais e trimestrais), gel transdermal, anel vaginal, Sistema de liberação de hormônio Intrauterino (SIO) etc.

lher na sociedade ainda ser associada à sua função reprodutiva, podemos perceber que tal processo foi investido de padrões normativos que orientam quando e quantas vezes as mulheres deveriam ser mãe. Tais regras estão associadas principalmente a raça, renda e estado civil das mulheres, porém nas últimas décadas a idade também tem sido um dos fatos marcante de regulação, inclusive com a emergência da noção de gravidez precoce ou gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência ganha uma série de adjetivações como precoce, não-planejada ou indesejada, que sinalizam o quão inadequado é a reprodução neste período de vida. Nesse sentido a procriação deve ser planejada e postergada, mas não por tempo indeterminado.

Porém, antigamente as mulheres ficavam grávidas ainda na juventude e não eram classificadas como irresponsáveis, pois não existia a noção de gravidez precoce, neste sentido a gravidez não é uma questão simplesmente da natureza, mas resultado de uma rede que produz determinados modos de subjetivação atravessado por elementos heterogêneos que envolve, mulheres, homens, médicos, saberes, indústria farmacêuticas, interesses políticos, hormônios, preservativos etc.

As mudanças na forma de perceber a mulher, a saída dela para o mercado de trabalho, o prolongamento do período escolar e a emergência da infância e adolescência como etapas do ciclo de vida que devem ser protegidos e resguardados vai configurar um novo modo de perceber a gravidez durante a juventude. A orientação para adiar a gravidez e a constituição da família também é permeada pela mudança da imagem da criança e com isso do filho/a, que antes possuíam um valor econômico e social, como a possibilidade de gerar renda para a família com sua força de trabalho, que atualmente é algo proibido (ALTMANN, 2007).

Ter filho atualmente é associada a ideia de gratificação, por isso os futuros pais devem esperar o momento adequado para procriar, quando a criança não for mais obstáculo para as realizações pessoais e profissionais, além do imperativo de só ter filhos se puder lhes oferecer as melhores condições possíveis de vida.

O trecho abaixo apresenta o relato de uma das convidadas que diz como a gravidez durante a juventude foi algo difícil a ser enfrentado devido aos julgamentos morais, sobre a sexualidade, virgindade, gravidez e casamento.

Regina Bittar: E você Regina, como é a tua história?

Regina: A minha história, eu engravidei com 17 anos e eu não tinha muita comunicação com a minha mãe, o meu pai não estava muito frequente, mas com a minha mãe não tinha comunicação que hoje em dia os jovens têm e eu não tinha aquela conversa que hoje eu tenho com os meus filhos.

Regina Bittar: Mas você tomava pílula que você me falou?

Regina: É, eu comecei tomando pílula aí a minha mãe descobriu que eu tomava pílula, me proibiu ãonde se viu uma menina de 14õ. Porque eu comecei cedo.

Regina Bittar: Proibiu e deu no que deu.

Regina: Então ela me proibiu e na época eu deixei de tomar completamente sem nada e fui fazendo o método da tabelinha e foi aí que eu tive a minha primeira gravidez.

Regina Bittar: Fez o método da tabelinha. E você se casou? Como foi para contar para sua família?

Regina: Foi complicado porque naquela época não tinha aceitação ainda ó imagina a minha filha, uma mocinha grávida, onde já se viu. Mas era a realidade e tinha que enfrentar. Quando a minha mãe ficou sabendo ela programou tudo para dentro de um mês eu está casando, então dentro de um mês eu me casei (VÍDEO 20).

A ruína e o perigo provocado pela gravidez durante a adolescência não é uma questão apenas individual, que acabaria com o futuro, a saúde e a vida das jovens mães, mas principalmente, porque se trata geralmente de mulheres pobres que aumentariam os gastos com saúde pública e assistência social. Dessa forma, tal cenário torna-se uma questão de problema social que deve ser combatido por ações do Governo e políticas públicas.

As normas sociais também instituem que a gravidez só é legítima se for resultado do casamento heterossexual e no caso da gravidez na adolescência a probabilidade desta mulher também ser mãe solteira aumentam, o que também contribui para esse fenômeno ser considerado um problema social.

Helena Altmann (2007) afirma que apesar da redução da taxa de fecundidade no Brasil ter diminuído nas últimas décadas, o mesmo não aconteceu com a gravidez na adolescência que sofreu um leve aumento.

De certo modo, a õgravidez na adolescênciaã é encarada como um anacronismo, pois expectativas, demandas sociais e econômicas induzem a concepção de que essas duas experiências devam ser vividas separadamente. A juventude é atualmente concebida como um período de imaturidade, de instabilidade, em que a/o jovem deve viver novas experiências e investir na sua formação pessoal e profissional. Diferentemente, a gravidez requer uma situação mais amadurecida, estável e estruturada, seja em termos econômicos, profissionais ou pessoais (ALTMANN, 2007, p. 299)

esponta a nova noção de juventude que deve ser educada por um período cada vez mais longo, porém a gravidez neste período seria um desperdício para a vida tanto da jovem mãe como da criança que está por vir. As mulheres que engravidam na adolescência também colocam em questão a luta das mulheres em tentar se desvencilha do seu lugar social restrito a procriação.

Nos vídeos da Bayer é comum aparecer os médicos afirmando que a pílula anticoncepcional foi um marco importante para a vida da mulher em geral e para o movimento feminista. A entrevistadora pergunta quando a pílula anticoncepcional começou a ser comercializada:

Doutor José Bento: 1960.

Regina Bittar: Isso condiz com a evolução do movimento feminista, né que foi um grande arranque.

Doutor José Bento: Foi a liberdade das mulheres que começaram a tomar pílula, o homem não sabia que elas estavam tomando pílula, ela tomava quando queria e então ela podia controlar a fertilidade dela (VÍDEO 30).

Depois disso, a entrevistadora pergunta para cada convidada sobre a importância da pílula para a vida da mulher na atualidade e se ela mudou a relação hierárquica entre mulheres e homens:

Regina Bittar: E Silvia, essa mudança no dia a dia da mulher teve conquistas muito grandes em função da pílula. Você acha que a mulher está de igual para igual com o homem no universo do trabalho?

Silvia: Eu acho que há muita diferença em relação ao salário e até mesmo do cargo a ser ocupado nas empresas.

Regina Bittar: Você sente ainda a diferença, você sente que existe?

Silvia: Existe.

Regina Bittar: E você Taiane como representante da nova geração o que você acha que falta ainda para mulher conquistar?

Taiane: Muita coisa ainda, a mulher ainda precisa conquistar mais o seu espaço, provar mais que ela tem um pouco mais de capacidade como homem, mas isso é com o tempo, como no caso dela que era diferente e mudou muito e daqui para frente vai mudar muito mais ainda.

Regina Bittar: Tem muita coisa pela frente.

Taiane: Muita coisa.

Regina Bittar: E no próximo bloco nós vamos falar sobre o uso da terapia hormonal e da TPM na vida da mulher (VÍDEO 30).

A pílula anticoncepcional agenciou uma série de mudanças na vida das mulheres, ela pode ser tanto fonte de liberdade sexual, aspecto importante para a luta feminista, como pode ser usada para controlar moralmente o processo reprodutivo. As duas entrevistadas afirmam que a hierarquia histórica entre homens e mulheres ainda se

), no espaço que ocupa socialmente e que a pílula sozinha não é capaz de garantir a equidade de gênero como o médico tinha defendido anteriormente.

Os hormônios são apenas um dos atuantes da rede, que em articulação com outros elementos produzem efeitos diversos, mas esses efeitos não são estáveis, estão sempre mudando e apontando novas possibilidades de existência. No próximo capítulo discutiremos como os hormônios tem contribuído para a renaturalização da mulher não só como sujeito que possui uma essência materna, mas também uma natureza instável devido a oscilação hormonal ao longo do mês e da vida.

8. A MULHER É UM MAR REVOLTO E O HOMEM NÃO, É UM RIO CALMO E TRANQUILO: OSCILAÇÃO HORMONAL E TPM

Regina Bittar: quais são as terapias existentes para TPM?

Doutor José Bento: existe várias, a pílula anticoncepcional, por exemplo, é uma terapia que todos os médicos conhecem muito bem e as mulheres hoje em dia estão aprendendo mais a entender e falam o que a vida, quando eu tomo pílula eu tenho menos TPM. Porque a mulher tem TPM? Porque ela tem uma variação hormonal e essa variação hormonal é fisiológica toda mulher tem, mas para algumas, algum neuro-receptor, alguma área do cérebro acaba agindo de uma maneira que ela tenha irritabilidade, que ela tenha agressividade, que ela tenha esse inchaço, essas dores no corpo, então é a variação hormonal fisiológica e a pílula impede essa variação, diminui essa variação, então tem uma quantidade uniforme de hormônio. *O homem não tem TPM porque tem uma quantidade uniforme de testosterona e quando o homem vai ficando mais velho vai diminuindo a quantidade de testosterona, mas é contínuo. A mulher é um mar revolto e o homem não, é um rio calmo e tranquilo (VÍDEO 29, grifo nosso).*

O saber biomédico tem sido historicamente utilizado para justificar não só a gravidez ou a amamentação, mas também para explicar os modos de agir e pensar das mulheres. Dessa forma, buscaremos neste tópico apresentar como em diferentes momentos históricos a produção científica sobre o corpo da mulher serviu como base para a manutenção da hierarquia entre os sexos e como os hormônios contribuem para a produção da mulher como sujeito naturalmente desequilibrado.

Iremos inicialmente apresentar como a ginecologia encontra no ovário e útero a elucidação para a fragilidade física e mental da mulher. A biologia da mulher não definiria apenas aquilo que seu corpo é capaz de fazer, como gerar filhos, como discutimos anteriormente, mas se amplia para esclarecer os aspectos psicológicos e intelectuais desses seres inferiores.

Em sequência apresentaremos como os hormônios atualizaram tais preceitos, pois agora ao invés dos médicos realizarem procedimentos diretamente no útero e ovário, para recobrar a sanidade mental das mulheres, passam a prescrever hormônios para sanar o problema. A mulher passa a ser percebida a partir de um paradigma bioquímico, no qual as taxas de hormônios são medidas e reguladas a fim de explicar e controlar os comportamentos e afetos delas.

8.1 Localizando e gerindo a feminilidade em cada parte do corpo da mulher

A organização da medicina e, especificamente da ginecologia, como campo de produção de saber, tecnologia e verdade começa a se estabelecer como domínio masculino a partir do século XVIII, interessados principalmente no controle populacional, disciplinarização da força de trabalho e higienização dos espaços e das relações sociais (COSTA, STOTZ, GRZYNSZPAN, SOUZA, 2006, p. 364). Como discutimos anteriormente, as mudanças que ocorreram na sociedade durante o século XVIII impulsionam a caracterização de uma natureza feminina tendo como referência a biologia e a medicina.

A fim de assegurar as normas sociais o saber biomédico captura aspectos da vida cotidiana como objeto de conhecimento e controle, além de naturalizar certos modos de viver. Todavia, a hegemonia médica no ordenamento e normalização do corpo da mulher não era prática comum na medicina antes desse período. Até então, os médicos tinham conhecimento limitado sobre intervenções técnicas, diagnósticas e terapêuticas.

A atenção dada pelos médicos a saúde da mulher torna-se cada vez maior se comparada a dos homens a partir da instituição da ginecologia⁶⁸ como disciplina. Apesar da existência da obstetrícia desde o século XVIII, que se dedicava ao estudo e cuidado da gestação, concepção e puerpério, a ginecologia se dedicou a um campo mais vasto que considerava os aspectos físicos e psicológicos da mulher (ROHDEN, 2000). Nesse momento não aparece nenhuma área equivalente no saber biomédico para fazer referência a saúde dos homens.

A emergência da ginecologia, no fim do século XIX e início do século XX, coincide com um contexto histórico de transformações sociais e reivindicação das mulheres por direito ao voto, educação e trabalho (ROHDEN, 2000). Na medida em que as mulheres começam a reivindicar por maior autonomia e liberdade sexual, a mulher torna-se cada vez mais uma ameaça ao bom funcionamento da sociedade. Dessa forma,

⁶⁸ A expressão *saúde da mulher* ressignificada pelo movimento feminista na década de 1970 para visibilizar as necessidades das mulheres para além da função materna, foi utilizada inicialmente, no século XIX, pelos médicos para fazer referência ao seu novo campo de atuação, a ginecologia (ROHDEN, 2000).

e justificavam a permanência da desigualdade entre homens e mulheres, baseada na natureza.

Fabíola Rohden (2000) em sua tese descreve que apesar dos diferentes discursos que existiram sobre o sexo durante o século XIX, é baseado na diferença binária e biológica que a ciência da mulher, ginecologia, vai estruturar seu saber. O saber biomédico passa então a limitar as condutas que são cabíveis às mulheres, socialmente e economicamente, restringindo a sua atuação ao espaço doméstico. A biologia da mulher só permitiria que esta exercesse a função de mãe e esposa, tendo inclusive um menor interesse sexual se comparada aos homens, pois a sua função reprodutiva seria mais predominante.

O estabelecimento de regras morais, higiênicas e de normalização social foi fundamental para que a medicina ganhasse o status que possui na atualidade. A especialidade médica passa a ser a descrição de processos fisiológicos e caracterização dos comportamentos considerados socialmente como desviantes (COSTA, STOTZ, GRZYNSZPAN, SOUZA, 2006).

O médico torna-se o guardião da moral e dos bons costumes, educando a população a partir de diferentes normas. A saúde e não mais a doença se torna o principal objeto da medicina, que deve prevenir os desvios que provocam a desorganização da sociedade. A dupla mulher e criança, mãe e filho são os principais alvos da medicina, pois a mulher é a geradora da riqueza nacional e a criança é a semente do futuro.

Em busca de encontrar no corpo o que definiria a natureza feminina, a ginecologia encontrou no ovário e no útero as explicações tanto para o instinto materno como para os desvios comportamentais e mentais das mulheres (ROHDEN, 2000). Mesmo as doenças que tinham sintomas parecidos entre homens e mulheres eram tratadas de modo diferentes, pois as patologias que atingiam o corpo feminino tinham sempre como base o útero, sendo este a principal fonte de desequilíbrio, mesmo que a moléstia apresentasse afecções em partes distantes do corpo (MATOS, 2003).

Enquanto que para os homens era indicado o isolamento, repouso, dietas, õbons aresö e banhos; às mulheres se orientava tratamento na vagina e colo do útero. O útero como o órgão central na vida da mulher poderia ser cauterizado, levar injeções, ferros quentes e sanguessugas a fim de tratar diferentes patologias (MATOS, 2003). Como a causa dos problemas das mulheres estavam localizados em seus órgãos

os pelos médicos seguiam essa mesma lógica, que muitas vezes implicava na retirada do ovário e útero (ROHDEN, 2001).

A ginecologia, como especialidade médica, passa a ter cada vez mais destaque na medida em que propõe a cura cirúrgica das mulheres que apresentavam desvios, principalmente nas condutas sexuais. O controle dos desvios nos padrões normativos de sexualidade era voltado principalmente para as mulheres, sendo caracterizado como uma patologia a ser tratada. Apesar dos homens serem percebidos como aqueles que tinham maior desejo sexual, eles, diferentes das mulheres, eram capazes de controlá-lo. A mulher seria, então, naturalmente, mais propensa a patologia, pois cediam facilmente ao sexo, ameaçando a vida familiar, o ordenamento da população e a moral da sociedade (COSTA, STOTZ, GRZYNSZPAN, SOUZA, 2006).

Os documentos do início do século XX sobre as estratégias de tratamento médico deixavam entrever uma prática ginecológica punitiva das mulheres por suas próprias enfermidades, principalmente venéreas, de modo que o processo de cura deveria ter um caráter regenerador e punitivo (MATOS, 2003, p. 116). As doenças que atingiam as mulheres sinalizavam tanto a sua fragilidade, como a sua incapacidade de ser uma boa mãe e esposa. Com isso, toda a vida da mulher deveria ser regulada a fim de resguardar sua função procriadora e os médicos deveriam ficar atentos aos comportamentos das suas pacientes, pois os seus órgãos reprodutivos as deixavam mais propensas a apresentar perversões sexuais

Segundo Maria Matos (2003), no início do século XX, os médicos começaram a associar o funcionamento do ovário ao sistema nervoso e ao desenvolvimento do cérebro. Dessa forma, as mulheres não poderiam se dedicar as atividades intelectuais, pois poderia deixá-las estéreis, nervosas ou ainda gerar uma criança doente. A energia da mulher deveria ser dedicada a reprodução, não podendo desenvolver muitas atividades intelectuais.

O binarismo de sexo torna-se cada vez mais central para caracterização das condutas dos sujeitos, enquanto que até o século XIX eram os órgãos genitais quem explicavam as diferenças naturais entre homens e mulheres, a partir do século XX, são os hormônios que passam a ser utilizados para entender tal processo de distinção (ROHDEN, 2001). O ovário e o testículo eram antes o centro da feminilidade e masculinidade respectivamente, depois foram as substâncias produzidas por estas

smo como iremos discutir mais detalhadamente no próximo tópico.

8.2 Paradigma bioquímico: a mulher-hormônio e o hormônio-mulher

Fabíola Rohden (2008) afirma que no século XX há a produção de um novo argumento para explicar as diferenças sexuais: o paradigma bioquímico. Segundo este paradigma, as secreções internas do corpo determinariam causa e efeito no binarismo sexual. Dessa forma, as doenças que antes eram curadas com a retirada dos ovários e útero, agora passam a ser geridas pela administração de hormônios.

Os hormônios passam, então, a fazer parte de um cálculo balizado pelo conhecimento médico, que nos permite medir, dosar o funcionamento do nosso corpo, para que o equilíbrio seja atingido. Afinal, segundo Daniela Manica (2011), na sociedade industrial, o corpo passa a ser percebido como um negócio que precisa economizar, gastar e balancear as suas contas, por isso tudo deve ser calculado para garantir o seu bom funcionamento.

No caso do corpo da mulher, segundo Preciado (2008), esses cálculos e medidas passam pela regulação hormonal. Essa regulação, contudo, se iniciam a partir de um paradoxo, pois inicialmente a pílula anticoncepcional interrompe o ciclo natural dos hormônios, para então, provocar tecnicamente um ciclo artificial que permite restituir a ilusão da natureza. Segundo a autora, as primeiras pílulas interrompiam completamente o ciclo menstrual, porém foram um fracasso de mercado, só quando os pesquisadores conseguiram reproduzir o ciclo natural, que implica no fluxo de sangue durante sete dias, é que este fármaco passou a ter maior aceitação.

A orientação do uso dos hormônios passa a ser baseada na falta ou no excesso de feminilidade, e os médicos tornam-se, então, os responsáveis por repor ou retirar tais substâncias que são percebidas como naturais da mulher⁶⁹. A compreensão do corpo feminino como um corpo hormonal foi facilmente recebido pela sociedade (ROHDEN, 2008). Todo o funcionamento corporal, psicológico e mental passam a ser determinado pelos hormônios. Segundo Maria Matos (2003) os hormônios são associados ao comportamento emocional e intelectual da mulher, que seria incapaz de

⁶⁹ Discutiremos adiante com mais detalhes sobre o uso dos hormônios por mulheres na velhice, nomeada como reposição hormonal.

gil e sensível física e emocionalmente devido a sua biologia.

Quando a indústria farmacêutica começou a comercializar os hormônios em grande escala, já havia uma rede construída para o tratamento de doenças que afligiam especificamente as mulheres, devido as particularidades da sua biologia⁷⁰. Nesse sentido, as terapias hormonais seriam drogas em busca de doença, na medida em que no início da sua comercialização o efeito contraceptivo era apresentado como um efeito colateral e não como sua principal indicação, que se restringia ao tratamento de problemas menstruais (OUDSHOORN, 1994).

O tratamento da amenorreia, ainda nos anos de 1920, era realizado por alguns médicos com o uso dos hormônios, assim como o tratamento da infertilidade e menopausa (OUDSHOORN, 1994). Na atualidade a principal indicação do uso de hormônios é a sua função contraceptiva, porém a existência de outros benefícios considerados secundários, vêm ganhando cada vez mais espaço.

A partir de 1927 o principal laboratório europeu, o Organon, amplia as indicações para o campo da clínica psiquiátrica, criando oficialmente um novo mercado para os hormônios sexuais femininos. Alguns testes clínicos na Alemanha, por exemplo, utilizaram os hormônios em pacientes com esquizofrenia e melancolia. São descritas também prescrições nos casos de psicoses e depressões, atribuídas a desordens do ciclo menstrual, além de epilepsia, perda de cabelo, doenças nos olhos, diabetes, hemofilia etc. (ROHDEN, 2008, p. 148).

Podemos perceber que os hormônios passam a ser prescritos, não apenas para tratar problemas que afligiam o corpo feminino, mas também os desajustes comportamentais que poderiam provocar desordens sociais. Os hormônios possibilitariam que as mulheres se adequassem aos padrões de feminilidade instituídos, colocando a mulher em seu devido lugar.

Os hormônios possibilitam o controle e manipulação dos corpos em um nível molecular, agenciando padrões de masculinidade e feminilidade em articulação com outros elementos da rede. Além de um padrão estético, os hormônios agenciam determinado padrão de comportamento e afetos para as mulheres.

⁷⁰ Enquanto que o mercado de comercialização de hormônios para mulheres já está solidificado, notasse ainda uma dificuldade na comercialização de hormônios sexuais masculinos e no estabelecimento de uma entidade clínica similar à menopausa (OUDSHOORN, 1994).

apreendidas como õnaturaisõ ao corpo da mulher e por isso, não teria nenhum problema de administrá-las. Como podemos perceber, os efeitos associados ao uso dos hormônios se entrelaçã ao fenômeno descrito por Nikolas Rose (2013) como uma progressiva somatização do eu:

Nos relacionamos com nós mesmos como indivíduos somáticos, isto é, como seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentada dentro da nossa existência carnal, corporal, e que experimentamos, expressamo-nos, julgamos e agimos sobre nós mesmos parcialmente na linguagem da biomedicina (ROSE, 2013, p. 44).

A partir do final do século XX, os sujeitos passaram a falar e agir sobre si e sobre os outros como seres modelados e afetados pela biologia. O uso dos hormônios por mulheres é, portanto, não só um instrumento de beleza, mas também um modo de gestão molecular do seu õeuõ e da feminilidade.

As injeções, comprimidos, adesivos, microcápsulas atuam na rede de sexo e gênero, Esse corpo não é simplesmente a fusão de um sujeito biológico com diferentes tecnologias, ou um ciborgue, mas há uma (re)produção do humano como ser biologicamente determinado, de base orgânica. õA existência corpórea e a vitalidade do si-mesmo tornaram-se o lugar privilegiado de experimentos do si-mesmoõ (ROSE, 2013, p. 44).

O comportamento sexual, social, reprodutivo e estético da mulher que por algum motivo tenha se desviado do caminho esperado, podem ser retomados com a administração dos hormônios (ROHDEN, 2008). O trecho abaixo mostra como os hormônios, quando não equilibrados, irão interferir negativamente em diferentes aspectos da vida da mulher:

Doutor José Bento: daí que veio o nome, tensão veio daí da irritabilidade que está na TPM, mas não é só a irritabilidade que está na TPM, *existem mais de 150 sintomas*.

Regina Bittar: mas nós não temos tempo para falar de todos. Quais os principais?

Doutor José Bento: *os principais são os sintomas físicos e emocionais, os emocionais são a irritabilidade, a agressividade, a depressão, o desânimo, a dificuldade para dormir antes da menstruação*.

Regina Bittar: dor de cabeça e enxaqueca também?

Doutor José Bento: são sintomas físicos: dor de cabeça, dor nos seios, dor no abdômen, pode dar inchaço, principalmente inchaços nos membros inferiores, esses são os sintomas físicos, agora as características dos sintomas síndrome pré-menstrual, dos sintomas pré-menstruais é que aparece na segunda fase do ciclo menstrual e quando vem a menstruação ele desaparece por completo como se fosse uma mágica. Aparece uma semana antes, 10

5 dias antes, mas ele tem que desaparecer depois com a menstruação se não desaparecer pode ser outra coisa, mas não é síndrome pré-menstrual (VÍDEO 29, *grifo nosso*).

O assim chamado eixo da TPM é um exemplo de como o ciclo de vida das mulheres passa a ser associado ao ciclo hormonal, todas as transformações que acontecem ao longo da vida da mulher seriam governadas pelos hormônios. Os hormônios são o centro da economia corporal da mulher, sendo os responsáveis pela puberdade, gravidez, amamentação e menopausa. As mudanças das taxas de hormônios explicariam a instabilidade da mulher, que teria corpo e afetos em constante transformação.

O ciclo reprodutivo da mulher e seu estado emocional são conectados. A tensão pré-menstrual (TPM) e a menopausa são exemplos de como os hormônios funcionam como explicação para as mudanças na afetividade das mulheres e que também são centrais para a venda destes fármacos como forma de tratamento de tais oscilações. Os hormônios determinariam as emoções e as forma corporais das mulheres, a noção de um eixo hormonal passa a se sobrepor a qualquer outra concepção biomédica, sendo um sucesso de aceitação entre o público leigo (ROHDEN, 2008). O funcionamento normal e anormal da mulher pode ser explicado pelos hormônios.

Os hormônios são prescritos não só com fins contraceptivos, que poderia ser substituído por diversos outros métodos existentes no mercado, mas eles se destacam por serem utilizados para gerenciar as oscilações hormonais que acontecem ao longo do mês e com isso ele é indicado pelos médicos para controlar as mudanças de afetos, sentimentos cíclicos de depressão, irritação, raiva que atrapalhavam as relações domésticas e de trabalho das mulheres.

Os hormônios são apresentados no trecho abaixo como reguladores do humor inconstante das mulheres, que prejudicaria seu funcionamento ideal na sociedade, e em especial no mundo do trabalho.

Regina Bittar: E você tem Silvia?

Silvia: Olha, eu fico mais chorona.

Regina Bittar: E te prejudica no trabalho, você sente uma queda no seu rendimento?

Silvia: Prejudica sim, qualquer bronquinha do chefe é motivo para ir ao banheiro dar uma choradinha e secar e pronto! Estou boa posso voltar já. Um filme, qualquer coisa me faz chorar.

Regina Bittar: E você tem que lidar com isso. Você faz o uso da pílula para poder controlar isso, você já experimentou?

o uso da pílula anticoncepcional.

Regina Bittar: E mesmo assim ainda tem?

Silvia: E mesmo assim ainda tenho.

Regina Bittar: Imagine se ela não tomasse doutor?

Doutor José Bento: Você sabe que tem umas pílulas que foram registradas na ANVISA justamente para tratar a tensão pré-menstrual e é uma coisa que você pode falar com o seu ginecologista para trocar o tipo de pílula para tratar a TPM e será um contraceptivo com a mesma eficácia e tratará a tensão pré-menstrual.

Regina Bittar: Ana, e você antes de engravidar tinha problemas com TPM ou não? Agora você já está na fase boa, você voltou a ter o período, as regras?

Ana: Eu já voltei. Eu ainda não tive nenhuma crise grave de TPM, antes eu tive, mas muito de sensibilidade como ela falou de levar uma bronquinha do chefe e já ir encher os olhos de lágrimas e os físicos: dor de cabeça, um pouco de cansaço. E isso atrapalha bastante (VÍDEO 29).

Mesmo uma das convidadas informando que mesmo administrando os hormônios continua apresentando momentos de tristeza, a entrevistadora destaca que poderia ser pior sem estas substâncias, e o médico completa que talvez ela esteja tomando a pílula errada, pois existe uma específica para cada problema apresentado.

Dessa forma, as mulheres são vistas como plásticas, suscetíveis a mudanças e aperfeiçoamento, basta tomar hormônio e ela funcionará perfeitamente (ROHDEN, 2001). Os hormônios funcionam como resposta rápida para as demandas sociais feitas às mulheres por um corpo e afeto ideal. A indústria farmacêutica passa, então, a jogar com tais expectativas criando uma linha diversificada de hormônios que se encaixariam nas demandas particulares de cada mulher.

As terapias hormonais são usadas para fins não médicos, como: modular afetos ou desempenhar a força física no âmbito profissional, abrir portas para novos mundos sociais, copiar modelos de capa da *Playboy*, aumentar o desejo ou proteger um casamento. Esses usos revelam tensões entre as normas sociais e médicas *ogenderizadas* da feminilidade moderna (EDMONDS, SANABRIA, 2016, p. 196).

As diferentes indicações e efeitos dos hormônios exemplificam como desde o início da sua comercialização até os dias de hoje o seu uso é permeado por controvérsias. Há, então, uma negociação em rede sobre os seus possíveis usos e efeitos. Segundo Nikolas Rose (2013), as indústrias farmacêuticas na atualidade passam a prometer uma série de tratamentos de condições que não são patologias, como se fossem quadros médicos como calvície, diminuição da libido, etc. Torna-se difuso para que serve o tratamento médico, na medida em que não há necessariamente uma

autoestima e a beleza tornam-se problemas a serem resolvidos com o uso de hormônios.

Enquanto isso, os efeitos colaterais dos fármacos são ignorados ou colocados em segundo plano, há, então, uma quebra nas fronteiras entre o que é ou não uma necessidade médica. As questões éticas envolvidas no gerenciamento dos possíveis efeitos colaterais e riscos nas intervenções que não envolvem o tratamento patológico, mas o aperfeiçoamento do sujeito e as expectativas envolvidas nesse jogo em que se constroem ideais a serem atingidos.

Os hormônios fazem parte do atual imperativo *ôcuidar-seô*, que não está associado a uma ética do cuidado de si, mas a construção de um padrão de como cada um deve gerir a própria vida a fim de atingir um ideal de felicidade (FOUCAULT, 2010). As mulheres devem se cuida para manter uma aparência jovem, magra e feminina, a fim de obter ou manter seus relacionamentos amorosos e serem *ôrespeitadasô* pela sociedade.

O ideal liberal de autonomia sobre o próprio corpo se mistura com as tecnologias médicas que prometem um melhoramento do sujeito, com os hormônios torna-se possível que o sujeito possa auto regular a sua afetividade, sexualidade, fertilidade, formas corporais. Os hormônios se articulam em uma rede que a gestão da saúde se confunde com a instituição de padrões sexuais, reprodutivos, estéticos e afetivos. Dessa forma, se *ôautorizaô* e massifica as intervenções em *ôpacientes normaisô*, sem qualquer patologia. A liberdade de escolha e a autonomia mascaram as pressões sociais para se atingir um determinado padrão de feminilidade.

O estrogênio e a progesterona ao serem administrados em massa pelas mulheres se transformam em um dispositivo portátil, comestível, rápido e individualizado que permite não só o controle do ciclo hormonal, como também o domínio sobre o crescimento populacional, a modificação do comportamento, e a produção cosmética da feminilidade, num processo de (re) feminilização sintética dos corpos que o administram, ampliando assim, a sua indicação para o tratamento de acne, diminuição dos pelos, crescimento dos seios, diminuição da retenção de líquido, diminuição do peso etc. (PRECIADO, 2008).

Preciado (2008) sugere uma analogia: assim como as *ôdrag queensô* são homens biológicos que desempenham uma forma visível de feminilidade e as *ôdrag kingsô* são mulheres biológicas que teatralizam uma forma de masculinidade, os

uma espécie de travestismo somático, ou ainda, produção farmacopornográfica de ficções somáticas de feminilidade e de masculinidade (PRECIADO, 2008, p.130). Os hormônios colocam em questão as fronteiras entre o que seria natural e artificial.

Os hormônios também colocam em evidência a relação entre diferenças econômicas e modos de subjetivação. Enquanto que para a população mais empobrecida esses fármacos são indicados para o controle de natalidade, como vimos no capítulo anterior, para as mulheres mais favorecidas eles funcionariam como uma das formas de melhorar a aparência e os afetos.

Acontecem, assim, duas formas marcantes e concomitantes de terapia hormonal, e com isso controle da saúde e do corpo da mulher. A primeira de aspecto higienista e a outra para o aperfeiçoamento da mulher, desta forma, os hormônios moldam o corpo reprodutivo e sexual das mulheres de dentro para fora.

Encontramos, assim, um modo mais antigo da biopolítica que prevê o controle da natalidade e um desenvolvimento da sociedade como responsabilidade coletiva, como também, percebemos um modo diferente de governo, baseado no autogerenciamento e aperfeiçoamento (FOUCAULT, 2009; ROSE, 2013). O estético, higiênico e erótico se entrelaça produzindo determinados modos de subjetivação para as mulheres na contemporaneidade a partir do uso de hormônios. É importante destacar que a imposição do uso de hormônios pelas mulheres não se encerra com o fim da vida reprodutiva, pois como analisaremos no próximo capítulo, essas substâncias funcionarão também como uma ferramenta de resgate da feminilidade.

9. ãA NATUREZA PEGA O NOSSO CERTIFICADO DE GARANTIA E FAZ ASSIM 'QUIQ'õ: CLIMATÉRIO E REPOSIÇÃO HORMONAL

Doutor José Bento: Regina, *depois dos 30 anos de idade a natureza pega o nosso certificado de garantia e faz assim 'quiqõ*, então depois dos 30 anos começam as pausas. É uma maneira que a natureza arrumou de avisar ao nosso organismo que terminou e que a gente precisa morrer porque tem outro chegando por ai, então começam as pausas a tire pausas, a somato pausas, a adreno pausa, a menopausa, a andropausa no homem, então são várias pausas, depois dos 30 anos, 40 anos de idade a partir do momento em que o médico identificar dosagens hormonais ou através de sintomas ela deve procurar fazer a modulação hormonal.

Regina Bittar: e quais são os sintomas da menopausa, dessas pausas?

Doutor José Bento: por exemplo, irritabilidade excessiva, mesmo uma tensão pré menstrual, uma agressividade antes da menstruação é uma maneira de as vezes você identificar a insuficiência da progesterona que é um hormônio, é uma pausa, dificuldade para dormir, diminuição da libido, aumento de peso, secura vaginal, então são todos os sintomas que a mulher deve procurar ajuda médica, deve procurar porque hoje nós sabemos que a mulher precisa do estrógeno- o hormônio feminino, assim como precisa dos outros hormônios também, para memória, para se sentir bem (VÍDEO 29, *grifo nosso*).

O trecho acima descreve o processo de envelhecimento como um momento de perdas (pausas), que irá afetar de modo drástico a vida do sujeito. Destaca-se, porém, a interrupção da capacidade reprodutiva da mulher, que apesar de não poder ser revertida, pode ser amenizada a partir da administração dos hormônios. O público de idosos torna-se, então, um importante mercado consumidor para a indústria farmacêutica.

Segundo a Secretaria de Direitos Humanos (2012) uma entre cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, correspondendo a 11,5% da população mundial; projeta-se que em 2050 1 entre cada 5 pessoas no mundo tenham 60 anos ou mais, sendo 22% da população mundial, o número de idosos ultrapassará pela primeira vez o número de crianças com menos de 15 anos. Em 1920, o quadro demográfico era bem diferente, os idosos correspondiam a apenas 4% da população (SILVA, MARQUES, LYRA, MEDRADO, LEAL, RAPOSO 2012).

É importante destacar nesse panorama a feminilização da velhice, isto é, a mulheres apresentam uma maior expectativa de vida (BRASIL, 2012). Dessa forma, iremos discutir neste capítulo como apesar do aumento do número de idosos na sociedade os padrões instituídos valorizam a produtividade e autonomia. No caso específico das mulheres o envelhecimento demarca conseqüentemente ao fim do ciclo

que está historicamente atrelado a sua capacidade reprodutiva. A velhice da mulher acaba demarcando o fim do seu lugar na sociedade.

Articularemos tais questões com a crescente indicação de reposição hormonal que se articula com a promessa de juventude eterna e retorno do equilíbrio estético, físico e emocional da mulher. Questionaremos a naturalização da reposição do estrogênio e progesterona, hormônios que são percebidos como femininos na nossa sociedade, mas as controvérsias que envolvem a prescrição de testosterona por mulheres, já que as taxas dessa substância também diminuem com a velhice.

9.1 ÕEu não conheci nenhuma mulher que não tenha sintomasö: mulher universal como argumento para justificar o hormônio como restaurador do equilíbrio

Vera Menegon (1998) mostra que, em diferentes momentos históricos, o fim da menstruação é percebido de modos diferentes. Da Antiguidade ao período Medieval, o fim do período reprodutivo da mulher não tinha um nome específico, sendo descrito apenas como a interrupção da menstruação. As referências se restringiam a demarcar a idade de início e término do sangue, que era associado a capacidade procriadora.

O sangue menstrual era percebido tanto como algo com poder sagrado, com a capacidade de dar vida e purificar, bem como demoníaco. A tradição judaico-cristã passa a interditar a livre circulação das mulheres, seja nas cozinhas ou cerimônias religiosas, devido ao possível efeito de contaminação do sangue menstrual.

Segundo Le Breton (2012), era tradição, na cidade de Borgonha, que as mulheres em seu período menstrual fossem impedidas de ir ao porão onde eram armazenados os alimentos como carnes salgadas, licor, vinho, pois haveria o risco de estraga-los. Além disso, não podiam produzir bolos, cremes, maioneses, bater claras em neve, pois a menstruação seria o sinal do aborto naquele corpo, o que impediria a mulher de gerar inclusive alimentos.

Sendo a reprodução a principal função da mulher na sociedade os fenômenos da menstruação e menopausa são relacionados a falha seja porque a mulher não engravidou no seu período fértil, seja porque perdeu a capacidade reprodutiva. Como a reprodução é a única atividade esperada da mulher, a menstruação seria um sinal de falha e fracasso no processo, um desperdício que é sinalizado pela saída repugnante do sangue.

a menstruação é descrita como desintegração, necrose do tecido endometrial, queda hormonal, falha na fertilização, aborto, infertilidade, insucesso reprodutivo, hemorragia, isto é, uma falha, algo negativo, sinal de erro (MANICA, 2011). Historicamente o período menstrual é associado a impureza e debilidade.

O sangue menstrual como seria algo tóxico, poluído e contaminado explicaria o processo de envelhecimento das mulheres, que em determinado momento da vida passariam a reter esta substância, provocando assim uma degeneração interna (MENEGON, 1998). A fim de conter o processo de envelhecimento as mulheres antigamente já faziam uso de ervas que retardariam o envelhecimento e provocariam a retomada do fluxo do sangue menstrual.

As mulheres buscavam outras alternativas, caso não obtivessem êxito com as ervas, recorrendo, então, a expulsão do fluido poluído por meio dos intestinos ou pele utilizando-se: purgantes (enemata), cataplasma de mostarda (moxas) e aplicação de ventosas ou sanguessugas na genitália. Esgotados esses métodos, recorria-se à sangria (flebotomia) que era realizada pelos cirurgiões barbeiros (MENEGON, 1998, p. 58).

O sangue menstrual ganha outra conotação com a velhice, a presença que antes provocava repulsa contrasta com a ausência que marca o término do período produtivo e procriador. Porém, a caracterização do que chamamos de menopausa só aparece no século XVIII, com a estruturação do saber biomédico como promotor de saúde da população.

A menstruação e o seu cessar não eram compreendidas inicialmente como um quadro patológico a ser tratado, porém o sangue tóxico da menstruação logo ganha contornos de doença a ser tratada pela medicina (MENEGON, 1998). Como vimos anteriormente, o período menstrual passou a ser associada a debilidade e fragilidade, responsável por uma série de mazelas que afligiriam as mulheres.

O termo *Le menespausie* foi utilizado pela primeira vez em 1816 por Gardanne, na França, em seu livro intitulado *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*⁴⁷ (em 1821 o termo foi abreviado para *ménopause*). No prefácio do livro o autor propõe o Novo nome, *Menespousie*, para substituir a embaraçosa nomeação de cessar do mênstruo. Para Willbush, o caráter essencialmente feminino da nova doença estava expresso em seu novo nome (1979, p 148). Foi somente a partir de 1840 que o novo nome tornou-se difundido nos dois lados do Atlântico e, mesmo assim, só em 1880 é que foi incluído nos dicionários médicos ingleses (...) Ainda na primeira metade do século XIX, o inglês Marshall Hall utilizou pela primeira vez o termo

ininoö, em substituição à denominação popular de òmudança de vidao (MENEGON, 1998, p.63).

Segundo os médicos ao longo do século XIX a interrupção da menstruação provocaria uma série de problemas afetivos para as mulheres, já que o útero e o sistema nervoso estariam conectados. Não é mais a compreensão do sangue como poluído que direciona o saber sobre a menopausa, mas a sua relação com as emoções e os nervos. Dependendo da história de vida da mulher ela poderia ou não desenvolver alguma afecção emocional durante a menopausa.

No século XX, a menopausa⁷¹ torna-se uma doença e começa a ser tratada como tal (MENEGON, 1998). A menopausa passa a se caracterizar pela oposição a presença do sangue menstrual, que seria um sinal de feminilidade, capacidade reprodutiva, juventude e sexualidade. Nessa etapa da vida da mulher aconteceriam mudanças hormonais que são sinalizadas principalmente pela irregularidade do ciclo menstrual até a amenorreia. A ausência do sangue parece remeter à velhice e à deterioração do corpo da mulher, como podemos perceber nos dois trechos a seguir dos vídeos da Bayer.

No primeiro fragmento, o médico apresenta os problemas de saúde que as mulheres têm a probabilidade de desenvolver devido e a menopausa.

Doutor Gebara: Então, você sabe que a menopausa é uma verdadeira conspiração de fatores de risco, quando a mulher passa da pré menopausa para pós menopausa a pressão aumenta, o colesterol aumenta, existe aquele acúmulo de gordura na região abdominal e a glicose aumenta. Então é o momento de vigiar, o momento de atenção. A terapia hormonal conforme o tipo de hormônio, existem hormônios específicos e completamente diferentes entre si e o médico pode saber qual é o melhor que ele pode agir nesses fatores, por exemplo, existem hormônios que reduzem a pressão arterial e existem hormônios que aumentam a pressão arterial, então existe uma terapia de reposição hormonal mais adequada para uma mulher hipertensa, por exemplo (VÍDEO 25).

O segundo recorte faz parte da campanha sobre o dia 18 de outubro, Dia Mundial da Menopausa:

⁷¹ O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008). Destacamos que existem controvérsias acerca do uso dos termos menopausa e climatério, como nos estudos de Menegon (1998).

A cada 100 mulheres no mundo 80 vão ter os sintomas da menopausa, mas você não precisa enfrentar isso sozinha, converse com o seu médico. 18 de outubro- dia mundial da menopausa (VÍDEO 03).

A menopausa é descrita nesses fragmentos como um período conturbado e perigoso para a vida da mulher. Apesar das mudanças nos afetos, irritabilidade, depressão, ansiedade serem relatados em diferentes períodos da vida de mulheres e homens, não é incomum eles serem associados tanto a TPM como ao climatério. Dentro desta lógica a oscilação dos hormônios se associam ao equilíbrio físico e emocional da mulher.

Enquanto a oscilação hormonal ãnaturalö do corpo da mulher se configura como um problema médico, a reposição hormonal se configura como a solução para tais mazelas. Os hormônios, então, aparecem não como elemento que promove a volta do fluxo do sangue, mas aquele que retoma o equilíbrio do corpo feminino. No diálogo abaixo o médico enumera diferentes transtornos provocados pela diminuição dos hormônios durante a velhice e como a reposição hormonal pode tratar cada um dos problemas elencados.

Norma: Oi, meu nome é Norma. Doutor Rogério, eu queria saber quais as vantagens de reposição hormonal para as mulheres na menopausa?

Dr. Rogério: Muito bem, vantagens, são muitas vantagens. A mulher que entra no período chamado de menopausa ou climatério ela perde o estrogênio que é o hormônio feminino, então quando bem indicada a reposição hormonal levaria a princípio ela não ter os sintomas inconvenientes da entrada da menopausa, sintomas são aquelas ondas de calor chamada fogachos.

Regina Bittar: Os terríveis fogachos.

Dr. Rogério: É, os terríveis fogachos que realmente atrapalha, atrapalha a qualidade de vida da mulher, ela acaba dormindo pouco porque o fogacho é muito mais a noite e no outro dia ela rende menos no trabalho e é um sintoma bem desagradável.

Regina Bittar: Isso é um dos sintomas, né?

Dr. Rogério: Um dos sintomas. Vamos dizer que é o selo da menopausa, mais conhecido. Então a reposição hormonal já tem uma indicação porque ela resolve esse problema e não tenho dúvidas que a reposição hormonal vai suprimir totalmente os sintomas. Outras questões que são também bastante importantes são que a reposição hormonal ela evita que a mulher tenha a atrofia da vagina porque a vagina com o tempo, com a perda desses hormônios ela vai ficando mais seca, menos enrugada, ela acaba tendo a falta de lubrificação e tudo isso pode piorar a qualidade de vida sexual dessa mulher.

Regina Bittar: E a falta de desejo também, né?

Dr. Rogério: A falta de desejo ela é também multifatorial, mas tem também uma influência hormonal.

Regina Bittar: Mas me diga uma coisa doutor, a reposição hormonal ela pode,

tratar problemas cardíacos e osteoporose também, além de tirar essa parte de sintomas?

Dr. Rogério: A parte dos sintomas é o que geralmente traz a mulher para o tratamento. Então ela vem por algum sintoma e nós já indicamos, claro que ela tem ganhos adicionais disso e nesses ganhos adicionais estão a proteção óssea.

Regina Bittar: tem esse benefício também?

Dr. Rogério: Tem, existe um benefício de manutenção de massa óssea, a mulher que faz a reposição hormonal ela tem menos chances de ter osteoporose, então é um tratamento efetivo até para a osteoporose, a doença cardiovascular é muito discutida nos últimos anos, mas se bem se sabe que quando bem indicada, na época certa seria logo após a entrada da menopausa ou próximo a menor pausa e possivelmente tem um efeito bom sobre o coração também (VÍDEO 15).

Os hormônios quando não estão bem balanceados provocaria calores, problemas na libido, osteoporose, problemas cardíacos, secura vaginal etc. Tais constatações implicam na busca por orientação médica para que o corpo alcance novamente o equilíbrio perdido com a velhice. A terapia de reposição hormonal teria a capacidade de trazer de volta a juventude perdida, retardando o envelhecimento.

Com isso, os hormônios estão envolvidos em uma controvérsia, pois são utilizados durante o período fértil para interromper o ciclo menstrual, como também para tratar os problemas que surgem com o fim do fluxo de sangue. Todo o ciclo de vida da mulher estaria marcado por um constante desequilíbrio hormonal, que produz uma série de efeitos na saúde, na aparência e nos afetos. A reposição hormonal não aconteceria somente na velhice, mas também na juventude, pois só o saber biomédico é capaz de regular as taxas de hormônio corretamente, diferente da natureza falha da mulher.

Por outro lado, o Ministério da Saúde (2008) se posiciona de um modo diferente dos médicos que falam nos vídeos da Bayer em relação a reposição hormonal. Para o Ministério da Saúde (2008) o climatério não é uma doença e por tanto não se trata de um período no qual a mulher apresenta deficiência hormonal. Dessa forma, eles não orientam a prescrição de hormônios para mulheres saudáveis. O Ministério da Saúde indica que as mulheres abram mão das promessas milagrosas relacionadas aos hormônios e mudem sua alimentação, façam atividade física, tenham atividades de lazer, busquem tratamentos homeopáticos e acupuntura a fim de aliviar possíveis sintomas neste período.

Podemos perceber que o climatério e a diminuição dos hormônios na velhice são percebidos de modos diversos, não apresentando um conjunto de sintomas

dicos nos vídeos da Bayer aponta que existe um marcador cultural também envolvido, que irá influenciar no aparecimento de sintomas ou não.

Doutor Gebara: É uma boa candidata para quando entrar na menopausa na terapia hormonal, mas de novo, a terapia hormonal ela está indicada para quando a mulher tem aqueles sintomas próprios da menopausa, porque também se ela não tem nenhum sintoma.

Regina Bittar: Mas é raro, né doutor? Venhamos e convenhamos.

Ana: Eu não conheci nenhuma mulher que não tenha sintomas.

Doutor Gebara: É raro, mas existe, você sabia que as orientais têm menos sintomatologia, não sei se é cultural ou alimentação, mas tradicionalmente acredita-se que as mulheres orientais têm menos sintomas. No geral se indica a terapia hormonal para mulheres que tem os sintomas, ou tem uma osteoporose muito importante e não tem problema cardíaco (VÍDEO 25).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) apesar da diminuição nas taxas de estrogênio ser um fator constatado entre mulheres idosas em diferentes partes do mundo, na Ásia e na África tal fenômeno não apresenta qualquer manifestação clínica. Tal panorama coloca em questão a universalidade da prescrição da reposição hormonal para tratar tantos sintomas diferentes que vão desde os fogachos, a labilidade emocional, baixa autoestima, dificuldade para tomar decisões, insônia até a perda de memória.

O envelhecimento da mulher torna-se um problema médico, sendo que cada mulher irá apresentar um quadro singular de sintomas e todos estariam associados a oscilação hormonal. As mulheres que não apresentam qualquer queixa em relação ao climatério são apontadas como exceções, desta forma a regra é confirmada.

O Ministério da Saúde (2008) orienta que só no caso de constatação da necessidade de realização da terapia hormonal é que esta deve ser prescrita, mas sempre envolvendo um planejamento individual, com baixa dosagem hormonal e pelo menor tempo possível. O Ministério da Saúde preconiza que se deve evitar procedimentos desnecessários, tendo em vista possíveis implicações futuras à saúde. Os sintomas associados ao climatério geralmente desaparecem com a menopausa e não persistem durante o restante da velhice (BRASIL, 2008).

9.2 ãs vezes ela busca menos: sexualidade e velhice

O climatério é apontado com uma série de características, algumas delas que passam a interferir na atividade sexual, mais especificamente na penetração, como diminuição e demora para lubrificação vaginal, além do adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor, ardência, irritação e fissuras. A aparência dos órgãos genitais também é alterada neste período com a diminuição dos pelos pubianos, redução do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris (BRASIL, 2008).

A velhice foi historicamente percebida como assexuada, assim como a infância, porém este panorama tem mudado nas últimas décadas e os hormônios têm sido elementos importantes para tal transformação. Os idosos passam a ser um importante público para a indústria farmacêutica que apresenta uma comercialização crescente de fármacos voltados para potencialização da sexualidade.

O sexo é um dos aspectos definidores de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). O sexo seria um importante elemento na prevenção de doenças, como problemas cardíacos, insônia, afetividade, além de atrasar o envelhecimento (BRASIL, 2013). A discussão sobre direitos sexuais também coloca a vivência da sexualidade pelos idosos como pauta importante a ser defendida, pois o exercício da sexualidade seria um aspecto importante para o envelhecimento.

Dessa forma, a atividade sexual passa a ser incentivada durante a velhice também, sendo que os benefícios provocados pelo sexo só teriam eficiência se este for frequente, seguro e prazeroso, construindo assim determinados modos de subjetivação a partir da velhice e da sexualidade. A sexualidade na velhice deixa de ser uma possibilidade e passa a ser uma obrigação.

Podemos perceber que o modo como a sexualidade tem sido compreendida pelo saber biomédico vem mudando ao longo da história. A entrada da velhice como período de continuidade da atividade sexual é recente, tendo a indústria farmacêutica um papel importante na captura desse novo público consumidor. Fabíola Rohden e Jane Russo (2011) descrevem as transformações no campo de estudo da sexologia e como os tratamentos para as queixas sexuais foram mudando e o papel central dos hormônios na atualidade.

século XIX o foco de estudo da sexologia se restringia as doenças venéreas e aos aspectos nosográficos da psicopatologia da sexualidade, tendo um viés eugênico. Esse primeiro momento tem como obras de referência os livros *Psychopathia Sexualis* sendo o primeiro publicado por Heinrich Kann e depois, com o mesmo título, por Krafft-Ebing (ROHDEN, 2009). Porém, a partir de 1920 as obras de Wilhelm Reich sobre o orgasmo e de Alfred Kinsey, já em 1948, sobre a diversidade de práticas sexuais comuns na sociedade Norte Americana, provocaram mudanças no modo de compreensão da sexualidade e consequentemente das patologias relacionadas a este campo. O orgasmo e o prazer começam a ganhar maior foco.

Enquanto que em um primeiro momento o interesse da sexologia se organizava na produção de saber sobre as *aberrações sexuais*, e dificuldade na reprodução, não se distinguindo de outras especialidades médicas como a psiquiatria, medicina legal ou urologia; a segunda corrente buscava se consolidar como área autônoma que possui um objeto específico e diferente dos outros campos médicos (ROHDEN, RUSSO, 2011). Os problemas relacionados a sexualidade passam a ser focados no desenvolvimento normal da atividade sexual pelo casal heterossexual, que deve buscar o prazer e uma frequência adequada nas suas relações.

Os termos para caracterizar os quadros clínicos mudam de aberração para disfunção que promove uma linha contínua entre anormalidade e normalidade na sexualidade. Com isso, o público alvo de intervenções terapêuticas para sexualidade se amplia, pois não se trata mais de atender pervertidos, mas qualquer sujeito que esteja em busca de uma pedagogia sexual voltada para o prazer e autoconhecimento (ROHDEN, 2009). Os estudos sobre a sexualidade deixam de lado a sua aproximação com as prisões e asilos manicomiais, para adentrar na casa dos casais monogâmicos e heterossexuais.

A partir da década de 1980 começa a se delinear um novo modo de compreender e tratar os problemas relacionados a sexualidade, agora com grande influência da indústria farmacêutica e dos médicos urologistas, o foco continua sobre o casal heterossexual, mas expande a sua atuação para além do período fértil, incluindo agora os idosos no grupo que deve ter uma vida sexual ativa⁷².

⁷² Adiante discutiremos como esse fenômeno foi importante para a captura do homem no processo de medicalização.

or, porém, torna-se um problema para a indústria farmacêutica pois, diferente dos homens que tem a sua sexualidade centrada na duração e frequência da ereção, para o público feminino não seria tão simples de definir a disfunção sexual. Os médicos apresentam dificuldade em estabelecer critérios para determinar se a mulher está sofrendo de algum problema sexual, tendo como base os sinais biológicos do seu corpo. Traduzir as queixas das mulheres em um diagnóstico específico como a disfunção erétil no caso dos homens torna-se um problema para a indústria farmacêutica.

Os problemas da sexualidade das mulheres são relatados pelos médicos como um fenômeno mais complexo, pois dependeriam de uma série de fatores como a afetividade, a relação com o parceiro, as experiências anteriores, isto é, teriam grande influência do contexto social, não se restringindo ao funcionamento genital, como os homens (ROHDEN, RUSSO, 2011).

A sexualidade feminina seria indissociável das relações, deste modo há uma romantização da mulher, enquanto que a sexualidade dos homens seria independente dos laços sociais, baseado simplesmente na função biológica. A compreensão do funcionamento da sexualidade e o seu tratamento renaturaliza a diferença entre mulheres e homens:

Enquanto a sexualidade masculina é definida pela lógica do desempenho, medido pela ereção e tratado com medicamentos e técnicas que resolvam o problema específico da disfunção erétil, a sexualidade feminina é apresentada como um fenômeno complexo e intrigante, não redutível a uma função orgânica específica (ROHDEN, RUSSO, 2011, p. 728).

A mulher continua sendo vista como emocional, afetada pelas relações, restrita a conjugalidade, enquanto os homens apresentam um impulso biológico, natural, autônomo e independente das emoções. Porém, a indústria farmacêutica não pode perder um mercado importante que são as mulheres idosas, que apresentam diferentes queixas, inclusive em relação a sexualidade. Desta maneira, a reposição hormonal teria uma atuação integral na vida da mulher e funcionaria como solução para melhorar a sexualidade, como podemos ver no trecho abaixo.

Segundo pesquisas do DataFolha doutora Julia a mulher na faixa dos 45 e 60anos é mais solitária, ou seja, tem um número maior de mulheres solitárias do que dos homens, 35% das mulheres nessa faixa de idade estão sozinhas,

homens, será que isso tem a ver com a menopausa?

Doutora Julia: Às vezes ela busca menos.

Regina Bittar: Às vezes, você acha que é só as vezes?

Doutora Julia: É, porque é como a gente é educado. E como a gente é educado? Para um sexo reprodutivo. E o que é na verdade a menopausa, é, terminou a fase reprodutiva da mulher. É só isso, não terminou a fase sexual da mulher, mas a fala muito da mulher é ãah, doutora, eu já me aposentei disso porque eu já não menstruo mais, já tomo hormônios, então eu já estou aposentada da sexualidade. Aposenta também no trabalho e aposenta também da sexualidade dela.

Regina Bittar: Ela não tem uma diminuição da libido?

Doutora Julia: Ela pode ter. De fato aí entra a reposição de hormônios que é uma tecnologia, que é um avanço tecnológico e hoje a gente tem hormônios muito interessante que agem mais natural para você voltar ao que você era antes, para você não perder isso. Aí a gente tem o estrogênio que é o hormônio feminino que vai preparar a gente para ter sexo, então ele tem a ver com a hidráulica, a gente precisa deles para os vasos sanguíneos, para o sangue ir para a nossa plataforma orgásmica. O hormônio feminino que dá fantasia e que dá desejo e que dá *drive* para a mulher procurar sexo é a testosterona, e o tal do hormônio masculino só que a gente tem numa quantidade bem menor, a gente precisa de uma quantidade bem menor do que o homem porque o homem precisa de mais testosterona para formar a massa muscular, para formar pelo, para ele ter a condição de homem. E a gente quando faz a reposição de hormônio a gente também precisa da progesterona que é o hormônio da maternidade e que a gente precisa para proteger o útero para não ter câncer do endométrio.

Regina Bittar: É importantíssimo.

Doutora Julia: Poderia ter adiado mais. Então essas coisas todas são tudo interligado a gente não tem só uma coisa que resolve, mas se a junção de várias coisas, mas sem dúvida a reposição hormonal eu acho que muda muito a qualidade de vida da mulher.

Regina Bittar: Você considera isso importante?

Doutora Julia: Eu considero muito importante.

Miriam: Apesar de muitos ginecologistas não sugerem que se faça?

Doutora Julia: pois é amor, mas como eu vejo muito essa questão de um todo da mulher e de ela estar em condição, porque eu acho o seguinte: você estar em condição mental, você estar numa fase em que você pode estar livre.

Regina Bittar: Aí você acabou com as obrigações do dia a dia, de criar os filhos, você pode curtir.

Doutora Julia: Você é independente, você tem dinheiro você tem que ter saúde para aproveitar ãagora eu quero fazer outras coisas, pode fazer outros cursos, eu quero viajar, eu quero transar. ãVem cá meu bem. Agora eu estou livre e não tem nem mais uma criança que vai entrar e vai falar 'mamãe' (VÍDEO 27).

A mulher é colocada como principal responsável por manter os relacionamentos conjugais, o fato de ela estar sozinha é porque ela não cuidou da sexualidade do casal. As mulheres passam a ser responsáveis pela manutenção da sexualidade do casal, pois caso ela apresente uma diminuição de interesse na atividade sexual, pode colocar em risco o matrimônio. Mesmo que a mulher acabe perdendo o interesse em manter relações sexuais, ela deve procurar ajuda de um especialista que ao prescrever o hormônio irá fazer ãvocê voltar ao que era antes.

as mulheres é marcada pela sua capacidade de procriar, a sua sexualidade também coincidiria com este período. A menarca marcaria o início da vida fértil e com isto a possibilidade de início da vida sexual, assim como o fim da menstruação também marcaria o fim das atividades sexuais. A capacidade procriadora estaria intimamente relacionada com a busca por sexo e ser interessante sexualmente.

Porém, a indústria farmacêutica fornece produtos que recuperam a juventude e o interesse sexual da mulher. A menopausa passa a sinalizar a possibilidade de ter relações sexuais sem o risco de engravidar, bem como a ausência do sangue e da TPM, mas somente se ela for acompanhada da reposição hormonal que garantirá o combate de diversos sintomas da velhice, bem como a recuperação da libido.

A recuperação da libido agenciada pelos hormônios está associada nestes casos a ter relações sexuais com penetração e sem desconforto. O padrão heteronormativo de sexualidade irá padronizar a definição de atividade sexual como a penetração do pênis na vagina⁷³. O tratamento hormonal⁷⁴ funcionaria para impedir o processo tanto de ressecamento vaginal como o retorno do interesse pelo sexo.

A mulher não deve só ter interesse em fazer sexo, mas em ser sexualmente interessante, isto é cuidar do corpo e mantê-lo jovem e belo. A testosterona, então, passa a ser apontada como um importante aliado no tratamento do processo de envelhecimento da mulher. A testosterona ôdá fantasia e dá desejo, porém a sua prescrição não é unânime entre os médicos. Segundo Preciado (2008) mesmo existindo alguns estudos que o próprio uso do hormônio para fins contraceptivos provocam uma diminuição da testosterona já presente no corpo da mulher.

A indicação e o uso de testosterona pelo público feminino é um tabu, por contradizer a lógica binária um corpo um hormônio, homem-testosterona, mulher-estrogênio. Tal uso é permeado por controvérsias, na medida em que a testosterona é compreendida como um hormônio masculino, apesar de ter sido constatada a sua presença no corpo feminino desde a década de 1930.

⁷³ Depois também iremos discutir como a restrição da sexualidade a penetração afeta a velhice masculina que é cobrada para manter o mesmo padrão de ereção da juventude.

⁷⁴ É importante destacar que o Ministério da Saúde (2013) recomenda o uso tópico do estrogênio, restringindo apenas a região vaginal para combater o desconforto nesta área ou mesmo o uso de lubrificante a base de água. Dessa forma, a dificuldade de lubrificação e ereção não significaria uma diminuição do interesse sexual.

a velhice todas as taxas de hormônios apresentam uma queda, inclusive a testosterona que é produzida pelas mulheres, desta forma esta substância pode ser indicada junto aos outros hormônios para realizar a reposição hormonal. Em consultórios particulares já há orientação para o uso dessa substância de modo manipulado, sendo também mencionado pelo Ministério da Saúde (EDMONDS, SANABRIA, 2016; BRASIL, 2013).

A testosterona nesses casos teria a função de aumentar a libido, retardar o processo de envelhecimento, como também uma função na melhoria da aparência como emagrecimento, diminuição da celulite, aumento da massa muscular. Alexander Edmonds e Emilia Sanabria (2016) relatam a partir de uma pesquisa realizada com mulheres na cidade de Salvador, Bahia, que as mulheres têm buscado a terapia hormonal com testosterona para melhorar a sexualidade e a forma corporal.

A testosterona funcionaria como uma espécie de afrodisíaco, possibilitando ser sexualmente ativo, independente da òvontadeö, ödesejoö do sujeito. A testosterona seria um elemento importante para um envelhecimento bem-sucedido e não solitário. Isto posto, alguns médicos têm indicado o uso da testosterona para tratar as queixas sexuais das mulheres, principalmente no climatério.

O uso de testosterona pelas mulheres coloca em questão também o processo transexualizador, na medida em que tal substância é regulada pelo saber biomédico que autoriza ou não o seu uso a partir do diagnóstico de disforia de gênero. Preciado (2008) faz uma auto-experimentação com testosterona e relata a sua experiência no livro òTesto Yonqui⁷⁵ö, colocando em questão a regulação do uso desta substância, que geralmente fica restrita aos homens cisgêneros⁷⁶ e heterossexuais.

A bula de dois fármacos voltados para reposição de testosterona, que são comercializados pela Bayer, Nebido e Proviron, ao informar a indicação destas substâncias restringe o seu público aos homens. Ser homem nesse caso faz referência aos sujeitos que são reconhecidos geneticamente e anatomicamente como homens desde o seu nascimento.

Portanto, as mulheres que estão no climatério e passam a administrar a testosterona colocam em questão as fronteiras e as regulações sobre o uso destas

⁷⁵ Testo Yonqui pode ser traduzido como viciado em testosterona.

⁷⁶ As pessoas que não são transgênero têm sido nomeadas como cisgênero, isto é, são sujeitos cujo o gênero corresponde aquele designado no nascimento. Tanto o termo òtransö como öcisö vêm do latim e da química: òtransö quer dizer öatravessadoö e öcisö quer dizer ödeste ladoö.

trans buscam no mercado ilegal de fármacos a testosterona para realizar mudanças em seus corpos, pois para adquiri-los nas farmácias precisam apresentar receita médica e conseqüentemente terem sido diagnosticado anteriormente como apresentando uma disforia; as mulheres que desejam salvar seus casamentos são orientadas por alguns médicos a utilizar essa mesma substância para aumentar a libido.

Por conseguinte, a testosterona não seria produtora de masculinidade, mas é um atuante importante na rede que institui o que é masculino e feminino, homem e mulher, cisgênero e transgênero. O gênero, dessa forma, não se configura apenas como um efeito performativo de humanos, como argumenta Judith Butler (2010), mas como resultados de arranjos entre materialidades orgânicas e inorgânicas (PRECIADO, 2008; GALINDO, VILELA, MOURA, 2012).

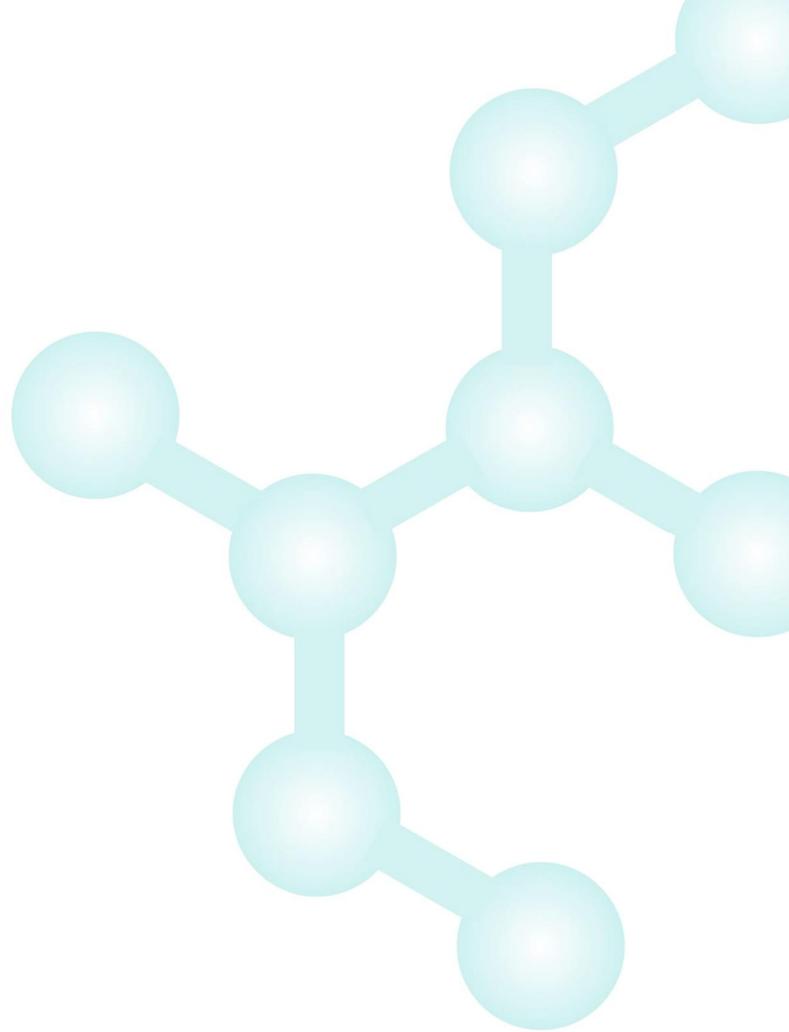
Discutiremos com mais detalhes, no próximo Platô, a centralidade dada a testosterona na produção de modos de ser homem, a partir do discurso biomédico e como a gestão das masculinidades se dá pela via sexual, diferente do que vimos até agora com as mulheres, que tem suas vidas governadas a partir da sua capacidade reprodutiva.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



PLATÔ V:

HORMÔNIOS NA PRODUÇÃO/REGULAÇÃO DE MASCULINIDADES

10. A TESTOSTERONA É O PRINCIPAL HORMÔNIO DO CORPO DO HOMEM: HORMÔNIOS E MASCULINIDADES

A discussão sobre testosterona retoma a própria história dos hormônios quando Brown Séquard aos 72 anos no encontro da Sociedade Francesa de Biologia em Paris relata que obteve um aumento de força e vigor físico, a partir do momento em que começou a realizar uma auto-experimentação com as substâncias que obtinha dos testículos de cães e porcos da Índia.

Fiz até agora dez injeções subcutâneas do tal líquido (...). No dia seguinte à primeira injeção subcutânea e, principalmente, depois da segunda aplicação, uma mudança radical tomou conta de mim, e eu tinha amplas razões para dizer e escrever que eu tinha readquirido, no mínimo, a força que possuía anos atrás. O considerável trabalho no laboratório dificilmente me cansa (...) eu era capaz de fazer experiências por várias horas, de pé, sentindo que não era necessário sentar. (...). Por mais de vinte anos eu nunca tinha sido capaz de fazer tanto. Medi comparativamente, antes e depois da primeira injeção, o jato da urina em circunstâncias similares (...) a extensão média do jato durante os dez dias que precederam a primeira injeção foi inferior a pelo menos uma quarta parte do que veio a ser durante os vinte dias seguintes. É, portanto, evidente que o poder da medula espinhal sobre a bexiga foi consideravelmente aumentado (BROWN-SEQUARD, 1889, p. 105-107).

Segundo Figueiredo (2013), Brown-Séquard e seu extrato ganharam fama mundial e muitos ganharam dinheiro vendendo o *“Elixir da Vida”*⁷⁷. Neste capítulo, iremos analisar as controvérsias envolvidas na relação entre a testosterona e a produção de masculinidades, no encontro com a literatura e alguns trechos dos vídeos que analisamos neste exercício de cartografar controvérsias. Esse exercício será orientado pelo questionamento sobre como os usos da testosterona têm se articulado com o modelo de masculinidade hegemônico que está baseado no sujeito jovem, provedor, produtivo, que domina o espaço público (SILVA, MARQUES, LYRA, MEDRADO, LEAL, RAPOSO, 2012).

Iniciaremos tal discussão com um breve histórico sobre como os homens têm sido capturados pela saúde e a centralidade da sexualidade em tal processo, até os dias de hoje. Posteriormente, colocaremos em foco como o processo de envelhecimento do homem e os discursos normativos sobre o exercício da sexualidade tem aberto um

⁷⁷ Brown-Séquard morreu sem saber que seus extratos de testículos triturados não tinham forças para explicar suas ações e que tudo não passou de um efeito placebo (FILGUEIRAS, 2013, p. 10).

do uso de testosterona, na medida em que tal substância teria o efeito de garantir a agressividade, apetite sexual insaciável, aumento da massa muscular e da força, além da diminuição da fadiga.

10.1 Masculinidades, exercício da sexualidade e saber biomédico

O saber biomédico tem regulado a vida de mulheres e homens, porém o lugar dos homens em tal processo é relativamente recente⁷⁸. Enquanto o homem tornou-se o padrão de ser humano dentro da literatura médica, a mulher era percebida como o ãoutroö desviante e frágil. Consequentemente, os estudos relativos aos homens ficavam diluído na produção de saberes sobre o ser humano em geral (MARIANO, 2005).

É importante ressaltar que na medida em que a figura do homem é colada ao ser humano universal, a norma, se oculta também a questão da masculinidade que é deixada de lado. Os médicos que em sua totalidade também eram homens, pois a mulher era interdita a educação, descreviam a potência e supremacia do homem, justificando, assim, o seu domínio e maior hierarquia em relação a mulher.

O saber biomédico se baseava na biologia para justificar essas diferenças, a anatomia da mulher e do homem seriam totalmente opostas e por isso seria função de cada um exercer uma atividade social correspondente aos limites do seu corpo. O ideal burguês de sociedade se atualiza a partir das normatizações médicas que naturalizam e universalizam o que cabe aos homens e as mulheres. Dessa forma, seria natural para o homem a força e agressividade, bem como a inteligência e o espaço público. O homem seria ativo e a mulher passiva nas relações sexuais, pois o primeiro teria maior instinto sexual, enquanto a mulher teria instinto maternal. A gravidez da mulher contribuía também para representar a virilidade do marido.

O evolucionismo e o positivismo, teorias que circulavam nos meios médicos do final do século XIX, justificavam com a diferença biológica dos sexos as desigualdades sociais e culturais entre homens e mulheres. A partir da década de 1920, porém, a teoria da complementaridade entre os sexos, já anteriormente difundida na Europa, provocou o deslocamento na trajetória discursiva, desviando o acento dado à inferioridade feminina para a ideia de que as diferenças biológicas e sociais seriam necessárias e complementares.

⁷⁸ Destacamos que este platô é mais curta que as anteriores, tendo apenas um capítulo, pois a análise foi realizada a partir de três vídeos disponibilizados pela Bayer, que discutiam especificamente o uso de hormônios por homens. Tal escassez de material também é um dado importante, pois está associada a gestão histórica do corpo feminino pelo saber biomédico, se comparado aos homens.

Entanto, ao contrário de ser emancipadora para as mulheres, reforçava nas salas médicas a divisão sexual de áreas de atuação, do trabalho e do espaço (MATOS, 2003, p. 122).

É importante destacar que apesar do menor impacto e poder coercitivo, ou de forma tardia ou menos evidente, os homens também foram objeto de controle, no qual o saber biomédico estabeleceu determinados padrões normativos sobre qual seria a melhor forma de se conduzir. No início do século XX, por exemplo, os homens eram orientados a respeitar a exclusividade sexual imposta pelo matrimônio a fim de evitar os perigos da vida moderna. Logo, os homens deveriam usufruir apenas dos corpos de suas esposas, que neste caso, seriam meros objetos postos para o prazer masculino.

Ainda nesse mesmo período, como afirma Matos (2003), era permitido e promovido o encontro entre homens e prostitutas, antes do casamento, para que eles adquirissem conhecimentos sobre a prática sexual e o funcionamento da mulher. Porém, a partir da década de 1920 a virgindade antes do casamento e a fidelidade matrimonial tornam-se também um padrão a ser seguido não só pelas mulheres, mas também pelos homens.

O discurso médico afirma que os homens precisam ter sua sexualidade regulada para defender a moral, acabar com as doenças venéreas, prostituição, vícios, masturbação, tuberculose e a criminalidade. A atividade só poderia ter fins procriadores sob o risco de ameaçar a ordem social. À vista disso, os exames médicos pré-nupciais tornam-se obrigatórios por lei e os homens passam a se casar cada vez mais jovens (MATOS, 2003).

Destarte, a sexualidade ficaria restrita ao casamento, tendo também um determinante cronológico, no caso das mulheres seria a menopausa e para os homens os 50 anos. Homens solteiros eram considerados perigosos, pois estariam mais propensos a promiscuidade. Assim, em torno do leito conjugai constrói-se a fronteira do permitido/proibido, com normas que desqualificam as sexualidades periféricas (MATOS, 2003, p. 118).

Enquanto que a saúde da mulher se desenvolvia para tratar os seus órgãos reprodutivos, os médicos quando tratavam os homens direcionavam suas ações para combater as doenças venéreas e o uso abusivo de álcool, baseados em uma moral que direciona para o homem a responsabilidade em se controlar (MATOS, 2003). Tais problemas distanciavam os homens do padrão burguês trabalhador, provedor e fiel.

or compreensão dessa construção histórica sobre medicalização do corpo masculino, Fabíola Rohden (2009; 2012) afirma que o homem foi objeto para o saber biomédico em dois momentos distintos historicamente. O primeiro momento tem como foco a nosografia das psicopatologias da sexualidade e o combate às doenças venéreas. No Brasil, o início do século XX é marcado especialmente pela luta higienista contra a sífilis, com a ação articulada entre médicos e Estado para combater os riscos de enfraquecimento da sociedade e sua degeneração. Segundo Carrara (1996) é nesse contexto que a andrologia é gestada. O segundo momento, no fim do século XX e início do século XXI, tem como foco atividade sexual, por meio da disfunção erétil e uso de fármacos. Podemos perceber que apesar da diferença de objeto a saúde do homem esteve historicamente centrada na sua sexualidade.

É sobre esse segundo momento da saúde do homem, cujo o foco é o desempenho sexual que iremos discutir no próximo tópico, destacando a agência da testosterona neste panorama.

10.2 Você já falhou alguma vez na hora H? a primazia da sexualidade na produção dos corpos masculinos

Apesar dos homens já serem alvo do saber biomédico desde a emergência deste campo de saber/poder, os estudos sobre a saúde do homem ainda são recentes. Enquanto que a saúde da mulher foi objeto de intenso controle ao longo da história, o homem continua aparecendo de modo pontual nas ações em saúde, tendo como foco, quase que exclusivamente, a regulação da sua sexualidade, seja por causa das DST e AIDS ou disfunção erétil (AQUINO, 2005).

Segundo Estela Aquino (2005), a maioria das produções mais antigas sobre o tema se restringiam aos estudos sobre HIV e a AIDS, enquadrando principalmente os homens gays. O pavor provocado pela epidemia da AIDS nas décadas de 1970 e 1980 colocou em evidência a saúde do homem, que além de serem os mais infectados eram quem mais apresentavam comportamentos de risco, como fazer sexo desprotegido e compartilhar seringas no uso de drogas injetáveis.

O homem desponta novamente na saúde como aquele de sexualidade infectante, retomando a história de combate à sífilis. As políticas públicas de saúde

ações especificamente para o público masculino. Os

homens passam a figurar cada vez mais no campo da saúde a partir da década de 1990 nos indicadores epidemiológicos, e com isso tornou-se evidente que a produção de determinados modos de subjetivação que tinham como modelo a masculinidade hegemônica produzia efeitos na saúde do homem, como comportamentos de risco e poucas práticas de cuidado consigo e com os outros e pouca busca aos serviços de saúde (SILVA, MARQUES, LYRA, MEDRADO, LEAL, RAPOSO, 2012)

Ainda na década de 1990 surge um novo tema no qual os homens passam a ganhar destaque, que são as pesquisas sobre disfunção erétil⁷⁹ tendo a comercialização de uma diversidade de fármacos como objeto central. Os urologistas também são importantes nesse momento de mudança no modo de perceber a disfunção sexual, pois tal especialidade médica que antes tinha as suas atividades focas na prática cirúrgica, ao se associar com a indústria farmacêutica passa a migrar cada vez mais para os atendimentos clínicos (ROHDEN, 2001).

Os tratamentos de viés mais psicológico e que compreendia o sujeito como integral vai perdendo sua importância, principalmente entre os homens. Com uma abordagem anátomo-fisiológica da sexualidade, os urologistas começam a ganhar cada vez mais espaço no tratamento dos problemas relacionados a sexualidade. Os homens são percebidos pelo saber biomédico como naturalmente propensos ao sexo e por isso a terapêutica para tratar problemas sexuais seria baseada no equilíbrio fisiológico e na retomada da ereção por via hormonal⁸⁰.

A saúde sexual dos homens deixa de lado a categoria disfunção sexual, e passa a se focar apenas na disfunção erétil. A disfunção erétil é definida exatamente em função da (in)capacidade de penetrar uma vagina, marcando também o registro heterossexual dessas definições (ROHDEN, 2009, p. 98). A disfunção erétil está associada a antiga preocupação masculina ligada a impotência e com isso a perda da virilidade, que antes era abordada pela sexologia como um problema de base psicológica.

A impotência era tratada até a década de 1980 com a combinação de fármacos, psicoterapia, implantes ou bomba peniana e orientações sobre estilo de vida

⁷⁹ A disfunção erétil é descrita na literatura médica como a incapacidade de obter ou manter uma ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória (AQUINO, 2005).

⁸⁰ As mulheres ficariam em uma encruzilhada na medida em que são compreendidas como sujeitos mais emocionais e relacionais precisariam de uma abordagem mais complexa, como discutimos anteriormente.

impotência que antes poderia ser tratada a partir da melhoria do relacionamento do casal, passa a ser percebida como uma condição fisiológica e individual, que tem nos fármacos a sua solução. A vigilância e consumo guiam as novas práticas terapêuticas da disfunção erétil e não mais impotência sexual.

O recente aumento de estudos sobre a saúde do homem e sua sexualidade se confunde também com a emergência das produções sobre o envelhecimento dos homens e a perda da sua capacidade de ereção. Desde a década de 1930 que o climatério masculino, andropausa, esteve descrito nos manuais médicos, em 1940 já se propunha um tratamento médico, para este quadro que atingia um pequeno percentual de homens idosos.

Apesar da disfunção erétil aparecer como principal sintoma da diminuição das taxas de testosterona dos homens idosos, não se configurava como um problema importante, pois a sexualidade na velhice era considerada uma afronta a moral e bons costumes da época. Enquanto que a testosterona já era indicada na primeira metade do século XX para o tratamento da andropausa, este procedimento não tinha como alvo a promoção da sexualidade na velhice (ROHDEN, 2012).

Todavia, por volta de 1960 o foco dos tratamentos da andropausa passou a ser as questões relacionadas à sexualidade e em 1990 a testosterona já figura como principal forma de tratamento, que traria de volta o vigor sexual e o fim da disfunção erétil. No início da década de 2000 os estudos sobre a diminuição da testosterona na velhice e a busca por diversos tratamentos medicamentosos se intensificam e o quadro médico torna-se cada vez mais conhecido entre o público leigo.

O diagnóstico de andropausa não tinha sido bem-sucedido entre a população leiga e nem no meio médico, desta forma, após críticas ao termo, que se assemelharia ao quadro de menopausa da mulher, foi proposta a categoria de Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM). Enquanto que a andropausa remetia a uma parada no funcionamento do homem na velhice, como o fim da capacidade reprodutiva na mulher, no caso do DAEM o panorama muda, pois ele indica apenas a diminuição da produção da testosterona no homem a partir dos 35-40 anos de idade, mas não o fim súbito da sua produção.

O DAEM tem sido alvo de importantes campanhas das indústrias farmacêuticas, que buscam atingir o público de homens sobre a necessidade de reposição hormonal a partir do envelhecimento, para garantir a qualidade de vida no

mente é um dos principais sinais de saúde na nossa sociedade, sendo usado pela indústria farmacêutica como importante forma de apelo para incentivar o uso de testosterona.

Fabíola Rohden (2012) compara o processo de medicalização do DAEM e da disfunção erétil com a luta dos médicos no início do século XX para combater a sífilis, apesar da diferença do contexto histórico e do modo de atuação do Estado. O combate a sífilis era uma preocupação não só individual, mas principalmente do Estado que utilizava diferentes estratégias higienistas e o foco era na coletividade. O tratamento do DAEM tem um aspecto mais individualista, de aprimoramento e autocuidado, indo muitas vezes em direção oposta a discussão sobre saúde integral do homem, cidadania, promoção de saúde e políticas públicas.

Não se trata mais do autocontrole necessário aos cidadãos dos Estados emergentes, mas do autocuidado imprescindível aos indivíduos responsabilizados por sua saúde, bem-estar e aprimoramento. Poder-se-ia falar de uma medicalização õpor dentroö e õpara a melhoriaö, atrelada à promoção da saúde enquanto valor cultural e bem de consumo (ROHDEN, 2012, p. 2652).

O combate a sífilis se dirigia a um problema externo que provocava mazelas no homem e que prejudicaria a nação, o tratamento do DAEM se volta para o próprio sujeito, encontrando falhas inerentes no funcionamento bioquímico deste corpo que é ameaçado pela diminuição de desempenho.

A perspectiva individualista e de aperfeiçoamento do sujeito na qual de pauta o DAEM tem obtido sucesso também devido a noção atual de que a base do funcionamento do corpo é a sua bioquímica, na qual os hormônios teriam a função de determinar diferentes características sexuais do sujeito (OUDSHOORN, 1994).

Doutor Aguinaldo: após os 40 anos de idade o hormônio masculino que se chama testosterona pode diminuir em torno mais ou menos de 1% ao ano, ao redor de 15% dos homens vão sofrer as consequências da diminuição desse hormônio e isso vai levar a um quadro que era muito conhecido como andropausa, cujo o nome está errado porque diferentemente das mulheres que a menopausa faz uma parada da produção dos hormônios nos homens isso não ocorre. Existe só uma diminuição, então o nome correto desse conjunto de sinais e sintomas foi traduzido como Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino ou DAEM. O DAEM se caracteriza por uma série de sintomas que aparecem no homem e vamos falar de alguns deles aqui: fadiga, mal-estar, desânimo, apatia, algumas vezes depressão, aumento da adiposidade de gordura no abdome formando a barriga, diminuição da massa muscular e principalmente diminuição do desejo sexual e algumas

ereção. E esse conjunto de sinais e sintomas quando estiver associado ao baixo nível de hormônio no sangue que é a testosterona é feito então o diagnóstico de DAEM. E quem tem DAEM precisa ser tratado. A reposição da testosterona hoje em dia é um processo seguro, eficaz e com muita tranquilidade o homem pode repor voltando aos seus níveis normais de testosterona e evitando com isso que ocorra queda com fraturas ósseas, diminuição da massa muscular, alterações da memória, alterações espaciais que nós chamamos de alterações cognitivas além de uma qualidade de vida saudável. É benéfica tanto no seio familiar quanto no sentimento de cada um. Todo homem após os 40 anos de idade que tenha algum sintoma deve procurar o médico urologista porque essa reposição de hormônio pode ser muito benéfica e proporcionar uma velhice saudável (VÍDEO 34).

Apoiados no ideal de qualidade de vida os tratamentos para disfunção erétil negam o processo de envelhecimento e restringem a sexualidade a um padrão moral e heteronormativo. A diminuição da testosterona provocaria a perda da libido, diminuição de massa muscular, depressão e disfunção erétil, estes sintomas caracterizariam o DAEM.

A disfunção erétil é percebida como falência do organismo e não mais um processo de envelhecimento e declínio de determinadas funções do corpo. A base para a patologização da sexualidade masculina se pauta na compreensão de que o homem se define pela sua potência sexual e sua ereção, que não se envolve emocionalmente com seus parceiros sexuais.

A sexualidade seria, então, uma importante via de expressão da masculinidade hegemônica, que é viril, potente, dominante, insaciável, instintiva, incontrolável, agressiva, forte, ativa (GOMES, 2008). O tratamento da disfunção erétil mascara a possibilidade de exercício da sexualidade sem a ereção do pênis, que tem sido percebida como indispensável e central no sexo.

Tal problematização poderia ampliar a discussão acerca das práticas, ainda centrada em certa hierarquia moral que coloca, no topo, a penetração vaginal e, como clímax, a ejaculação masculina (Villela, Arilha, 2003). Perde-se a oportunidade de questionar a centralidade dessa forma hegemônica de fazer sexo e contemplar possibilidades alternativas (PINHEIRO, COUTO, SILVA, 2011, p. 854).

A masculinidade ativa, penetrativa, desprovida de afetos e pautada na heteronormatividade é atualizada no crescente diagnóstico de disfunção erétil. Os imperativos manter-se jovem e cuidar da saúde também contribuem para a

que manteria os homens tanto potentes sexualmente como recuperaria a juventude perdida com o passar dos anos.

Se antes se admitia a diminuição do sexo com o envelhecimento e a sexualidade das pessoas idosas era motivo de riso, atualmente, a atividade sexual se torna obrigatória e sinal de saúde e qualidade de vida na velhice (ROHDEN, 2012). Os fenômenos comuns a velhice como a diminuição da tumescência peniana, demora para atingir a excitação sexual e conseguir novamente a ereção, diminuição da quantidade de sêmen ejaculado e da força com que ele é expelido, tornaram-se um quadro médico a ser tratado com uso de fármacos.

A capacidade erétil como símbolo máximo da virilidade masculina seria cobrada em todas as etapas da vida do homem. É importante destacar que o apelo de apresentar a ereção não atinge apenas os homens mais velhos, mas a disfunção erétil passa a figurar como um problema que pode atingir qualquer homem, independentemente da idade. Apesar da disfunção erétil poder ser influenciada por outros aspectos, que não a diminuição da testosterona, como uso de drogas como álcool e antidepressivos, porém, os hormônios continuam sendo prescritos, inclusive como ferramenta preventiva de uma possível òfalhaö na hora do sexo.

A emergência de diferentes terapêuticas hormonais foi fundamental para consolidação da disfunção sexual como categoria médica e medicalização da sexualidade masculina. O surgimento do Viagra⁸² no mercado também é um importante marco nessa história, apesar de não ser um fármaco de base hormonal, e sim um medicamento inicialmente destinado ao tratamento de problemas cardiovasculares, ele irá promover uma mudança no modo de tratar a disfunção erétil, desencadeando uma série de pesquisas e a divulgação massiva na mídia.

⁸¹ Existe a orientação biomédica para diminuição a testosterona entre homens principalmente em duas situações: 1) no òtratamentoö tanto de agressores sexuais; 2) como no processo transexualizador. A castração química para agressores sexuais consiste na administração de um coquetel que inibiria a produção de testosterona. Os efeitos dessas substâncias são descritos como a diminuição do desejo sexual, diminuição do tamanho do pênis, desenvolvimento de seios, modificação do volume muscular e aumento do acúmulo de gordura no quadril. Nesse sentido, podemos compreender que a castração química, não é destinada simplesmente para diminuir as agressões sexuais, mas para modificar o gênero do agressor, um modo de castigar e controlar a sexualidade masculina é transformá-la simbolicamente e corporalmente em feminina (PRECIADO, 2008). A castração química é o mesmo procedimento utilizado, de forma voluntária, por transexuais que desejam iniciar o processo de feminilização.

⁸² A popularidade do fármaco foi utilizada como material para compra de voto nas eleições de 2016: <http://oglobo.globo.com/brasil/candidatos-inovam-na-compra-de-votos-oferecendo-wi-fi-gratis-ate-viagra-20205340>

século XXI, os hormônios começam a ganhar

destaque neste mercado da disfunção erétil, principalmente com a propagação de informações sobre a reposição hormonal masculina a partir da velhice. Tal propagação de informações sobre os tratamentos da disfunção erétil e velhice masculina, aparece como um *déjà vu* em relação a massificação da reposição hormonal entre mulheres no climatério.

Desde 2001 o Congresso Mundial sobre Saúde do Homem e Gênero tem sido realizado anualmente com apoio de quatorze grandes corporações da indústria farmacêutica, sendo que todas elas produzem fármacos à base de hormônios e outras drogas que são indicadas para o tratamento da disfunção erétil (AQUINO, 2005).

A empresa Bayer Schering Pharma que estava especialmente empenhada em promover-se como o primeiro laboratório com portfólio focado na saúde do homem distribuiu no Congresso Internacional de Urologia realizado no Rio de Janeiro em 2008 e no 10º Congresso da Sociedade Latino Americana de Medicina Sexual, ocorrido em Florianópolis, o mesmo documento intitulado *A saúde sexual como portal da saúde do homem* (ROHDEN, 2012, p. 2648).

A divulgação de tais fármacos é de suma importância para a indústria farmacêutica que tem direcionado grande parte do seu capital para propagandas, superando inclusive o investimento em pesquisas. A propaganda busca atingir desde o médico com apresentações em congressos e publicações em periódicos científicos, como o potencial público consumidor. A Bayer faz campanhas no período do novembro azul⁸³ a fim de atingir um público diversificado, como podemos ver no trecho de um vídeo abaixo:

Jornal da Band- Boris Casoy- apresentador

No dia do homem um dado alarmante 62% dos brasileiros que fazem uso de estimulantes sexuais não buscam orientação médica, e o mais grave metade dos homens nunca foi ao urologista.

Homens fogem do urologista

Tanta informação disponível e o tema ainda é tratado como tabu.

Jornalista: você já falhou alguma vez na hora H?

Homem I: que pergunta mais indiscreta.

Homem II: não, não, até agora não.

Jornalista: Quem tem mais experiência não se incomoda em afirmar que já fez usos de estimulantes sexuais.

Homem III: um pedacinho é o suficiente, uma vez só.

⁸³ Segundo o Ministério da Saúde (2014) a Campanha do Novembro Azul é dedicada à conscientização sobre o câncer de próstata e a saúde do homem, não só no Brasil, mas em todo mundo.

pesquisa feita pela sociedade de urologia em 8 capitais mostra que 62% dos homens que tomam remédios para melhorar a performance sexual fazem isso por conta própria, 39% confessam comparar na farmácia, enquanto 5% confessam adquirir em camelôs.

Alfredo Romero- sexólogo.

Alfredo: A maioria dos homens que nos procuram com uma disfunção erétil já tomaram a maior parte dos comprimidos existentes na praça, em quantidades muitas vezes absurdas. Ele apenas está retardando um tratamento que realmente possa ser feito com efetividade por não procurar ajuda médica.

Luiza Zanchetta- São Paulo

Luiza: metade dos brasileiros ouvidos na entrevista admitem nunca ter ido no urologista, a maioria por falta de tempo, outros por medo de descobrir algum problema de saúde, para mudar essa realidade e despertar o interesse dele em procurar ajuda um mutirão de profissionais oferece atendimento gratuito em uma estação de metrô daqui de São Paulo.

A ação aproveitou o dia do homem para incentivar dezena deles para medir a pressão, o peso, a circunferência abdominal e os níveis de testosterona - hormônio que diminui com o passar da idade. Esses seriam os exames obrigatórios para determinar se o paciente precisa ou não de estimulante sexual, além de uma avaliação psicológica (VÍDEO 32).

É comum o argumento que os homens não se importam ou não cuidam da própria saúde, porém se preocupam com o desempenho sexual, assim sendo, a sexualidade foi o meio pelo qual o saber biomédico pôde capturar os homens. Argumenta-se que pela via da sexualidade e busca por acompanhamento com o urologista os homens poderiam ter acesso a outras especialidades médicas e cuidar da própria saúde de modo integral⁸⁴.

A imagem de instabilidade e vulnerabilidade, antes presente apenas quando se falava do corpo feminino, afetado pela oscilação hormonal, agora também atinge o homem, ameaçando a noção de masculinidade naturalmente potente. Porém, assim como a pílula anticoncepcional e a reposição hormonal são apresentadas como redentoras da mulher, pois elas conseguem com estas substâncias atingir um equilíbrio ômental e corporal, com os homens a testosterona surge de forma semelhante para salvá-los da inconstância e instabilidade da sua ereção, garantindo a satisfação sexual (ROHDEN, 2009).

⁸⁴ A disfunção erétil se articula com outras questões relacionadas a saúde do homem, como o uso de medicamentos para hipertensão. O Ministério da Saúde (2013) ao discutir a saúde sexual e reprodutiva do homem na velhice busca informar que algumas medicações como os indicados para hipertensão e depressão podem influenciar no desempenho sexual, mas que apesar dos efeitos esses fármacos devem continuar sendo utilizados. Em nenhum momento esse aspecto é destacado quando se fala da saúde sexual da mulher na velhice, pois o desempenho sexual seria um fator relevante especialmente para os homens, que costumam parar o tratamento e suspender o uso de fármacos que afetam a sua ereção, mesmo que isso provoque outros danos a sua saúde. O Ministério da Saúde (2013) chega a indicar fármacos que estão disponíveis na Atenção Primária para tratar a disfunção erétil, a fim de não diminuir os atendimentos dos homens.

médicos, aqueles que detêm o saber sobre o funcionamento ideal da sexualidade começa a se estabelecer, e os homens que historicamente apresentavam resistência aos serviços de saúde de modo geral, passa a depender destes profissionais para garantir o funcionamento da sua sexualidade.

A recente inserção dos homens na discussão sobre saúde está associada ao seu lugar na hierarquia social, tanto que as indústrias farmacêuticas têm utilizado a estratégia do desempoderamento e falência da masculinidade para promover uma maior aproximação entre o homem e os serviços de saúde. Fabíola Rohden (2012) discute que o sucesso dos fármacos voltados para a disfunção erétil se entrelaça com a ideia de masculinidade em crise, ilustrada pela perda de ereção. A noção de que a ereção, símbolo da virilidade e da identidade masculina, é efetivamente instável, sujeita a vários tipos de percalços parece ganhar cada vez mais notoriedade (ROHDEN, 2012, p. 2650).

Porém, os movimentos sociais têm buscado outras estratégias para promover tal aproximação tendo como base a divulgação de informações e a problematização do modelo hegemônico de masculinidade. A intensificação das discussões sobre saúde do homem, no Brasil se materializou com o lançamento, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A luta crescente pela promoção da saúde integral do homem se confunde com a agenda das indústrias farmacêuticas. Na área de saúde, tem-se buscado demonstrar como a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, inclusive Sérgio Carrara, Jane Russo e Livi Faro (2009) argumentam que a própria PNAISH se estrutura a partir de tal argumento, na qual os homens são vítimas de sua própria masculinidade. Porém esses autores analisam que:

A condição para que ocorra a mudança cultural necessária para fazer com que os homens (heterossexuais) tenham uma relação tão reflexiva com seus próprios corpos quanto seus vários outros (mulheres, homossexuais, travestis) é que tais outros tenham o mesmo poder e prestígio que eles. Tudo se passa como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua vulnerabilidade biológica e para ver algum sentido na luta por ultrapassá-la. Dito de outro modo, mostrar-se invulnerável faz parte do exercício do poder pelos homens e o poder tem um preço (uma vida mais curta ou menos saudável) que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009, 672 -673).

os sociais buscam que os homens acessem os serviços de saúde e protagonizem a luta por promoção de saúde e cuidado, as indústrias farmacêuticas apresenta o homem como vítima de um corpo falho e pouco potente, que deve buscar nos fármacos a melhoria do seu desempenho (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009).

A perspectiva do homem como modelo de ser humano universal, o afasta do homem ôconcretoô, que possui uma história de vida, orientação sexual, etnia, religião, geração, classe, está inserido em diversas redes, marcado por questões culturais e históricas. Tais articulações produzem diferentes masculinidades que podem se afastar ou se aproximar do modelo hegemônico.

A concepção de que o tratamento da disfunção erétil poderia figurar como porta de entrada para saúde do homem, pode ser controverso, pois continuaria centrando a saúde dos homens na sua sexualidade e reduzindo a saúde sexual a capacidade de ereção. A diversidade de modos de exercer a sexualidade torna-se disfunção a partir do discurso biomédico e o modelo de masculinidade hegemônico é naturalizado. A sexualidade seria, então, uma importante via de expressão da masculinidade hegemônica, que é viril, potente, dominante, insaciável, instintiva, incontrolável, agressiva, forte, ativa (GOMES, 2008).

A disfunção erétil é atravessada pelas ônovas tecnologiasô biomédicas, discurso normativo sobre o sexo, a noção de saúde sexual, tendo como parâmetro o casal heterossexual e os estereótipos de masculinidade. As preocupações com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gravidez não planejada parecem sumir na era do desempenho sexual promovido pelo controle bioquímico do corpo. Inclusive o saber biomédico parece começar a perder parte do seu *status* frente a força das indústrias farmacêuticas.

O DAEM faz parte de uma rede heterogênea que envolve a testosterona, as indústrias farmacêuticas, propagandas, médicos, exames clínicos, laboratórios, amostras de sangue etc. Modos de subjetivação têm sido configurados nessa rede complexa que institui sujeitos medicalizados, em busca constante por se aperfeiçoar e permanecer jovem, que se autogoverna, em que a bioquímica e os hormônios estruturam o funcionamento corporal.

A testosterona não só trataria a disfunção erétil como também preveniria tal problema. Essa substância, então, pertenceria a um conjunto de fármacos voltados para

amento do sujeito (ROSE, 2013). Como podemos

analisar no trecho abaixo:

Dr. Aguinaldo Nard: A diminuição do hormônio masculino nos homens pode caracterizar vários sinais como: diminuição da qualidade de vida, astenia, cansaço, apatia, diminuição da força muscular, aparecimento da barriga pelo aumento da adiposidade visceral e também distúrbios sexuais como diminuição do desejo e em casos menores impotência sexual ou disfunção erétil como nós preferimos chamar (VÍDEO 33).

A testosterona está articulada a uma série de efeitos que envolve desde a disfunção erétil até apatia. A testosterona tem sido utilizada de diferentes modos, desde a reposição hormonal para homens e mulheres na velhice, como uso de anabolizante⁸⁵ para fim estético e esportivo para aumento da massa muscular e força, há relatos também indicando a testosterona para o tratamento de osteoporose, anemia, ganho de peso para pacientes terminais e com AIDS (FIGUEIREDO, 2013).

Dessa forma, interesses políticos, econômicos, simbólicos e científicos se entrelaçam na rede produzindo diferentes efeitos, que não estavam previstos nos primeiros estudos sobre a testosterona. Os deslocamentos da substância são múltiplos indo do campo de concentração até as clínicas para tratamento de impotência.

10.3 Masculinidades e reprodução

A testosterona é o principal hormônio do corpo do homem, ela é responsável pelo desenvolvimento de características masculinas no organismo e pela função sexual, com a chegada dos 40 anos a produção desse hormônio sofre um leve declínio. Porém, fatores como hábitos alimentares e sedentarismo podem agravar essa deficiência. A diminuição do nível de testosterona no caracteriza o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino o DAEM que está diretamente ligado a qualidade de vida do homem (VÍDEO 33).

O trecho acima reafirma a premissa de que a testosterona é o principal hormônio do corpo do homem, com isso, também se pressupõe que essa substância não é importante para as mulheres, como vimos nos capítulos anteriores. Assim, os efeitos

⁸⁵ Os anabolizantes são medicamentos à base de hormônios, indicados para o tratamento de algumas doenças, como anemia, alguns tipos de câncer, casos de reposição hormonal, atrofia muscular, estímulo do crescimento em caso de puberdade masculina tardia, dentre outras. Esses medicamentos possuem a propriedade de aumentar os músculos e, por esse motivo, são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física. O uso estético de anabolizante não é feito por indicação médica, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde (ANVISA, 2010, p. 90).

ideal de masculinidade que não se restringe as produções médicas. Na tese em Psicologia de Carlos Lacaz (2009), da Universidade de São Paulo (USP), por exemplo, o pesquisador busca estabelecer a correlação entre a concentração de testosterona, liderança e a Relação Digital⁸⁶ (RD).

O pesquisador apesar de afirmar que considera a influência tanto da biologia como do ambiente para o estabelecimento da liderança, descreve uma série de exemplos de seres humanos⁸⁷ e animais⁸⁸ na qual a testosterona é o fator predominante para o desenvolvimento da liderança característica. Tal pesquisa é um exemplo de naturalização do que é ser homem sempre associado a luta, força, musculo, desempenho sexual etc.

Dentro dessa lógica, os homens são excluídos, por exemplo, do processo reprodutivo, diferente do que acontece com as mulheres. Os homens estiveram historicamente distantes das discussões sobre procriação e cuidado com a prole, cabendo à mulher a gestão de tais aspectos da vida. Enquanto às mulheres cabia a reprodução, aos homens cabia a sexualidade. Porém, Nelly Oudshoorn (1994) aponta que desde o período da revolução anticoncepcional os métodos contraceptivos se restringiram ao corpo feminino, mostrando assim o entrelaçamento entre a produções de tecnologia biomédica e os estereótipos de gênero⁸⁹.

A proposta de desenvolver um contraceptivo masculino não se tornou viável pela falta de aceitação e investimento de diferentes agentes como Organização Mundial de Saúde, laboratórios farmacêuticos, países em desenvolvimento e com problemas para controlar o crescimento populacional (como a China), movimentos feministas,

⁸⁶ A Relação Digital (RD) é definida pela relação (quociente da divisão) entre o tamanho do segundo dedo (indicador) e o do quarto dedo (anelar) - 2D:4D. Segundo Lacaz (2009) tal relação é sexualmente dimórfica, sendo menor nos homens e maior nas mulheres. Quanto menor esse número (dedo indicador menor que dedo anelar, 2D<4D) maior a exposição à testosterona durante a gestação. A testosterona estimularia o crescimento pré-natal do 4º dedo (anelar), enquanto o estrógeno promove o crescimento do 2º dedo (indicador) (LACAZ, 2009).

⁸⁷ Entre os seres humanos o interesse por determinados brinquedos durante a infância seria determinado pela exposição a testosterona durante a gestação. As altas taxas de testosterona também apresentavam correlação com comportamentos antissociais, desvios de conduta, problemas com a justiça, descontinuidade no casamento e uso abusivo de drogas. Tais conclusões foram feitas a partir de pesquisas comparando a taxa de testosterona entre soldados, jovens que participavam de gangs e prisioneiro em relação a população em geral.

⁸⁸ Os exemplos abrangem desde a relação entre a mansidão e melhoria no sabor dos animais após a castração, bem como as fêmeas de hiena na savana africana serem mais agressivas, musculosas e dominantes devido a maior presença de testosterona se comparadas aos machos de sua espécie.

⁸⁹ Em 2015 a Fundação Parsemus, dos Estados Unidos, afirmou que irá lançar em 2017 um contraceptivo masculino, que não afetaria a produção de hormônios. <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/04/22/anticoncepcional-masculino-deve-chegar-ao-mercado-em-2017.htm>

is etc. Segundo Nelly Oudshoorn (1994), se dependesse apenas do desenvolvimento tecnológico e científico teria sido possível produzir um dispositivo voltado para contracepção masculina, mas as indústrias farmacêuticas preferiram não realizar pesquisas e comercializar tal artefato devido ao receio de fracasso de venda por não aceitação no mercado⁹⁰.

A ideia de que a mulher é a responsável pela concepção se materializa na produção de contraceptivos voltados apenas para as mulheres, inclusive com a articulação de movimentos sociais, como o feminismo que irão associar a pílula ao controle do próprio corpo, retirando assim parte da função dos homens na atividade reprodutiva. As tecnologias biomédicas não possuem uma essência a-priori, mas se produzem articuladas em uma rede heterogênea que envolve, política, pessoalidades, economia etc.

Geralmente, as discussões sobre um possível contraceptivo masculino se associam o medo da perda de ereção provocada pela substância, o que também é comum surgir nas discussões sobre vasectomia, que apesar de serem um procedimento mais simples que a laqueadura é menos popular. A saúde e sexualidade da mulher, apesar de prejudicada com o uso de contraceptivos, como já foi apontado pela literatura médica, e os riscos do procedimento cirúrgico da laqueadura não impedem que tais condutas sejam populares. O uso de massivo de anticoncepcional pelas mulheres e a castração permanente destas por meio da laqueadura, só renaturalizam a noção de que a reprodução e seu controle não é assunto de homem.

Pode-se supor a partir daí que, mais uma vez, as mulheres aparecem como mais associadas à reprodução e ao cuidado (inclusive contraceptivo ou de planejamento familiar), enquanto os homens são mais associados ao livre exercício da sexualidade, sem necessariamente serem levados a considerar as questões que envolvem a reprodução (...) Teríamos então uma medicalização da sexualidade focada nos homens em contraste com uma medicalização da reprodução centrada nas mulheres, o que reforça a dimensão do cuidado associado ao feminino e a resistência ao masculino (ROHDEN, 2013, p. 13).

⁹⁰ Estudo sobre contraceptivo masculino, patrocinado pela indústria farmacêutica Schering AG foi interrompido, em 2011, por órgãos fiscalizadores pelos riscos que ofereceria à saúde das cobaias. É importante destacar que os efeitos descritos pela pesquisa são menos danosos do que aqueles apresentados por mulheres que fazem uso de contraceptivo hormonais. <http://www.michelteixeira.com.br/anticoncepcional-masculino-e-adiado-por-ter-reacoes-semelhantes-ao-feminino/>

utilizados para naturalizar tal binarismo que destina a mulher a reprodução e o homem a sexualidade. Apesar da testosterona não ser exclusiva ao corpo dos homens e o estrogênio, progesterona e ocitocina⁹¹ não serem exclusivos do corpo das mulheres tal ideia continua se perpetuando como vimos nos vídeos da Bayer.

Os hormônios estão envolvidos em uma série de controvérsias, tais substâncias escapam da função para qual elas foram inicialmente destinadas, provocando uma série de subversões e se entrelaçando com diferentes modos de subjetivação.

⁹¹ Existem alguns poucos relatos sobre homens que amamentaram seus filhos, porém sempre sobre o viés do bizarro e exceção. Não existem estudos, por exemplo sobre os efeitos de injeções de ocitocina para estimular o aleitamento paterno. Enquanto que a testosterona tem sido cada vez mais administrada apesar das pesquisas apontarem o aumento do risco de câncer de próstata. http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/bizarro_porem_verdade_machos_podem_produzir_leite.html



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

NAVEGANDO AINDA EM MARES REVOLTOS

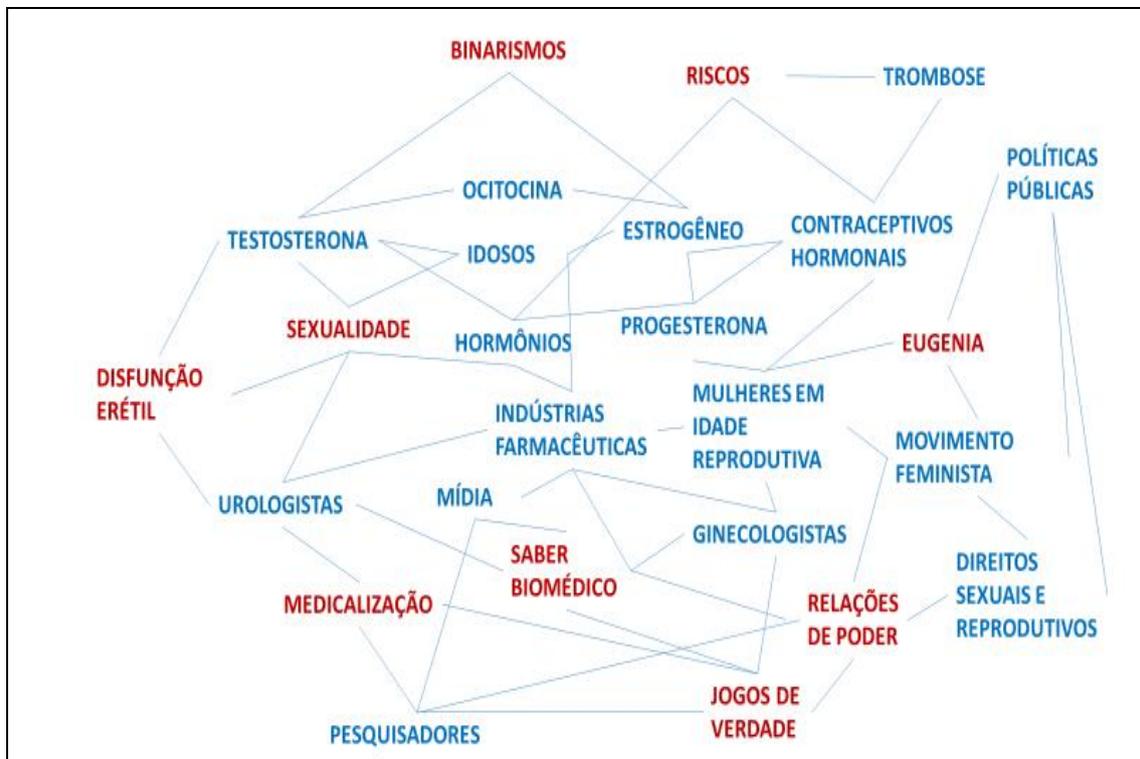
11. NAVEGANDO AINDA EM MARES REVOLTOS

Escreve-se sempre para dar a vida, para liberar a vida aí onde ela está aprisionada, para traçar linhas de fuga (DELEUZE, 1992, p. 176).

Em consonância com a citação de Deleuze, este estudo buscou traçar linhas de fuga. Ao analisarmos os agenciamentos produzidos pelos hormônios na conformação/deslocamentos de modos de subjetivação contemporâneos, estabelecemos controvérsias e colocamos em questão os padrões de sexo e sexualidade instituídos.

Tendo como referência o objetivo central da tese buscamos ainda estabelecer relações entre os saberes sobre os hormônios e a produção biopolítica dos efeitos de verdade; e analisar regulações da sexualidade e práticas de feminilização e masculinização agenciadas pelos hormônios.

No exercício de sintetizar a rede de controvérsias que estabelecemos ao longo deste escrito, apresentamos a teia abaixo:



posição rizomática, sem início e fim (DELEUZE, GUATTARI, 2000). Os hormônios funcionaram como elementos centrais para facilitar o processo de análise, porém entendemos que estes se articulam com outros atuantes, para usarmos uma expressão de Bruno Latour, da rede produzindo diferentes efeitos. Os efeitos produzidos em rede não são fixos ou estáveis. Os atuantes da rede também são híbridos (na cor azul), rompendo com a lógica de que apenas os humanos possuem agencia.

Acrescentamos, ainda, na rede alguns conceitos (na cor vermelha) que nos ajudaram a pensar os agenciamentos produzidos pelos hormônios. Foucault e teóricos alinhados ao feminismo, além dos autores envolvidos na Teoria Ator-Rede, foram importantes interlocutores para elaboração da tese, dessa forma, optamos por explicitar os principais conceitos explorados.

Ao longo desta tese, podemos perceber que, de acordo com os encontros que os hormônios tiveram, tais enlaces produziram efeitos diversos, entre eles a renaturalização do modelo binário de sexo. Os vídeos delineiam a função reprodutiva da mulher como determinada biologicamente, pois a natureza dos hormônios que a constituem definem sua propensão para a maternidade e, como consequência, para a vida doméstica e os cuidados com a família. Em contrapartida, os homens são definidos pela grande quantidade de testosterona que circula em seus corpos, tal hormônio é associado ao vigor sexual, força, energia, disposição, agressividade e com isso os homens estariam fadados ao espaço público e exercício da sexualidade penetrativa.

O saber e poder biomédico associa os hormônios a natureza feminina e masculina, produzindo como efeito de verdade modos de subjetivação mulheres e homens. Tais premissas normatizadoras instituem determinados modos de subjetivação e tentam restringir a diversidade de modos de viver. Aqueles que resistem aos padrões de feminilidade e masculinidade instituídos são submetidos a sanções, que muitas vezes envolve a patologização da sua existência.

O binarismo de sexo é reatualizado com a substancialização da diferença sexual a partir dos hormônios⁹². Há, então, uma essencialização do que é ser homem e do que é ser mulher, antes com base na anatomia da genitália, posteriormente, nas gônadas e agora tendo os hormônios como referência. O dualismo de sexo característico

⁹² Nos preocupamos e tomamos cuidados durante a elaboração da tese para não reiterar o binarismo de sexo, apesar do material encontrado no vídeos e da organização dos Platôs.

o com os hormônios, delimitando este aspecto da vida ao plano da biologia, supostamente natural e imutável. O homem continua sendo construído como oposto a mulher, sendo, dessa forma, criaturas biologicamente diferentes e suposição de tal diferença produz efeitos em diferentes âmbitos da vida.

É justamente a instabilidade e as controvérsias que envolvem o binarismo de sexo que incitam a constante re-atualização de práticas essencialistas. A feminilização e masculinização produzidas pelos hormônios são práticas, ações, efeitos e não a essência dos hormônios. Assim, compreendemos que os hormônios produzem efeitos diversos, dependendo dos laços que estas substâncias estabelecem em rede, que depende de questões políticas, econômicas, científicas, morais etc. Isso posto, essa tese coloca em questão os dualismos: homem e mulher, natureza e cultura, natural e artificial.

A produção científica sobre os hormônios é permeada por diversas outras relações, por isso é necessário questionar os determinismos produzidos pelo cientificismo biológico e os imperativos associados a uma noção genérica de saúde como norma.

A sexualidade, por exemplo, tornou-se um indicador de saúde que precisa ser estimulado durante toda a vida do sujeito. Há um predomínio das explicações biologicistas sobre a sexualidade, tornando-a uma função natural e orgânica do ser humano, sendo, então, passível de investigação. Tal concepção tornou-se base para o desenvolvimento do atual mercado de substâncias voltados para a sexualidade. Dessa maneira, parece não ter possibilidades para compreender o sexo para além das explicações biomédicas, que a traduz em termos bioquímicos e orgânicos, estabelecendo padrões de se viver.

Os hormônios articulam-se, ainda, com uma perspectiva individualista de existência, na qual cabe a cada um administrar tais substâncias a fim de atingir os padrões de normalidade instituídos e alcançar a felicidade. Destarte, os conceitos de molecularização, otimização, subjetificação, expertise e bioeconomia propostos por Rose (2013) nos ajudaram também a compreender a dinâmica de transformações que envolvem a noção de corpo saudável centrada no autogerenciamento individual.

Na nossa sociedade, a saúde perpassa questões morais e individuais, na qual o sujeito precisa se informar sobre práticas de cuidado, como as oferecidas pelos vídeos da Bayer. Por uma via farmacológica e individualista, as melhorias do desempenho e

gimes de verdade, produzindo, assim, determinados modos de viver.

Portanto, os hormônios são indicados não só para o tratamento de problemas de saúde, mas também para a prevenção de possíveis mazelas que possam a vir acometer o sujeito, governando o presente como tentativa de controlar o futuro. As técnicas e recursos biotecnológicos produzem novos objetos e questões, antes inconcebíveis ou impossíveis de serem formulados, engendrando novas formas de vida, novas formas de compreensão da vida e, portanto, novos modos de existência (HÜNING, 2008, p. 106).

As biotecnologias são importantes referências para os modos de subjetivação na atualidade e os hormônios são um destes atuantes, que possibilitam a inteligibilidade de novos modos de se relacionar consigo e com os outros. Os hormônios têm produzido efeitos nas formas corporais, nos afetos, nas condutas.

A partir da administração dos hormônios são instituídas normas sobre o que é saúde, o que é risco, como controlar o futuro, o que é verdade, quem tem o direito a fala, como se deve exercer a sexualidade, com quem se relacionar sexualmente, quem pode ou não administrar determinada substância, quem deve se reproduzir, como e quando é autorizada a reprodução etc.

Quando lançamos um olhar mais atento para a potente constituição desse novo mercado de produtos e medidas de desempenho, percebemos o quanto ele tem sido eficaz na conformação de determinados marcos de referência em termos de sexualidade e gênero, definidos de forma bastante estrita e bem distantes das reivindicações em prol do respeito à diversidade, seja de práticas distintas, seja de comportamentos alternativos ou de identidades fluidas (ROHDEN, RUSSO, GIAMI, 2014, p. 26).

Ideais de saúde, juventude, beleza, família, masculinidades, feminilidades, desempenho sexual, sexualidade se associam com os hormônios produzindo determinados modos de viver. Os hormônios, de forma isolada, não agenciam as controvérsias que assinalamos ao longo deste estudo. Sem a tentativa de controle do futuro, os hormônios não seriam, ao mesmo tempo, produtores e protetores de riscos; sem as políticas de controle da natalidade e o movimento feminista os hormônios não proporcionariam, concomitantemente, a liberdade sexual da mulher e o controle dos seus corpos.

cartografar controvérsias, pensamos em uma rede sempre em fluxos e deslocamentos, com diferentes elementos que estão constantemente se encontrando e se afastando. Não há, nesse sentido, atuantes isolados, mas agenciamentos em rede.

A produção desta tese não buscou produzir certezas, mas novas inquietações que possam levar a outras pesquisas. Focamos neste estudo, principalmente nos discursos oficiais, produzidos pelo saber biomédico e difundido a partir de vídeos da empresa farmacêutica Bayer, mas ficam questões ainda sobre como os sujeitos têm-se produzido no cotidiano a partir da administração dos hormônios, ou mais precisamente, que efeitos são relatados? Como se configura a dinâmica entre tentativas de reprodução linear do discurso hegemônico e os jogos de resistência?

Outra questão que fica, também, são os modos como os sujeitos que não se identificam com o sexo designado no seu nascimento têm utilizado os hormônios, quais os tipos de negociações que têm sido feitos com o discurso oficial para ter acesso a essas substâncias e quais os efeitos relatados.

Podemos perceber, ainda, que, no que se refere à hormonização dos corpos, os estudos e discursos sobre as mulheres têm sido mais produzidos e disseminados, na nossa sociedade, se comparados aos homens. Com isso, é importante que mais pesquisadores se dediquem a analisar a relação dos homens com o processo reprodutivo e de cuidado, como por exemplo, a possibilidade de comercialização dos contraceptivos masculinos, ou ainda da amamentação por homens.

Não buscamos estabelecer generalizações ou conclusões definitivas com esses escritos, mas almejamos que esta tese tenha possibilitado o questionamento da naturalização dos efeitos dos hormônios, trazendo tais substâncias para o debate ético-político, a fim de produzir novo devires mais criativos e potentes.

ALTMANN, Helena. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. n. 46. p. 287-310. dez. 2007.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Perguntas e Respostas. Regulamentação da Propaganda de Medicamentos - RDC n.º 96, de 17 de dezembro de 2008.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Legislação Consolidada e Comentada Propaganda de Medicamentos**. Brasília: Agência. Nacional de Vigilância Sanitária; 2010.

APPIO, Alexandre. O entorpecimento consentido. **Revista Saúde e desenvolvimento**. Vol. 6, n. 3. Jul./dez 2014.

ARÁN, Márcia, A psicanálise e o dispositivo da diferença sexual. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17 (3), 312, setembro-dezembro, 2009.

ARAÚJO, Inês. A noção de discurso em Foucault. In ARAÚJO, Inês. **Do signo ao discurso**: introdução à filosofia da linguagem. São Paulo- Parábola, 2ª Ed. 2008.

ARENDDT, Ronald. Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria do ator-rede. **Psicologia & Sociedade**, v.20, n. especial, p. 7-11, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, Ulrich. **World risk society**. Cambridge: Polity. 1999.

BIROLI, Flávia. Gênero e política no noticiário das revistas semanais brasileiras: ausências e estereótipos. **Cadernos pagu** (34), janeiro-junho de 2010:269-299.

BROWN-SEQUARD, Charles. **The Elixir of Live**. 1889. Disponível em: <<http://www.archive.org/details/elixiroflifedrbr00dunbuoft>>. Acesso em: 12/07/2016.

BURGESS, Jean; GREEN, Joshua. **YouTube e a Revolução Digital**: como o maior fenômeno da cultura participativa transformou a mídia e a sociedade. São Paulo: Aleph, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**: Feminismo e subversão da identidade. (R. Aguiar, Trad.). 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original Publicado em 1990). 2010.

CALLON, Michel. Science et société: les trois traductions. **Les Cahiers du M.U.R.S.**, v. 42, n. 1. 2003.

CANDIOTTO, César. Foucault: uma história crítica da verdade. **TranFormação** (UNESP), v. 29, n. 2. 2006.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus** ó a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.

; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis** 2009; 19(3): 659-678.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CORDEIRO, Mariana. **Psicologia Social no Brasil: multiplicidade, performatividade e controvérsias**. Tese (Psicologia Social) - Pontífice de São Paulo (PUC). 2012.

CORRÊA, Mariza. **Não se nasce homem**. Trabalho apresentado no Encontro ãMasculinidades/Feminilidadesõ, nos õEncontros Arrábida 2004ö, Portugal, 2004.

CORRÊA, Sonia. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 101-121, jul./dez. 2006.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalinda. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva Feminista. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

COSTA, Jurandir. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, Tônia; STOTZ, Eduardo; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface**, v. 10, n. 10. Botucatu, jul-dez, 2006.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Editora 34 LTDA. SP- São Paulo, 1992.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense. 2005.

DESCARTES, René. **O discurso do método**. L&PMSP- São Paulo, 1637.

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.193-210.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Sexing the body**: gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books. 2000.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 17-18, 2002.

FERREIRA, Arthur. Para além dos fundamentalismos epistemológicos: o encontro de Michel Foucault e Bruno Latour na construção diferencial de um mundo comum. **Revista Aulas**, 3, 2007.

FIGUEIREDO, Renato. **Uma história da testosterona sintética**: de Brown Séquard a Rebeca Gusmão, 2013.

discurso: mídia e produção de subjetividade. **Tese** (Doutorado) ó Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Porto

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da Prisão. Petrópolis, Editora Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II**: uso dos prazeres. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In RABINOW, Paul e DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault**. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1984.

Alegre: UFRGS / FACED, 1996.

FOUCAULT, Michel. As técnicas de si. In FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits**. Tradução Karla Neves e Wanderson Flor Do Nascimento. Paris: Gallimard, 1994, Vol. IV, pp. 783-813.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fonseca, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Por uma vida não-facista**. Coletivo sabotagem. 2004. Disponível em: <www.sabotagem.revolt.org>. Acesso em: 10/03/2012

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009b.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos V**: Ética, Sexualidade, Política. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

nto da Clínica. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FREIRE, Letícia. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, jan/jun. 2006.

GALINDO, Dolores; VILELA, Renata; MOURA, Morgana. Uma dose queer: performances tecnofarmacológicas no uso informal de hormônios entre travestis. In: SOUZA, Leonardo; GALINDO, Dolores; BERTOLINE, Vera (Orgs). **Gênero, corpo e ativismos**. Cuiabá, MT: UFMT, 2012.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, V. 16, N. 40, 2012.

GIAMI, Alain. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):301-320, 2007.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GIL, José. **Metamorfoses do corpo**. 2ªed. Relógio D'Água Editores. Portugal ó Lisboa, 1997.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

GOMES, Romeu (Org.). **Saúde do Homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

GROSSMAN, Eloísa. A construção do conceito de adolescência no ocidente **Adolescência e saúde**, v.7, n. 3. 2010.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. RJ - Petrópolis: Vozes, 1996.

HARAWAY, Donna. **SABERES LOCALIZADOS: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. **Cadernos Pagu** (5) 1995: pp. 07-41

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humanos**. 2. ed. Belo Horizonte: autêntica Editora, 2009.

HEBERLÊ, Antônio; SAPPER, Sadi. Mídia, produção de notícias e significação. **UNirevista** (UNISINOS. Online), v. 1, p. 1-11, 2006.

HILLESHEIM, Betina; DA CRUZ, Lilian. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. **Psicologia & Sociedade**; 20 (2): 192-199, 2008.

o biotecnológico na viagem pelo reino das batatas transgênicas, porquinhos fosforescentes e almas codificadas. **Tese** (Doutorado) ó Faculdade de Psicologia, PUCRS ó Porto Alegre, 2008.

HUNING, Simone; GUARESCHI, Neuza. Michel Foucault, Bruno Latour e algumas linhas de fuga na produção de conhecimentos. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, Vol. 47, N. 1, p. 64-71, jan/abr 2011.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ĨNIGUEZ, Lupicinio. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de Vera Lucia Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo, gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LARROSA, Jorge. õTecnologias do eu e educaçãoö. In: Silva, Tomaz Tadeu. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994, p.35-86.

LATOURE, Bruno. On actor-network theory: a few clarifications. **Soziale Welt** 47, n4 367, 369-381. 1997.

LATOURE, Bruno. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru, SP: EDUSC. 1999.

LATOURE, Bruno. **Ciência em ação**. São Paulo: UNESP, 2000

LATOURE, Bruno. **A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

LATOURE, Bruno. õNão congelarás a imagemö, ou: como desentender o debate ciência e religião. **MANA**, v. 10, n. 2, p. 349-376, 2004.

LATOURE, Bruno. **La cartographie des controverses**. 2007. Disponível em <http://www.technologyreview.fr/?id=65>.

LATOURE, Bruno. **Jamais Fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2009.

LATOURE, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: Edufba, 2012.

LATOURE, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2002.

LAW, John. Notes on the Theory of Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. **Systems Practice**, v.5, n. 4, 1992.(Tradução de Fernando Manso). Disponível em: <<http://www.necso.ufrj.br>, 1992>. Acesso em: 15/06/2012

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas ó SP: Papyrus, 2003.

o corpo. Petrópolis ó RJ: Vozes, 2006.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e sociedade**. Petrópolis ó RJ: Vozes, 2012.

MANICA, Daniela. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 197-226, jan./jun. 2011.

MATOS, Maria. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: MATOS, Maria; SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP 2003.

MATOS, Maria; SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP 2003.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 1997.

MEDRADO, Benedito. O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira. **Dissertação** (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica São Paulo: 1997.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. -Eu não sou só próstata, eu sou um homem!ø Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes Romeu, organizador. **Saúde do Homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana; GRANJA, Edna; VIEIRAS Sirley. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAÍ; 2009.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jaqueline; NASCIMENTO, Vanda; CORDEIRO, Mariana (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro. 2014.

MÉLLO, Ricardo Pimentel. **A construção da noção de abuso sexual infantil**. Belém: EDUFPA, 2006.

MENEGON, Vera. Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano. **Dissertação** de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica PUC/SP, 1998.

MENEGON, Vera. Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. **Tese** (Doutorado) ó Psicologia- Pontífice São Paulo. 2003.

MENEGON, Vera. Tecnologias em saúde reprodutiva: implicações nos modos de ser contemporâneos. In: JOBIM, Solange; MORAIS, Márcia (Org). **Tecnologias e modos de ser no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: 7 letras, 2010.

Temas de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva. DF - Brasília, 2013.

MITJAVILA, Myriam. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social;** Rev. Sociologia USP, S. Paulo, 14(2): 129-145, outubro de 2002.

MOREIRA, Mariana. *“O que foi feito, amigo, de tudo que a gente sonhou?”* Uma cartografia da atuação de Organizações da Sociedade Civil no fortalecimento da democracia. *Tese* (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) ó Universidade Federal do Rio de Janeiro ó UFRJ, Instituto de Psicologia ó Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social ó EICOS. 2014.

NARDI, Henrique. **Ética, trabalho e subjetividade:** trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

NEIRA, Marcos Garcia; LIPPI, Bruno Gonçalves. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 607-625, Aug. 2012

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body:** an archeology of sex hormones. London: Routledge. 1994.

PECHULA, Marcia. Ciência: outra linguagem na mídia? Reflexões sobre os discursos científicos acadêmico e midiático. **Ciência e Ensino.** Vol. 3, Nº. 2 Especial 18 anos, 2014.

PEDRO, Joana. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio - século XX. In: MATOS, Maria; SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate.** São Paulo: Editora UNESP 2003.

PELEGRINI, Marta. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia Ciência e Profissão, Brasília,** v. 23, n. 1, mar. 2003.

PELÚCIO, Larissa. Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. 2007. **Tese** (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad:** Revista Latinoamericana. Vol. 1, p. 125-157. Rio de Janeiro: CLAM-IMS-UERJ, 2009.

PINHEIRO, Thiago; COUTO, Márcia; SILVA, Geórgia. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.,** v.15, n.38, p.845-58, jul./set. 2011.

POGREBINSCHI, Thamy. **Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder.** Lua Nova, n. 64, 2004.

PRECIADO, Beatriz. **Testo Yonqui.** Madri: Espanha Calpe, 2008.

Fabíola. A ciência na mídia e as estratégias de reafirmação da bipolaridade entre os gêneros: o caso do Globo Repórter. **Cadernos Pagu** (32), janeiro-junho de 2009:267-299.

ROHDEN, Fabíola. Uma Ciência Da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher. **Tese** (Doutorado em Antropologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 15,supl. p. 133-152, 2008

ROHDEN Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

ROHDEN, Fabíola. A criação da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade envelhecimento. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 2, p. 196-219-219, 2012.

ROHDEN, Fabíola; RUSSO, Jane. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 722-729, 2011.

ROHDEN, Fabíola; RUSSO, Jane; GIAMI, Alain. Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Rio de Janeiro, v. 17, p. 10-29, 2014.

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu. **Educação & Realidade**, 26 (1), 33-57. 2001.

ROSE, Nikolas. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Pulus, 2013.

ROSSI, Vanberto. Corpos Tranfigurados. **Contemporânea**. v. 4, n. 1 p. 259-265 Jan.6 Jun. 2014.

SAMPAIO, Juliana. Viajando entre sereias: saúde de transexuais e travestis na cidade de Fortaleza. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

SANTOS, Kwame; YASUI, Silvio; DIONÍSIO, Gustavo. O sujeito-comprimido. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9. 2012.

SILVA, Viviane; MARQUES, Ana Paula, LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; LEAL, Márcia; RAPOSO, Maria. Satisfação Sexual entre Homens Idosos Usuários da Atenção Primária. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.21, n.1, p.171-180, 2012.

SPINK, Mary Jane. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. **Psicologia & Sociedade**., v. 12, 2000: 156-173.

SPINK, Mary Jane. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(6): 1277-1311, 2001.

luo e Sujeito: Notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: SPINK, Mary Jane; FIGUEIREDO, Pedro; BRASILINO, Jullyane. **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Eudelstein de Pesquisas Sociais, 2011.

SPINK, Mary Jane. Aventura, liberdade, desafios, emoção: os tons do apelo ao consumo do risco-aventura. *Política & trabalho: revista de ciências sociais*, n. 37, outubro de 2012 - pp. 45-65.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito; MÉLLO, Ricardo Perigo, Probabilidade e Oportunidade: A Linguagem dos Riscos na Mídia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002,

15(1), pp. 151-164.

SPINK, Peter. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul/dez. 2003.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Peter; RIBEIRO, Maria; CONEJO, Simone; SOUZA, Eliete. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jaqueline; NASCIMENTO, Vanda; CORDEIRO, Mariana (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro. 2014.

TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humanos. 2. ed. Belo Horizonte: autêntica Editora, 2009.

TAYLOR, Charles. **As Fontes do Self**: A construção da identidade moderna. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Loyola, 1989.

TUCHERMAN, Ieda; RIBEIRO, Mariana. Ciência e mídia: negociações e tensões. **ECO-PÓS**- v.9, n.1, janeiro-julho 2006, pp.244-259.

VAL, Jaime. Cuerpos frontera. Imperios y resistências en el pos-posmodernismo. **Artnodes**, Número 6, 2006.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. 2 ed. Petrópolis. 2004.

VEIGA-NETO, Alfredo. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**. Pelotas [34]: 83 - 94, setembro/dezembro 2009.

VIEIRA, Elisabeth. A Medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira (Org.). **O corpo Educado**: Pedagogias da Sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica. 2007.

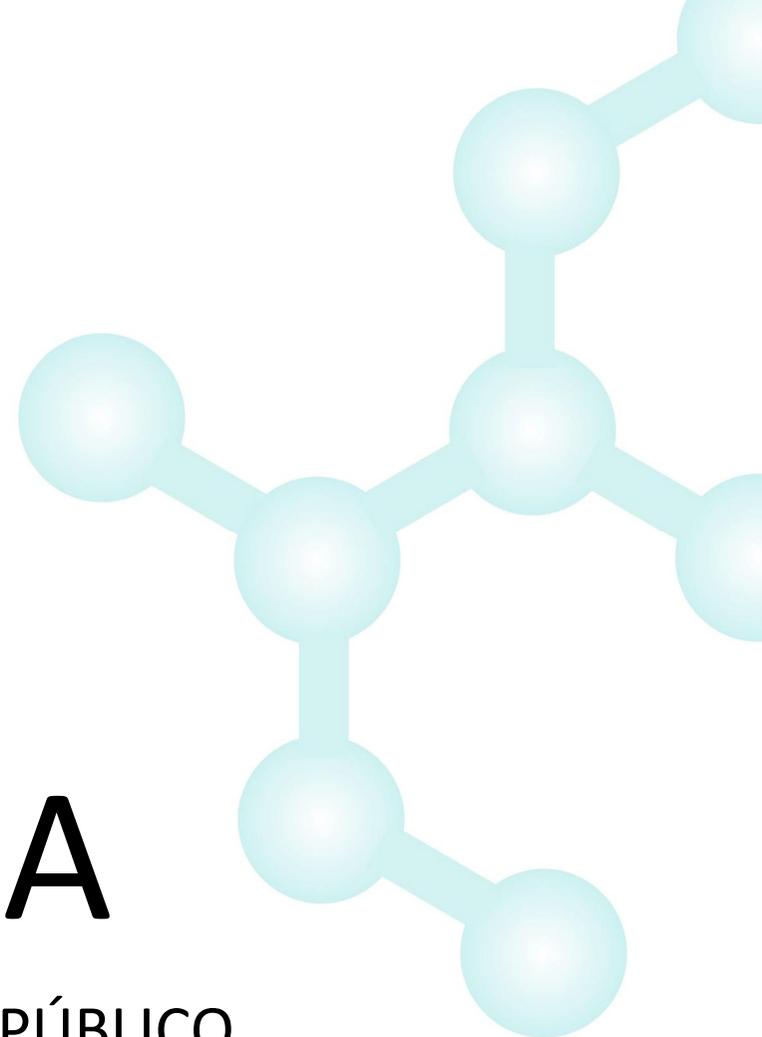


*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

APÊNDICE A

PLATAFORMAS DE CONTATO COM PÚBLICO



PLATAFORMA DE CONTATO COM PÚBLICO | SITES

SITES	LINK	CONTEÚDO	PÚBLICO
Bayer Brasil	https://www.bayer.com.br/	Apresentação da Bayer como uma organização global com competências centrais nas áreas da saúde e nutrição.	Consumidores em geral
Viva sua Vida	http://www.vivasuavida.com.br/pt/home/#.Vx9LAVYrLIU	Prevenção, sexualidade e informação são os pilares que sustentam este site que tem foco nas relações humanas. Seus conteúdos ultrapassam fronteiras e você pode ficar por dentro de como o mundo pensa em relação ao sexo e à vida.	Jovens, principalmente mulheres
CropScience	http://www.cropscience.bayer.com.br/site/home.fss	A Bayer CropScience é uma das líderes mundiais em inovação no segmento de ciências agrícolas, que engloba as áreas de proteção de cultivos, sementes e biotecnologia vegetal, além de soluções para o segmento de saúde ambiental. Em seu portal são apresentados conteúdos sobre produtos, culturas agrícolas e informações variadas sobre agronegócio.	Pessoas envolvidas com o agronegócio
Portal Diabetes	http://diabetes.ascensia.com.br/	No Portal Diabetes, os visitantes contam com uma ampla variedade de conteúdos atualizados e úteis sobre como conviver ou apoiar amigos e familiares diabéticos. O portal também oferece um programa de relacionamento com descontos em produtos, dicas de saúde, alimentação e loja virtual.	Pessoas com diabetes e seus amigos e familiares
Esclarecimento Múltiplo	http://www.esclarecimentomultiplo.com.br/	O site Esclarecimento Múltiplo desmistifica de maneira direta e clara as questões sobre a Esclerose Múltipla. Seus conteúdos recheados de informações atualizadas deixam o paciente, os profissionais e a família por dentro do universo de respostas às dúvidas referentes à doença.	Pessoas com esclerose múltipla e seus amigos e familiares
Bayer Jovens	http://www.bayerjovens.com.br/pt/home/	Ciência, inovação, sustentabilidade, cultura, saúde e comportamento. Com muita opinião e conteúdo claro, objetivo e ligado aos assuntos do momento, o Bayer Jovens estimula a discussão entre aqueles que trabalham para um mundo melhor.	Jovens
Optivista	http://www.optivista.com.br/	Optivista® é o programa da Bayer para pacientes com Degeneração Macular relacionada à idade (DMRI) do tipo úmida, que buscam acompanhamento e informações sobre a doença. Esse apoio visa oferecer uma Melhor qualidade de vida, tanto para pacientes quanto para familiares, durante o tratamento.	Pessoas com Degeneração Macular
Bayer Tempo de Viver	http://tempodeviver.bayer.com.br/	Criado para proporcionar esclarecimento, auxílio e bem-estar aos pacientes em tratamento com medicamentos Oncológicos Bayer, o programa Tempo de Viver é uma ótima ferramenta gratuita para obter melhores resultados e complementar o tratamento através de um kit de início e materiais educativos.	Pessoas com Câncer
Universo Médico	http://www.universomedico.com.br/home/default.aspx	O Universo Médico é uma iniciativa da Bayer HealthCare Pharmaceuticals, um canal de relacionamento, serviços e informação que, de forma dinâmica e interativa, visa facilitar o trabalho da classe médica. Nele estão disponíveis,	Médicos

		videoaulas, estudos, notícias e calculadoras médicas.	
Universo Farmacêutico	http://www.universofarmacaceutico.com.br/home/	O Universo Farmacêutico é o ponto de encontro para os profissionais que buscam conteúdos exclusivos e desenvolvidos sob medida aos farmacêuticos. Acessando agora você tem ao seu alcance entrevistas, notícias, novidades da indústria e uma infinidade de materiais de apoio que auxiliarão ainda mais o seu dia a dia	Farmacêuticos
Radiologia e Intervenção	http://ri.bayer.com.br/index.html	Diagnóstico por imagem abre novas possibilidades nas ferramentas que auxiliam os profissionais da saúde a enxergar cada vez mais longe o estado de saúde dos pacientes. Tecnologia, inovação e pesquisas são a base do dia a dia desta que é uma área que consegue enxergar através do ser humano.	Profissionais da saúde
Bayer para Você	https://www.bayerparavoce.com.br/default.aspx	O Bayer para Você é o programa de relacionamento da Bayer. O site foi totalmente reformulado e agora você encontra, além de todas as informações necessárias para fazer parte do programa, conteúdos especialmente desenvolvidos para auxiliar o paciente antes, durante e depois do tratamento.	Consumidores
Saúde animal	http://saudeanimal.bayer.com.br/	Proteger os animais e beneficiar as pessoas. É com esta missão que a Bayer Saúde Animal pesquisa e desenvolve, desde 1919, produtos farmacêuticos e de higiene para uso veterinário, tanto para animais de companhia, como para animais de produção.	Criadores de animais e veterinários
Saúde Feminina	http://www.gineco.com.br/	O Gineco é o site número 1 em Saúde Feminina. Todos os seus conteúdos foram desenvolvidos com toda a atenção, carinho e cuidados que as mulheres merecem. A feminilidade, as fases da vida, dúvidas e toda a sensibilidade feminina são traduzidos em artigos, revista virtual, entrevistas e o programa Expressão Feminina. Lá, você também encontra o aplicativo "Hora da Pílula" que não pode faltar no seu celular.	Mulheres
Saúde Masculina	http://www.bayerparahomens.com.br/	O Bayer para Homens é um canal de informação que fala a linguagem do homem moderno. Seus textos e dicas abordam de maneira dinâmica assuntos que estão ligados diretamente ao universo masculino. Qualidade de vida, família, saúde, trabalho e sexo são os temas que enriquecem os conteúdos e matérias do site. O Bayer para Homens é uma fonte rica de informação ao homem que sabe que masculinidade é também estar com a saúde em dia.	Homens
Bayer 04 Leverkusen	http://opinanteb04.blogspot.com.br/	O Bayer 04 Leverkusen é uma agremiação esportiva alemã, fundada em 1 de junho de 1904, cuja atuação mais conhecida é no futebol. Foi criado como clube esportivo da companhia Bayer AG (empresa de saúde e agricultura) na cidade de Leverkusen. E possui o maior número de sócios no estado alemão da Renânia do Norte-Vestfália. É o clube alemão que mais teve jogadores brasileiros convocados para a Seleção em Copa do Mundo. O seu principal rival, é o FC Colônia, o qual junto ao Bayer, fazem o "Clássico do Rio Reno"	Torcedores Bayer 04 Leverkusen

PLATAFORMA DE CONTATO COM PÚBLICO | YOUTUBE

YOUTUBE	LINK	CONTEÚDO	PÚBLICO
Bayer Brasil	https://www.youtube.com/channel/UCc1fyFWYvP3XzMI6W4PWsjw	Canal brasileiro da Bayer no Instagram	Público em Geral
Bayer TV International*	https://www.youtube.com/user/BayerTVinternational	Divulgação da Bayer sobre Saúde e Ciência	Público em Geral
Bayer Saúde animal	https://www.youtube.com/user/bayerSaudeanimal	Os internautas se divertem com fotos de animais de estimação e acompanham curiosidades e notícias relacionadas à cães e gatos.	Criadores de animais e profissionais da área
CropScience	https://www.youtube.com/user/BayerCropScienceBR	Divulgação de conteúdo sobre agronegócio	Pessoas interessadas em agronegócio
Bayer Group	https://www.youtube.com/user/BayerGroup	Divulgação sobre a Bayer e produções científicas	Público em Geral
Expressão Feminina	https://www.youtube.com/user/BayerGroup	Expressão Feminina é o canal de vídeos do site www.gineco.com.br , mantido pela Bayer Healthcare, onde são abordados diversos temas como sexualidade, doenças femininas, contracepção entre outros.	Mulheres

PLATAFORMA DE CONTATO COM PÚBLICO | LINKEDIN

LINKEDIN	LINK	CONTEÚDO	PÚBLICO
BAYER	https://www.linkedin.com/company/bayer	Página de compartilhamento das atividades da Bayer para funcionários	Funcionários da Bayer
Bayer Pharmaceuticals*	https://www.linkedin.com/company/bayer-pharmaceuticals?trk=affco	Página de compartilhamento das atividades da Bayer Pharmaceuticals para funcionários	Funcionários da Bayer Pharmaceuticals
Bayer Cropscience*	https://www.linkedin.com/company/bayer-cropscience?trk=affco	Página de compartilhamento das atividades da Bayer Cropscience para funcionários	Funcionários da Bayer Cropscience
Bayer Business Services*	https://www.linkedin.com/company/bayer-business-services?trk=affco	Página de compartilhamento das atividades da Bayer Business Services para funcionários	Funcionários da Bayer Business Services
Bayer Technology Services*	https://www.linkedin.com/company/bayer-technology-services?trk=affco	Página de compartilhamento das atividades da Bayer Technology Services para funcionários	Funcionários da Bayer Technology Services
Bayer Jobs*	https://www.linkedin.com/jobs/bayer-jobs	Compartilha vagas de emprego na Bayer nos Estados Unidos da América	Profissionais

PLATAFORMA DE CONTATO COM PÚBLICO | FACEBOOK

FACEBOOK	LINK	CONTEÚDO	PÚBLICO
Bayer Jovens	https://www.facebook.com/bayerjovensba	Ciência, inovação, sustentabilidade, cultura, saúde e comportamento.	Jovens
Bayer Pharmaceuticals*	https://www.facebook.com/pharma.bayer	Divisão de Produtos Farmacêuticos da Bayer concentra-se em medicamentos prescritos para as áreas terapêuticas de cardiologia, oncologia, ginecologia, hematologia e oftalmologia.	Funcionários e Público em Geral
Bayer CropScience*	https://www.facebook.com/BayerCropScience	A divisão Crop Science pela Bayer é a terceira maior empresa de insumos agrícolas inovadora do mundo . Nós ajudar a tornar a economia agrícola contribuindo mais assim produtiva para a sociedade , ajudando a garantir uma ampla oferta de alimentos de alta qualidade , rações, fibras e matérias-primas renováveis	Pessoas que trabalham com agronegócio
Bayer Pet	https://www.facebook.com/BayerPet/	A Bayer Saúde Animal oferece soluções eficazes e práticas para a saúde e bem-estar dos animais de companhia. As combinações inteligentes permitem que os consumidores adquiram produtos que proporcionam um tratamento veterinário amplo, protegendo a saúde dos pets.	A página da Bayer Saúde Animal para os apaixonados por pets!
Bayer Leverkusen Brasil	https://www.facebook.com/BayerLeverkusenBrasil	Página do Clube Esportivo da Bayer	“Destinada a todos brasileiros que torcem, amam, gostam, curtem ou acompanham o Bayer Leverkusen”.
Bayer Escritório Corporativo*	https://www.facebook.com/Bayer/	Página de divulgação das ações da Bayer desde medicação as atividades do time de futebol da empresa.	Público em geral

PLATAFORMAS DE CONTATO COM PÚBLICO | OUTRAS

PLATAFORMA	LINK	CONTEÚDO	PÚBLICO
PINTEREST Bayer*	https://www.pinterest.com/BayerGroup/	Compartilhamento de fotos recentes e antigas da Bayer	Consumidores em geral
FLICKR BayerCropscience*	https://www.flickr.com/photos/bayercropscience/	Armazena fotografias de eventos sobre inovação tecnológica promovidos pela Bayer.	Consumidores em geral
FLICKR Bayer AG*	https://www.flickr.com/photos/bayerag/	Armazena fotografias de eventos promovidos pela Bayer	Consumidores em geral
GOOGLE PLUS Bayer*	https://plus.google.com/+bayer/posts	Compartilha fotos, pesquisar e campanhas da Bayer	Público em Geral
TWITTER Leverkusenbr	https://twitter.com/leverkusenbr	Primeiro twitter em todo o mundo dedicado especialmente ao <i>bayer04fussball</i> em português! Informações, notícias, tudo sobre os aspirinas você encontra aqui.	Torcedores do time da Bayer no Brasil
TWITTER Bayer Jovens	https://twitter.com/bayerjovens	Ciência, inovação, sustentabilidade, cultura, saúde e comportamento. Seja bem-vindo ao Twitter do Bayer Jovens	Jovens
TWITTER Bayer*	https://twitter.com/bayer	Divulgação de notícias e trabalhos sociais da Bayer	Público em Geral
TWITTER BayerCropscience*	https://twitter.com/bayer4crops	Divulgação sobre os produtos agrícolas da Bayer	Pessoas que trabalham com agronegócio
TWITTER Bayer Pharma*	https://twitter.com/bayerpharma	Divulgação sobre saúde e ciência.	Público em geral
INSTAGRAM Oficial da Bayer*	https://www.instagram.com/bayerofficial/	Divulgação sobre ciência e saúde	Público em geral
INSTAGRAM Bayer Brasil	https://www.instagram.com/bayerbrasil_br/?hl=pt-br	Página Brasileira da Bayer no Instagram	Público em geral e funcionários da Bayer no Brasil
INSTAGRAM Bayer p/ Animais*	https://www.instagram.com/bayer4animals/	Conteúdo voltado para a saúde animal	Público em geral
INSTAGRAM Leverkusen*	https://www.instagram.com/bayer04fussball/	Divulgação das atividades do time de futebol da Bayer	Torcedores do time de futebol da Bayer
INSTAGRAM BayerCropscience*	https://www.instagram.com/bayer4cropsus/	Divulgação sobre os produtos agrícolas da Bayer	Pessoas que trabalham com agronegócio

APLICATIVOS PARA CELULAR

Aplicativo	Conteúdo	Público
Bayer para Você	Por meio desse aplicativo, você terá acesso aos benefícios do programa Bayer para Você.	Consumidores em Geral
Optivista	Este aplicativo ajuda na compreensão da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) por meio de um simulador que utiliza a câmera do iPad para mostrar os diferentes estágios da doença	Pessoas com Degeneração Macular
iBetaPlus	BETAplus™ é um suporte para suas aplicações de Betaferon® (betainterferona 1b), oferecido como parte do Serviço de Apoio BETAPLUS™. O software ajuda a lembrar quando e onde aplicar BETAFERON e manter uma agenda que você poderá compartilhar com o seu médico. Leia a descrição completa das características adicionais.	Paciente com esclerose múltipla
Futura Mamãe	Registre o desenvolvimento do seu bebê durante a gestação. Tire fotos dos principais momentos, ative os lembretes de consulta e conte para todo mundo o dia do nascimento do bebê. O aplicativo Futura Mamãe será muito útil neste período.	Mulheres grávidas
Meu Diário Mensal	Este aplicativo tem como objetivo auxiliar na coleta e organização de informações sobre dor e sangramento menstrual e seu impacto no dia-a-dia das mulheres.	Mulheres
Hora da Pílula	Agora lembrar se de tomar a pílula está muito mais fácil. O app "Hora da Pílula" foi pensado para tornar a sua vida mais fácil com um discreto lembrete de pílula diário.	Mulheres
Gestação Semana a Semana	Surpreendam-se com a complexidade do corpo humano, acompanhando com detalhes o desenvolvimento do bebê de maneira simples e didática.	Mulheres grávidas
GlicoCare	GlicoCare é o primeiro aplicativo em português voltado para o acompanhamento do diabetes e totalmente gratuito.	Pessoas diabéticas
Calculadora Escore Art	A calculadora Escore ART foi desenvolvida a partir do estudo Sieghart et al.: The ART of Decision Making: Retreatment with Transarterial Chemoembolization in Patients with Hepatocellular Carcinoma. Hepatology 2013;57:2261-2273 que propõe um algoritmo para avaliar o retreamento com TACE (Quimioembolização transarterial) em pacientes com CHC (Carcinoma Hepatocelular). Esta calculadora não substitui uma avaliação completa do médico responsável pelo paciente. A Bayer HealthCare reforça que a atenção clínica individualizada ao paciente é essencial	Profissionais da Saúde que trabalham com pessoas com câncer
Universo Médico	Com este aplicativo, você terá na palma da mão uma série de serviços úteis para o desenvolvimento do seu trabalho no dia a dia.	Médicos
Widget Universo Médico	O Widget Universo Médico é totalmente gratuito. Funciona como um software que fica disponível na área de trabalho do seu computador.	Médicos

*em língua inglesa

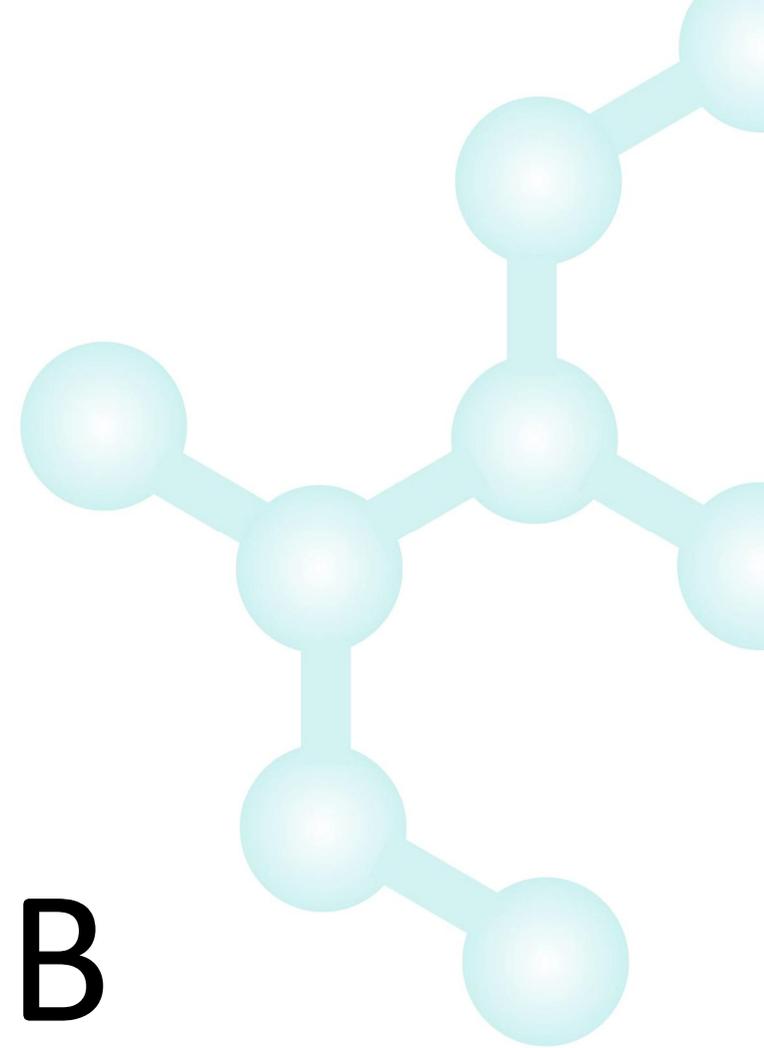


*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

APÊNDICE B

Vídeos do YOUTUBE



<https://www.youtube.com/user/expressaofeminina>

Expressão Feminina é o canal de vídeos do site www.gineco.com.br, mantido pela Bayer Healthcare, onde são abordados diversos temas como sexualidade, doenças femininas, contracepção entre outros.

1949 INSCRITOS | 56 VÍDEOS

Público: Mulheres

Nome do vídeo	Link	Descrição do vídeo	Visualizações	Duração
Contraceptivo	https://www.youtube.com/watch?v=cvCJRgH-OCw	Publicado em 15 de nov de 2015 1 em cada 2 mulheres no Brasil tem uma gravidez não planejada. Com adolescentes este número é ainda maior: cerca de 4 em cada 5 gravidezes não foram planejadas. Porque ainda enfrentamos este tipo de problema se temos tantos métodos contraceptivos disponíveis? A maioria das mulheres não conhece todos os métodos contraceptivos disponíveis, principalmente os de longo prazo. Os métodos contraceptivos de longo prazo são 20 vezes mais eficazes que as pílulas, adesivos e anéis. Não deixe nada atrapalhar os seus planos. Converse com seu médico e escolha o melhor método contraceptivo para você	1085	1:55
1. QUAL A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO CORRETO DAS INFECÇÕES VAGINAIS? - GINECO RESPONDE EP.07	https://www.youtube.com/watch?v=1kb5Qr8fYk	Publicado em 20 de mai de 2014 Neste episódio a Dra Iara M. Linhares -- CRM 29034-SP fala sobre 4 motivos importantes para fazer o tratamento correto das Infecções Vaginais e como evitar que as infecções voltem.	15481	2:02
2. COM RELAÇÃO AS INFECÇÕES VAGINAIS, COMO PREVENIR? - GINECO RESPONDE EP.06	https://www.youtube.com/watch?v=b9qrLbnVjVc	Publicado em 20 de mai de 2014 No 6o episódio da série Gineco Responde, a Dra Iara M. Linhares -- CRM 29034 - SP, fala sobre os cuidados de higiene e fatores de risco associados as Infecções Vaginais. Sexo anal, múltiplos parceiros, drogas e álcool podem ser considerados fatores de risco e aumentar as chances de uma infecção vaginal.	8543	2:09

	TRATAMENTO DAS INFECÇÕES VAGINAIS? - GINECO RESPONDE EP.05	v.youtube.com/watch?v=3NEVuWR6QWo	Publicado em 20 de mai de 2014 A Dra lara M. Linhares (CRM 29034 - SP) comenta neste vídeo quais são as principais formas de tratamento das Infecções Vaginais. Existem óvulos vaginais, cremes e comprimidos disponíveis no mercado. Veja as características de cada um	10639	1:20
4.	COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES VAGINAIS? - GINECO RESPONDE EP.04	https://www.youtube.com/watch?v=fSOLZ28VgRg	Publicado em 20 de mai de 2014 Neste episódio a Dra lara Linhares fala sobre os tipos de exame que o médico pode solicitar ou fazer no consultório para identificar os diferentes agentes que causam as infecções vaginais.	4200	1:23
5.	QUAIS SÃO OS ASPECTOS E SINTOMAS DOS DIFERENTES TIPO DE CORRIMENTO? - GINECO RESPONDE EP.03	https://www.youtube.com/watch?v=GnvQZSwe4Bg	Publicado em 20 de mai de 2014 Neste episódio de Gineco Responde, ficamos sabendo sobre os diferentes tipos de corrimentos que acometem as mulheres e sinaliza quando devemos nos preocupar com eles.	12595	1:18
6.	QUAIS SÃO AS CAUSAS DAS INFECÇÕES VAGINAIS? - GINECO RESPONDE EP.02	https://www.youtube.com/watch?v=cIS7hOPAd4o	Publicado em 20 de mai de 2014 A Dra lara Linhares -- CRM 29034-SP comenta quais são os comportamento e fatores que causam a infecção vaginal.	8776	1:34
7.	O QUE SÃO INFECÇÕES VAGINAIS E QUAL A SUA IMPORTÂNCIA? - GINECO RESPONDE EP.01	https://www.youtube.com/watch?v=KgHr9Qr3kE0	Publicado em 20 de mai de 2014 A Dra lara Linhares (CRM 29034-SP) responde tudo sobre infecções vaginais e porquê são importantes.	5207	1:27

		...v.yout ube.com/watch?v= N-OBhSEqBI	Publicado em 9 de mai de 2013	2830	3:48
9. QUAL O MÉTODO CONTRACEPTIVO IDEAL PARA VOCÊ?		https://www.yout ube.com/watch?v= 9k4kHRUCxT4	Publicado em 8 de mai de 2013 Errata: No decorrer do vídeo destacamos a eficácia do DIU de cobre como 5 anos, enquanto o período correto é de até 10 anos – depende do dispositivo escolhido. Decidir engravidar é um dos momentos mais emocionantes na vida de uma mulher. Após a chegada do bebê vem a primeira consulta pós-parto, a qual é vital em muitos aspectos: Não só para ver como ela está lidando física e emocionalmente, mas também para conversar sobre métodos contraceptivos, pois as mulheres retornam a fertilidade após algumas semanas do parto. Conhecer os métodos disponíveis pode auxiliá-la na discussão com seu médico sobre qual é o contraceptivo mais adequado para seu estilo de vida.	286216	3:28
10. 18 DE OUTUBRO -- DIA MUNDIAL DA MENOPAUSA		https://www.yout ube.com/watch?v= kQ-tZWkmgSg	Publicado em 28 de set de 2012	1094	0:15
11. AFINAL, O QUE É ENDOMETRIOSE?		https://www.yout ube.com/watch?v= wovIT2peq5k	Publicado em 3 de ago de 2012	281145	2:29
12. RISCO DE TEV ASSOCIADO AO USO DE CONTRACEPTIVOS II		https://www.yout ube.com/watch?v= SjeFIUGW5o4	Enviado em 6 de fev de 2012 Entrevistas com Dr. Rogerio Bonassi e Dr. Cesar Fernandes	1094	18:33
13. RISCO DE TEV ASSOCIADO AO USO DE CONTRACEPTIVOS		https://www.yout ube.com/watch?v= 457VzJudOus	Enviado em 22 de dez de 2011	1310	3:55
14. EXPRESSÃO FEMININA - FATORES QUE INFLUENCIAM NO		https://www.yout ube.com/watch?v= d3eT6h3s3Tg	Enviado em 28 de nov de 2011 Cuidados com a pele - Dermatologista explica a relação da pílula com a pele oleosa e do envelhecimento da pele com os seguintes fatores: menopausa, Sol, fumo e poluição. Saiba qual a participação desses fatores	1159	5:39

			na formação das rugas. E, ainda, descubra como o filtro solar protege a pele.		
15. EXPRESSÃO FEMININA - ESPINHAS: FATORES DE AGRAVAMENTO E TRATAMENTOS - PARTE 2	https://www.youtube.com/watch?v=aP_yVnRSLKk	Enviado em 28 de nov de 2011	Cuidados com a pele - Dermatologista responde as perguntas mais frequentes das mulheres sobre a relação das espinhas com seus fatores de alteração, como a menstruação, os hormônios, a idade, o stress e a exposição ao Sol	1287	5:06
16. EXPRESSÃO FEMININA - COMO LIDAR COM AS ESTRIAS E O EXCESSO DE PÊLOS? - PARTE 1	https://www.youtube.com/watch?v=1NhkY1N9hZE	Enviado em 28 de nov de 2011	Cuidados com a pele - Conselhos de uma médica especialista para ter uma pele mais bonita e saudável. Dicas para evitar estrias. Tratamentos para combater o excesso de pêlos nas mulheres.	6698	6:10
17. GIRLS TALK TV - EPISÓDIO 4 - CONHECIMENTO AVANÇADO	https://www.youtube.com/watch?v=7LOjgbeTP-4	Enviado em 14 de set de 2011		7761	2:57
18. GIRLS TALK TV - EPISÓDIO 3 - TOMANDO A PÍLULA	https://www.youtube.com/watch?v=blqogCuJY2s	Enviado em 14 de set de 2011		21965	3:37
19. GIRLS TALK TV - EPISÓDIO 2 - COMO INICIAR?	https://www.youtube.com/watch?v=1-3jcqVOB_8	Enviado em 14 de set de 2011		3:02	6919
20. GIRLS TALK TV - EPISÓDIO 1 - CONFIABILIDADE	https://www.youtube.com/watch?v=5RLOByvoUys	Enviado em 14 de set de 2011		2:59	16446
21. ORIENTAÇÃO À QUALIDADE DE	https://www.youtube.com/watch?v=	Enviado em 19 de ago de 2011	Se durante o ciclo menstrual você fica nervosa, sensível e percebe que	5:30	3516

			está sofrendo com outros sintomas que podem estar relacionados à qualidade de vida, assista o vídeo e veja até que ponto os sintomas são relacionados a TPM e menstruação e quais são relacionados ao stress do dia-a-dia que necessitam de acompanhamento médico.			
	MENSTRUAÇÃO PARTE 2					
22.	PRIMEIROS SINTOMAS CUIDADOS - TPM MENSTRUAÇÃO PARTE 1	E E -	https://www.youtube.com/watch?v=beiURj90VnQ	Enviado em 19 de ago de 2011 Nesta edição do programa Expressão Feminina, temos a convidada Dra. Cristina Guazzelli, Professora adjunta do departamento de obstetria da Escola Paulista de Medicina. Neste programa iremos desvendar quais são os primeiros sinais no corpo da mulher, e como identificar o inicio do ciclo menstrual. Aprenda também quais são os cuidados que devem ser tomados para manter uma vida saudável e quando deve ser feita a primeira visita ao ginecologista.	28434	5:22
23.	SINTOMAS TRATAMENTO TPM MENSTRUAÇÃO PARTE 3	E - E -	https://www.youtube.com/watch?v=OgCceeWanjI	Enviado em 19 de ago de 2011 Descubra quais são os diversos métodos contraceptivos e quais são as indicações para cada mulher. Cada tratamento apresenta também sintomas que devem ser levados em consideração. Assista o video e descubra maiores detalhes e como escolher o melhor tratamento para você.	4262	4:34
24.	O QUE ENDOMETRIOSE: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO TRATAMENTO	É E	https://www.youtube.com/watch?v=JNbRR4LLpdY	Enviado em 18 de mai de 2011 Endometriose é uma doença que acomete as mulheres em idade reprodutiva e consiste na presença de endométrio em locais fora do útero. Endométrio é a camada interna (revestimento interno) do útero e que é renovada mensalmente pela menstruação. Os locais mais comuns da endometriose são: Fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), trompas, ovários, superfície do reto, ligamentos do útero, bexiga e parede da pélvis (peritônio). Veja mais detalhes em http://www.gineco.com.br/endometriose	11085	6:16
25.	ENDOMETRIOSE: QUAIS OS RISCOS PARA A GRAVIDEZ E PRINCIPAIS SINTOMAS		https://www.youtube.com/watch?v=UjQnSxxXUSQ	Enviado em 18 de mai de 2011 Endometriose é uma doença que acomete as mulheres em idade reprodutiva e consiste na presença de endométrio em locais fora do útero. Endométrio é a camada interna (revestimento interno) do útero e que é renovada mensalmente pela menstruação. Os	10873	1:56

			locais mais comuns da endometriose são: Fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), trompas, ovários, superfície do reto, ligamentos do útero, bexiga e parede da pélvis (peritônio) Veja mais detalhes em http://www.gineco.com.br/endometriose		
26. ENDOMETRIOSE: COMO IDENTIFICAR SINTOMAS DIAGNOSTICAR RISCOS	E	https://www.youtube.com/watch?v=OrJyFyLLTI4	nviado em 18 de mai de 2011 Endometriose é uma doença que acomete as mulheres em idade reprodutiva e consiste na presença de endométrio em locais fora do útero. Endométrio é a camada interna (revestimento interno) do útero e que é renovada mensalmente pela menstruação. Os locais mais comuns da endometriose são: Fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), trompas, ovários, superfície do reto, ligamentos do útero, bexiga e parede da pélvis (peritônio). Veja mais detalhes em http://www.gineco.com.br/endometriose	27529	4:05

	REPOSIÇÃO HORMONAL NA MENOPAUSA / CLIMATÉRIO	ube.com/watch?v=PAhmJIShX8c	Enviado em 27 de jan de 2011 Quais são as vantagens da reposição hormonal da mulher na menopausa / climatério ? Saiba mais sobre a menopausa http://www.gineco.com.br/menopausa	15534	5:01
28.	QUAL A MELHOR IDADE PARA GRAVIDEZ? CÂNCER DE MAMA É EMOCIONAL?	https://www.youtube.com/watch?v=D3etc3bFSQE	Enviado em 27 de jan de 2011 Até que idade a mulher pode engravidar sem causar risco ao bebe. Saiba tudo sobre Gravidez. http://www.gineco.com.br/gravidez	2676	5:12
29.	DOENÇAS FEMININAS CAUSADA PELO STRESS	https://www.youtube.com/watch?v=1g4UoVM57s4	Enviado em 27 de jan de 2011 Quais são os tipos de doenças femininas causadas pelo Stress?	4857	4:38
30.	AVANÇOS DA MEDICINA PARA SAÚDE DA MULHER - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	https://www.youtube.com/watch?v=gLd87wuLHDs	Enviado em 27 de jan de 2011 Os principais avanços da medicina que contribuíram para a qualidade de vida da mulher.	567	5:48
31.	SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA E PLANEJAMENTO FAMILIAR - BLOCO 4	https://www.youtube.com/watch?v=eAVoDg-Zc30	Enviado em 30 de nov de 2010 Quais atitudes os pais devem tomar quanto a vida sexual dos seus filhos adolescentes. - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Métodos anticoncepcionais	13471	9:15
32.	VASECTOMIA, LAQUEADURA TUBÁRIA - PLANEJAMENTO FAMILIAR - BLOCO 2	https://www.youtube.com/watch?v=DHER4Xdk-Rw	Enviado em 30 de nov de 2010 Método de contracepção definitivos: Vasectomia, Laqueadura Tubária, DIU e SIU (Dispositivo ou Sistema Intrauterino)	30762	7:30

	PLANEJAMENTO FAMILIAR - BLOCO 3		Enviado em 30 de nov de 2010 Saiba mais sobre a Gravidez Tardia, assista aos relatos de mulheres que tiveram sua experiência com este tipo de Gravidez numa idade mais avançada. - Quais os riscos que o Bebê pode ter?	4917	8:30
34.	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS - PLANEJAMENTO FAMILIAR - BLOCO 1	https://www.youtube.com/watch?v=-xG2j-1n7xs	Enviado em 30 de nov de 2010 Planejamento familiar com o auxílio da Dra. Teresa Maria Fontes Ginecologista e Obstetra. Membro da comissão de anticoncepção da Febrasgo Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - O que é planejamento familiar? Ela envolve a orientação de ter e não ter filhos.	38329	9:05
35.	RISCOS DA TERAPIA HORMONAL - HORMÔNIOS BLOCO 4	https://www.youtube.com/watch?v=QdYfgt9SZQ0	Enviado em 1 de out de 2010 O risco mais temido da terapia hormonal ou reposição hormonal é o Câncer de mama, saiba mais sobre esses riscos.	11:31	6985
36.	RISCOS BENEFÍCIOS DA TERAPIA HORMONAL - HORMÔNIOS BLOCO 3	https://www.youtube.com/watch?v=ve741sby0q8	Enviado em 27 de set de 2010 Conheça os Riscos e Benefícios da Terapia Hormonal.	5476	9:19
37.	MENOPAUSA TERAPIA HORMONAL - HORMÔNIOS BLOCO 2	https://www.youtube.com/watch?v=U9ij0tKQfoo	Enviado em 27 de set de 2010 Saiba quando começar uma terapia hormonal ou terapia de reposição hormonal. Conheça os sintomas para iniciar uma terapia.	27517	9:52
38.	DÚVIDAS SOBRE HORMÔNIOS - HORMÔNIOS BLOCO 1	https://www.youtube.com/watch?v=J5OhyrDWL0c	Enviado em 27 de set de 2010 Conheça os Principais hormônios sintetizados em laboratório, diferenças em pílulas anticoncepcionais, via oral, injetável.	15404	8:39
39.	ABORTO ESPONTÂNEO -	https://www.youtube.com/watch?v=	Enviado em 20 de ago de 2010 Qual o motivo do Aborto Espontâneo? Saiba de alguns problemas	43594	9:00

			que podem haver durante a Gravidez - http://www.gineco.com.br/		
40. INFERTILIDADE E INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL - GRAVIDEZ - BLOCO 02	https://www.youtube.com/watch?v=yS37uOipaJc	Enviado em 20 de ago de 2010 Quanto tempo o casal deve esperar antes de procurar um Ginecologista ou Obstetra? Programa Expressão Feminina em Entrevista com Guilherme Fernandes Ginecologista Obstetra - http://www.gineco.com.br/	32337	9:33	
41. PLANEJAMENTO DE UMA GRAVIDEZ - GRAVIDEZ - BLOCO 01	https://www.youtube.com/watch?v=M86hejFfIRE	Enviado em 20 de ago de 2010 Uma conversa sobre uma fase especial da Mulher a Gravidez - Programa Expressão Feminina em Entrevista com Guilherme Fernandes Ginecologista Obstetra - http://www.gineco.com.br/	53066	10:12	
42. RISCOS NOS TIPOS DE PARTO E PÓS PARTO - GRAVIDEZ - BLOCO 04	https://www.youtube.com/watch?v=Xm0mIRO9Zs8	Enviado em 20 de ago de 2010 Saiba mais sobre os tipos de parto - Gravidez, Quais os riscos do parto de cócoras, parto na água, parto em casa.	9079	9:57	
43. ATIVIDADE FÍSICA PARA MANTER O CORAÇÃO SAUDÁVEL - MULHER E O CORAÇÃO - BLOCO 4 - GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=rK1x97rliwU	Enviado em 6 de jul de 2010 Atividade física para manter o coração saudável é o assunto abordado pelo Dr. Otavio Gebara no programa Expressão Feminina - http://www.gineco.com.br/	2006	9:12	
44. TERAPIA HORMONAL - MULHER E O CORAÇÃO - BLOCO 3 - GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=puhKNBrmeW0	Enviado em 6 de jul de 2010 Influência dos hormônios na mulher e Terapia hormonal é o assunto abordado pelo Dr. Otavio Gebara no programa Expressão Feminina - http://www.gineco.com.br/	1833	10:09	
45. SAÚDE CARDIOVASCULAR - MULHER E O CORAÇÃO - BLOCO 2 - GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=K6qcg1TqQo	Enviado em 6 de jul de 2010 Saúde cardiovascular é o assunto abordado com o Dr. Otavio Gebara no programa Expressão Feminina - http://www.gineco.com.br/	1125	09:38	

	CARDIACAS (CARDIOVASCULAR) - MULHER E O CORAÇÃO - BLOCO 1 - GINECO	ube.com/watch?v= g2CYfHVlrHQ	Enviado em 6 de jul de 2010 Doenças cardiovasculares (Cardíaca) é o assunto abordado no bloco 1 do programa expressao feminina com o tema Mulher e o Coração com o Dr. Otavio Gebara - http://www.gineco.com.br/	4664	08:36
47.	O FUNCIONAMENTO DA PÍLULA ANTICONCEPCION AL - GINECO	https://www.yout ube.com/watch?v= Or0xOMP1beI	Enviado em 2 de jun de 2010 Veja como funciona a pílula anticoncepcional no corpo da mulher	185152	2:09
48.	MENOPAUSA - SEXUALIDADE FEMININA - BLOCO 4 - GINECO	https://www.yout ube.com/watch?v= e6QsVVQlhIM	Enviado em 1 de jun de 2010 Menopausa, libido, sexo na menopausa são os temas abordados no bloco 4 do programa expressão feminina, com a participação da Dra. Junia, ginecologista e sexóloga.	51193	9:56
49.	SEXO NA GRAVIDEZ - SEXUALIDADE FEMININA - BLOCO 3 - GINECO	https://www.yout ube.com/watch?v= r3xQ6nokvwl	Enviado em 1 de jun de 2010 Sexo na gravidez é o tema do bloco 3 do programa expressão feminina, com a participação da Dra. Junia, ginecologista e sexóloga	30772	9:58
50.	ORGASMO FEMININO - SEXUALIDADE FEMININA - BLOCO 2 - GINECO	https://www.yout ube.com/watch?v= 93PK65XSPPi	Enviado em 1 de jun de 2010 Orgasmo feminino, masturbação, tema abordado no bloco 2 do programa expressão feminina, com a participação da Dra. Junia, ginecologista e sexóloga	138941	10:15
51.	A PRIMEIRA VEZ DELA (VIRGINDADE) - SEXUALIDADE FEMININA - BLOCO 1 - GINECO	https://www.yout ube.com/watch?v= 8EM5BceCHLg	Enviado em 1 de jun de 2010 A primeira vez dela e Pílula anticoncepcional são os temas abordado no bloco 1 do programa expressão feminina, com a participação da Dra. Junia, ginecologista e sexóloga	150819	10:16
52.	O AVANÇO DA MEDICINA NA VIDA	https://www.yout ube.com/watch?v=	Enviado em 23 de abr de 2010 http://www.gineco.com.br/ - Conheça um pouco mais das	54596	9:42

		A	convidadas e suas experiências no terceiro bloco. Aqui são abordados assuntos como a primeira menstruação, planejamento familiar, o uso da pílula anticoncepcional e outros métodos anticoncepcionais.		
53. TERAPIA HORMONAL, SINTOMAS TPM - O AVANÇO DA MEDICINA NA VIDA DA MULHER - BLOCO 2 – GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=pXe2YFGep_s		Enviado em 23 de abr de 2010 Uso da terapia de reposição hormonal e os benefícios que ela traz para a mulher, e sobre a TPM e seus sintomas - Bloco 2 com o Dr. José Bento	32219	9:47
54. PÍLULA ANTICONCEPCIONAL - O AVANÇO DA MEDICINA NA VIDA DA MULHER - BLOCO 1 – GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=r-OG5kzZm8o		Enviado em 23 de abr de 2010 Descoberta da pílula anticoncepcional e a influência disso na revolução feminina - O avanço da medicina na vida da mulher - Bloco 1, com a participação de Dr. José Bento, ginecologista e obstetra	33971	9:24
55. MENOPAUSA - O AVANÇO DA MEDICINA NA VIDA DA MULHER - BLOCO 4 - GINECO	https://www.youtube.com/watch?v=qXIVcJfCa6Y		Enviado em 23 de abr de 2010 http://www.gineco.com.br - As convidadas continuam a contar as suas experiências no quarto bloco, tratando de assuntos como menopausa, cuidados gerais com o avanço da idade e o quanto o conceito de saúde mudou muito com a evolução da medicina.	23802	9:59

<https://www.youtube.com/channel/UCc1yFWYvP3XzMI6W4PWsjw>

5085 INSCRITOS | 43 VÍDEOS

Canal brasileiro da Bayer no Youtube

Destinado ao público em geral

(*) Destacados em vermelho, os vídeos que falam sobre os hormônios

Nome do vídeo	Link	Descrição do vídeo	Visualizações	Duração
56. CLARITIN® NAMORADO	https://www.youtube.com/watch?v=h3Rj1zffstk	Publicado em 8 de abr de 2016 Espirros, coceira nos olhos e coriza são sintomas da alergia que podem atrapalhar a sua rotina. Um comprimido de Claritin® alivia os sintomas da alergia por 24h* sem causar sonolência**. Como tratar os sintomas da sua alergia? Claramente Claritin® *Bula do produto **Claritin® deve ser usado nas doses recomendadas, geralmente não causa secura na boca ou sonolência L.BR.MKT.03.2016.4849	366	0:32
57. CLARITIN® NAMORADO	https://www.youtube.com/watch?v=_PrGsjR5B1Y	Publicado em 3 de abr de 2016 Espirros, coceira nos olhos e coriza são sintomas da alergia que podem atrapalhar a sua rotina. Um comprimido de Claritin® alivia os sintomas da alergia por 24h* sem causar sonolência** Como tratar os sintomas da sua alergia? Claramente Claritin® *Bula do produto **Claritin® deve ser usado nas doses recomendadas, geralmente não causa secura na boca ou sonolência L.BR.MKT.03.2016.4909	3218149	0:15

		youtube e.com/watch?v=hXC W00foo5k	Publicado em 20 de mar de 2016 Flanax vai além dos analgésicos comuns, pois tem dupla ação: Alivia a dor por até 12 horas e trata a causa com sua ação anti-inflamatória. Visite www.flanax.com.br LBR.MKT.01.2016.4609	2.953.080	0:15
59.	FLANAX EMERGÊNCIA	- https://www.youtube.com/watch?v=oUOm3rCeXxo	Publicado em 24 de jan de 2016 Flanax vai além dos analgésicos comuns, pois tem dupla ação: alivia a dor por até 12 horas e trata a causa com sua ação anti-inflamatória. Flanax - Liberte seus movimentos. Visite www.flanax.com.br LBR.MKT.01.2016.4609	3.798.729	0:32
60.	CLARAMENTE CLARITIN®	https://www.youtube.com/watch?v=x_dnMB3P17E	Publicado em 26 de nov de 2015 Espirros, coceira nos olhos e coriza são sintomas da alergia que podem atrapalhar a sua rotina. Um comprimido de Claritin® alivia os sintomas da alergia por 24h* sem causar sonolência** Como tratar os sintomas da sua alergia? Claramente Claritin® *Bula do produto **Claritin® deve ser usado nas doses recomendadas, geralmente não causa secura na boca ou sonolência L.BR.MKT.06.2015.3492	2163	0:34
61.	GINO CANESTEN® - DEPOIMENTO MULHER	- https://www.youtube.com/watch?v=p5TPINHTOnc	Publicado em 13 de out de 2015 Você sabia que 3 em cada 4 mulheres têm candidíase ao longo da vida? Algumas situações como calor, umidade ou estresse podem causar esta doença. Gino Canesten® é o comprimido vaginal que trata da candidíase em apenas uma aplicação. E agora, esse cuidado íntimo está em suas mãos. Saiba mais em: www.ginocanesten.com.br	1.496.588	0:31
62.	FLANAX - FAMÍLIA #VIDASEMDOR	https://www.youtube.com/watch?v=wdUTPYwE92s	Publicado em 25 de set de 2015 Aproveite cada momento em família. http://flanax.com.br http://facebook.com/FlanaxBrasil	60468	0:48
63.	FLANAX BRASILEIROS #VIDASEMDOR	- https://www.youtube.com/watch?v=gKnvIAa3rTg	Publicado em 8 de set de 2015 Ser brasileiro não é pra qualquer um. http://flanax.com.br http://facebook.com/FlanaxBrasil	164.057	0:53
64.	BAYER PROMOVE EVENTO PARA	https://www.youtube.com/watch?v=odO1im1UTM	Publicado em 4 de set de 2015 Confira as ações realizadas pela Bayer em 2015 para comemorar o Dia do Homem. Veja mais em www.bayerparahomens.com.br	235	2:27

	DIA DO HOMEM 2015				
65.	FLANAX - DIA DOS PAIS #VIDASEMDOR	https://www.youtube.com/watch?v=xdDzPpSAuZ4	Publicado em 7 de ago de 2015 O que define ser pai? #VidaSemDor http://flanax.com.br http://facebook.com/FlanaxBrasil	160.843	1:06
66.	FLANAX - #VIDASEMDOR	https://www.youtube.com/watch?v=znFaPi7rOXs	Publicado em 17 de jul de 2015 A vida é boa e vale a pena. E é melhor quando é vivida sem dor. #VidaSemDor	273.907	1:25
67.	BAYER CONTOUR TS, SEU 1º MONITOR: IDEAL PARA USUÁRIO DE INSULINA	https://www.youtube.com/watch?v=yq743xMOhBg	Publicado em 15 de jun de 2015	634	4:37
68.	UTILIZANDO CORRETAMENTE O LANCETADOR E LANCETAS MICROLET DA BAYER	https://www.youtube.com/watch?v=QLSfpqnwwOE	Publicado em 15 de jun de 2015	478	1:25
69.	VEJA COMO É FÁCIL USAR O BAYER CONTOUR TS	https://www.youtube.com/watch?v=2RkF5X2EH14	Publicado em 15 de jun de 2015	652	1:02
70.	CUIDADOS IMPORTANTES AO FAZER SEU TESTE DE GLICEMIA	https://www.youtube.com/watch?v=e84EcVo9rNE	Publicado em 15 de jun de 2015	72	0:10
71.	BAYER CONTOUR TS, APROVADO POR MAIS DE 98%	https://www.youtube.com/watch?v=cCtqOpIIcPQ	Publicado em 15 de jun de 2015	150	1:00

<p>72. DIFERENÇAS ENTRE TECNOLOGIAS DE MONITORES DE GLICEMIA</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=LV8AHkUz3ks</p>	<p>Publicado em 15 de jun de 2015</p>	<p>110</p>	<p>0:48</p>
<p>73. SAIBA COMO EVITAR OS PRINCIPAIS ERROS NA MEDIÇÃO DA GLICEMIA</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=CO4VFNjv4U8</p>	<p>Publicado em 15 de jun de 2015</p>	<p>199</p>	<p>0:37</p>
<p>74. O CONTROLE DO DIABETES COMEÇA COM A ESCOLHA DO SEU 1º MONITOR</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=gaGUoz5cMds</p>	<p>Publicado em 15 de jun de 2015</p>	<p>265</p>	<p>0:09</p>
<p>75. FILME PAI E FILHO – FLANAX BAYER BRASIL</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=xb2nDnhYflg</p>	<p>Publicado em 17 de set de 2014 Se a dor é em dose dupla, Flanax é dupla ação. Flanax vai além dos analgésicos comuns*, alivia a dor por até 12 horas e trata a causa com sua ação anti-inflamatória. Aproveite os bom momentos, sem dor. *Analgésico comum = sem ação anti-inflamatória MAP Number: L.BR.09.2014.2391</p>	<p>539.142</p>	<p>0:30</p>
<p>76. REDOXON® APRESENTA: HUMANOS X GERMES - ELEVADOR</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=1rClgQtqVzA</p>	<p>Publicado em 31 de jul de 2014 O maior elevador do mundo tem espaço para até 80 pessoas, enquanto isso, num botão de elevador existem mais de 300 colônias de bactérias por cm². Com Redoxon®, você tem um aliado à altura para ajudar a se proteger. Redoxon®: O especialista em imunidade da Bayer. Se é Bayer, é bom. Acesse: www.redoxon.com.br</p>	<p>209.247</p>	<p>0:28</p>
<p>77. CONHEÇA O BAYER CONTOUR TS - MONITOR GLICÊMICO</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=t_cuVIG5wNA</p>	<p>Publicado em 18 de jun de 2014 Monitorar seu diabetes não precisa ser complicado. Para tornar a sua vida ainda mais simples, a Bayer apresenta o Contour TS! Basta incluir a tira no seu Contour TS e pronto! Viu como é simples? Você não precisará</p>	<p>5378</p>	<p>1:11</p>



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

		<p>mais se preocupar em codificar ou colocar chip. ContourTS tem apenas 2 botões e uma tela grande, que facilita a leitura dos resultados. Além disso, quando a tira é colocada na entrada laranja, o aparelho liga automaticamente, sem complicação! Em apenas 8 segundos você terá resultados precisos, com o recurso de fazer o teste na ponta do dedo, na palma da mão ou no antebraço. Preciso e confiável, o Contour TS tem um tamanho ideal, que cabe na palma da mão, e pode ser levado para onde você estiver.</p>		
--	--	---	--	--

L.BR.02.2014.1629

	(CLÍPE OFICIAL) - DUPLA FLANAX	https://www.youtube.com/watch?v=nRnjhOnatwk	Publicado em 16 de jun de 2014 O novo sucesso sertanejo do Brasil já está no ar! Letra da música: Pra variar Já está de novo comigo. Como cuidar Do que foi mal resolvido? Quando foi embora Deixou meu corpo travado E ainda não consigo me mexer. No começo de tudo, tomei um remédio E foi só ilusão. Mas a dor está de volta Porque ela era de inflamação. Flanax com dupla ação Trata a dor como ninguém: Tira o "ai ai ai" da canção Vai tirar de você também. L.BR.04.2014.1868	864.642	2:34
79.	REDOXON® APRESENTA: HUMANOS GERMES VELOCIDADE	https://www.youtube.com/watch?v=QLIE RGpuiwo	Publicado em 6 de jun de 2014 O ser humano mais rápido da história não tem a menor chance contra o germe mais sedentário. Você precisa de um aliado à altura: Redoxon®. O especialista em imunidade da Bayer. Acesse: www.redoxon.com.br	1.520.856	0:37
80.	#CHEGADEAIAIAI	https://www.youtube.com/watch?v=VpkOYL3rUJI	Publicado em 2 de jun de 2014 A dupla que combate a dor está terminando de compor o novo sucesso sertanejo do Brasil. Para conhecê-los e ouvir este sucesso na íntegra, aguarde o próximo vídeo. L.BR.04.2014.1879	264.592	0:45
81.	BAYER 150 ANOS	https://www.youtube.com/watch?v=MB2DDhVnfAI	Publicado em 26 de jul de 2013	2.639	0:35
82.	BAYER PARA HOMENS	https://www.youtube.com/watch?v=5	Publicado em 26 de jul de 2013 Dr. Archimedes Nardoza Jr. (CRM SP 49900) expõe as causas da	45.225	2:34

			disfunção erétil e explica a diferença entre a causa orgânica e a causa psicogênica.		
	DR. ARCHIMEDES NARDOZZA JR. - CRM SP 49900				
83.	BAYER PARA HOMENS - O QUE É LITÍASE? - DR. OSCAR EDUARDO H. FUGITA - CRM SP 71639	https://www.youtube.com/watch?v=etgL000qz0Y	Publicado em 26 de jul de 2013 O que é Litíase ou Pedras nos Rins? Dr. Oscar Eduardo H. Fugita (CRM SP 71639) expõe os principais sintomas da Litíase, mais conhecida como Cálculo Renal ou Pedras nos Rins. L.BR.07.2013.0893 www.bayerparahomens.com.br	1067	2:26
84.	BAYER PARA HOMENS - O QUE É DAEM? - DR. AGUINALDO NARDI - CRM 4590	https://www.youtube.com/watch?v=Rpw-OCyaCzk	Publicado em 3 de jul de 2013 O que é o Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM)? O Urologista Dr. Aguinaldo Nardi (CRM 45490) explica o que é esta patologia e seus sintomas. L.BR.07.2013.0894 www.bayerparahomens.com.br	1.689	2:45
85.	BAYER PARA HOMENS - O QUE É CRIPTORQUIDIA? - DR. MIGUEL ZERATI FILHO - CRM SP 34409	https://www.youtube.com/watch?v=XSoggVFAR0w	Publicado em 3 de jul de 2013 O que é Criptorquidia ou Criptorquia? Dr. Miguel Zerati Filho (CRM SP 34409) explica o que é essa condição que ocorre quando o testículo não desce corretamente para a bolsa escrotal e suas formas de tratamento. L.BR.07.2013.0892 www.bayerparahomens.com.br	2.598	1:56
86.	VIVA SUA LIBERDADE	https://www.youtube.com/watch?v=HvW413W_XK0	Publicado em 1 de jul de 2013 Praticidade para o seu dia-a-dia com Breeze®2	2511	1:03
87.	BAYER 150 ANOS	https://www.youtube.com/watch?v=tScbGjovoTs	Publicado em 25 de jun de 2013	2568	9:03
88.	BEPANTOL BABY - SINFONIA DE PROTEÇÃO	https://www.youtube.com/watch?v=v-vbaygyH4I	Publicado em 21 de mai de 2013 Bepantol® Baby apresenta "Sinfonia do BumBum"- Conheça a dupla proteção contra assaduras de Bepantol® Baby www.bepantol.com.br	1350	0:30
89.	FLANAX	https://www.youtube.com/watch?v=...	Publicado em 22 de abr de 2013	3.655.651	0:30

	ENFERMOJADO BAYER BRASIL	https://www.youtu be.com/watch?v=h			
90.	RADIOLOGIA & INTERVENÇÃO BAYER – HISTÓRIA	https://www.youtu be.com/watch?v=8 GFHjt-Rvcg	Publicado em 5 de set de 2012 0800 702 1241 sac@bayerhealthcare.com.br	1.667	3:06
91.	GESTAÇÃO SEMANA A SEMANA	https://www.youtu be.com/watch?v= mY9OF98gJEI	Publicado em 26 de jul de 2012 Veja mais em www.gineco.com.br/gravidez	1.821.516	4:24
92.	BAYER PARA HOMENS - DIMINUIÇÃO DA TESTOSTERONA - DAEM - DR. AGUINALDO NARDI - CRM SP 45490	https://www.youtu be.com/watch?v=f CXckMLOEfo	Publicado em 12 de jul de 2012 L.BR.GM.2012-07-12.0963 www.bayerparahomens.com.br	5.561	2:23
93.	BAYER - SCIENCE FOR A BETTER LIFE	https://www.youtu be.com/watch?v=- jYusZ7FicY	Publicado em 28 de jun de 2012	6.422	7:00
94.	BAYER PARA HOMENS - SINDROME METABÓLICA - DR. JOÃO EDUARDO NUNES SALLES - CRM SP 83.123	https://www.youtu be.com/watch?v=w PiAaNkqjZE	Publicado em 11 de jun de 2012 Dr. João Eduardo Nunes Salles (CRM SP 83.123) discute sobre a síndrome metabólica -- doença associada à deficiência da ação da insulina -- ligada ao grau de obesidade e expõe os problemas dessa resistência: presença de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, colesterol alto entre outros	2915	1:22
95.	BAYER PARA HOMENS - INFECÇÃO URINÁRIA - DR. MARCELO VIEIRA - CRM SP 70.331	https://www.youtu be.com/watch?v=k k_38dUIDck	Publicado em 11 de jun de 2012 Dr. Marcelo Vieira (CRM SP 70.331), membro do Departamento de Andrologia da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), expõe as causas e consequências da infecção urinária no homem e discute sobre o envelhecimento da próstata e doenças sistêmicas (diabetes).	9.185	3:31



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

SUA VIDA 2009 PARTE 3	be.com/watch?v=0 RkUmZsEUQk	Publicado em 18 de abr de 2012	1009	1:02
97. CAMPANHA VIVA SUA VIDA 2009 PARTE 2	https://www.youtu be.com/watch?v=F 8sOoc3YyXo	Publicado em 18 de abr de 2012	581	1:03
98. CAMPANHA VIVA SUA VIDA 2009 PARTE 1	https://www.youtu be.com/watch?v=u 9GRTVXpCoQ	Publicado em 18 de abr de 2012	1.068	1:05

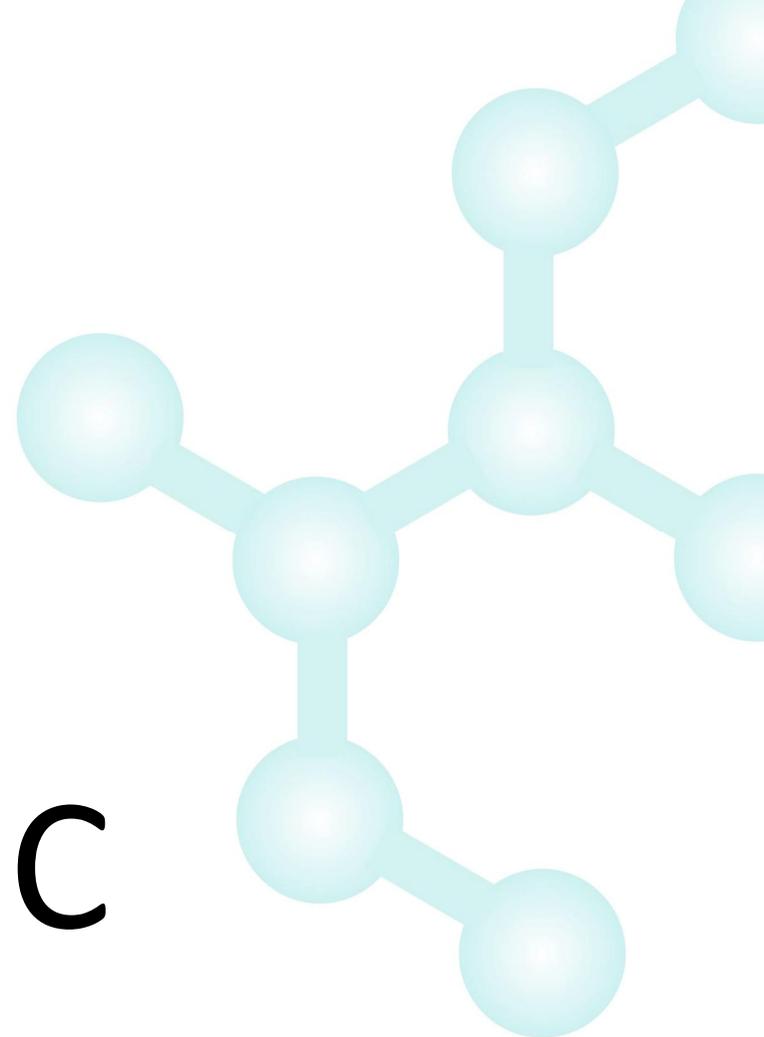


*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

APÊNDICE C

TRANSCRIÇÕES DOS VÍDEOS DO YOUTUBE



1) A Escolha do Método Contraceptivo

Tempo: 1:55

Visualizações: 1085

Quando você tem grandes planos para a sua vida uma gravidez não desejada pode mudar tudo. Uma em cada duas mulheres no Brasil tem uma gravidez não planejada. Com adolescentes esse número é ainda maior. Cerca de 4 em cada 5 gravidezes não foram planejadas, mas porque ainda enfrentamos esse tipo de problema se temos tantos métodos contraceptivos disponíveis? Mais da metade das mulheres solteiras e sexualmente ativas não utilizam nenhum método anticoncepcional.

45% das gestações não planejadas são resultado do uso incorreto ou da falta de um método contraceptivo. Muitas mulheres não seguem uma rotina no uso de seu contraceptivo. Na vida real esses métodos têm uma taxa de falha de até 9% e em mulheres jovens esse número se duplica. Chegou a hora de buscar a melhor opção para você. A maioria das mulheres não conhecem todos os métodos contraceptivos disponíveis principalmente os de longo prazo. Os métodos contraceptivos de longo prazo são 20 vezes mais eficazes que as pílulas, adesivos e anéis. Não deixe nada atrapalhar os seus planos, converse com o seu médico e escolha o melhor método contraceptivo para você.

2) Qual o método contraceptivo ideal para você?

Publicado em 8 de maio de 2013

Visualizações: 286216

Tempo: 3:28

Decidir engravidar é um dos momentos mais emocionantes na vida de uma mulher, independentemente de ser o primeiro, o segundo, o terceiro ou o último filho. Na sua cabeça tudo está organizado, ela ama a sua vida, está no controle de todas as situações e está preparada para ter o bebê. Pelo menos é o que ela pensa. E aí chega o bebê e ela se apaixona completamente por ele, assim como você. Nesse momento, com inúmeras coisas para pensar ela não se sente mais confortável e no controle de tudo. Há tantas coisas para resolver que se sentirá sobrecarregada, ela precisará resgatar a autoconfiança, mesmo que seja em uma pequena parte da sua vida. A primeira consulta pós-parto é vital em muitos aspectos, não só para ver como ela está lidando física e emocionalmente, mas também para conversar sobre métodos contraceptivos. É provável que ela não queira muita intimidade no início, mas as mulheres retornam à fertilidade após algumas semanas do parto e esta consulta é perfeita para discutir as opções de contraceptivos que ela terá. Os contraceptivos podem ser divididos em duas principais categorias: de curto e longo prazo. Contraceptivos de curto prazo precisam ser tomados e utilizados com maior frequência, diariamente, semanalmente ou mensalmente. Nesse, podemos incluir todas as pílulas anticoncepcionais, adesivos ou anel vaginal. Outros métodos de curto prazo como o diafragma, capuz cervical e preservativos são utilizados durante a relação. Contraceptivos de longo prazo são administrados com menor frequência e podem durar por meses e ou anos. Essas contracepções incluem os contraceptivos trimestral, implante, DIU de cobre ou DIU hormonal. O DIU de cobre e o DIU hormonal são muito semelhantes, os dois são de plástico, possuem o formato T e são inseridos dentro do útero por um médico. A principal diferença é que eles funcionam de maneira diferente para prevenir a gravidez. O DIU de cobre impede que o espermatozoide encontre o óvulo, o cobre é tóxico para o espermatozoide e funciona prevenindo que ele sobreviva no útero, no colo do útero e nas trompas de falópio. O DIU hormonal libera uma pequena dose de hormônio no útero e

...s espesso dificultando a entrada do espermatozoide no ... movimentação, evitando assim a fertilização. Os dois ... podem ser removidos a qualquer momento. Os dois ... podem impactar na menstruação da mulher. O DIU de cobre pode aumentar o sangramento, enquanto o DIU hormonal pode diminuí-lo. Esses métodos de longo prazo, particularmente o implante, o DIU de cobre e o DIU hormonal oferecem boa adaptação sem risco de esquecimento uma vez que inserido no local ela não precisa mais se preocupar com contracepção permitindo que ela foque nas coisas mais importantes da sua vida. E tem mais, se ela está pensando em ter outro bebê esses contraceptivos de longo prazo são imediatamente reversíveis e permitirão que ela volte a ser fértil assim que o contraceptivo for removido tornando uma boa opção para o planejamento familiar de longo prazo. O que ela precisa fazer é voltar para o seu médico, informar o desejo de engravidar e remover o contraceptivo. Esse será o melhor momento para iniciar o planejamento do seu novo bebê. Métodos contraceptivos, escolha o melhor para você.

3) 18 de outubro -- Dia Mundial da Menopausa

Publicado em 28 de set de 2012

Visualizações: 1094

Tempo: 0:15

A cada 100 mulheres no mundo 80 vão ter os sintomas da menopausa, mas você não precisa enfrentar isso sozinha, converse com o seu médico. 18 de outubro- dia mundial da menopausa.

4) Afinal, o que é endometriose?

Publicado em 3 de agosto de 2012

Visualizações: 281145

Tempo: 2:29

Endometriose é uma condição debilitante, crônica e prevalente que afeta aproximadamente uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva. Há muitos sintomas de endometriose os mais comuns são: dismenorreia, dispareunia e dor pélvica. Os sintomas geralmente variam e podem ser diferentes entre as pacientes. Isso é ainda mais complicado, pois os sintomas causados pela endometriose são facilmente confundidos com o de outras condições. Portanto, um diagnóstico definitivo de endometriose baseados somente nos sintomas podem ser difíceis levando a uma demora de 8 há 10 anos em média até se chegar ao diagnóstico.

A endometriose é caracterizada pela presença e pela proliferação de tecido do tipo endometrial, fora do útero, por exemplo, nas tubas uterinas, na bexiga, e em outras estruturas pélvicas. Esses tecidos formam lesões denominadas endometrióticas que estão associadas em inflamação crônica e podem resultar em lesões nas cavidades pélvicas. Três tipos de doenças podem ser distinguidos: endometriose por infiltração profunda, endometriose peritoneal e endometriose ovariana. As lesões endometriais são influenciadas pelo ciclo hormonal feminino de modo semelhante ao do próprio endométrio e respondem ao estrógeno com auto proliferação e crescimento da lesão. Diferente da inflamação uterina uma inflamação crônica é observada na área do endométrio e ectópico. Uma série de terapias médicas e cirurgia, em geral, combinadas são usadas no tratamento da endometriose. Os tratamentos médicos podem ser categorizados em analgésicos que tratam a dor apenas sintomaticamente e tratamentos hormonais que influenciam a topologia subjacente. Como a endometriose é uma doença dependente do estrógeno o mecanismo comum de tratamento hormonal é reduzir o nível de estrógeno o bastante para interromper as lesões e assim reduzir os sintomas da endometriose, mas não a ponto de resultar em efeitos colaterais hiperestrogênicos. Além desse modo de ação, os progestagênicos têm efeitos locais adicionais.

Anticoncepcionais II

Enviado em 09 de fevereiro de 2012

Entrevistas com Dr. Rogerio Bonassi e Dr. Cesar Fernandes

Visualizações: 1094

Tempo: 18:33

Dr. Rogério Bonassi- Doutor em medicina pela Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo e mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor adjunto da disciplina de Ginecologia do departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Como você avalia os estudos publicados no British Medical Journal, que mostram que o risco de trombose em usuárias de pílulas contendo drospirenoma é maior que em usuárias de anticoncepcionais com levonorgestrel⁹³?

Olha, o British Medical Journal publicou na realidade três artigos recentes sobre tromboembolismo envolvendo as pílulas que contém drospirenoma comparado as pílulas que contém o levonogestrel. E atualmente tem um estudo mais recente que é o estudo do Lee Dengler mostrando que também outras pílulas que contém desogestrel também estariam envolvidas realmente no risco tromboembólico. O medo do risco tromboembólico já é conhecido de todos nós, na literatura isso desde a origem dos anticoncepcionais, desde a introdução do primeiro anticoncepcional a dose estrogênica sempre foi envolvida com o risco tromboembólico, esse risco era inaceitável nos anos 60, passou a ser melhorado muito nos anos 70 com redução da dose do etnistradinol e depois novos progestagênios foram entrando paralelamente no mercado. Hoje tem uma gama muito grande de anticoncepcionais, e claro, que todo o anticoncepcional que entra no mercado, ele vai passar a ser estudado a partir da sua entrada e evento raro como é o tromboembolismo ele passa por um período longo para que se tenha resultados adicionais.

Os estudos do British Medical Journal mostram que existe um pequeno aumento de risco tromboembólico em usuárias de anticoncepcionais com drospirenoma comparados com as que tem anticoncepcionais combinados com levonorgestrel. Qual a magnitude desse risco? Então o primeiro ponto é colocar realmente o quanto que isso interferiria na nossa prática diária. Então, a primeira questão: os três trabalhos do British Medical Journal mostram disparidade dos riscos relativo. Os riscos relativos variando entre um ponto sete (1.7) e três pontos três (3.3). O que quer dizer isso na prática? Então todos nós sabemos que o risco relativo é a pior maneira de se analisar riscos, principalmente em doenças que são raras, como o tromboembolismo. Então nós precisamos transportar isso para o risco absoluto, depois de transportar isso para o risco absoluto ver a metodologia desses estudos e depois que soubermos de as características da metodologia desses estudos comparar com outros estudos que também estão disponíveis. Então vou começar por esse ponto. Qual seria então o impacto desse risco relativo sobre o risco absoluto da doença tromboembólica? Então se a gente pegar o modelo que é o modelo muito simples de ver a incidência dessa doença em mulheres ao ano, então não usuárias de anticoncepcional oral combinado em cada 10 mil mulheres 4 casos de trombose ao ano, então 4 a cada dez mil mulheres ao ano, muito baixa incidência. Tomando anticoncepcional, qualquer anticoncepcional 9 casos para cada 10 mil mulheres ao ano. Se eu colocar esse 9 e fizer uma média mais ou menos dos estudos da British Medical Journal eu vou ver que vou acrescentar 5 a 6 casos a mais de tromboembolismo em 10 mil mulheres, o que é muito baixo, isso pensando na pior perspectiva, então colocaria ao invés de 9 casos, eu colocaria 15 a 16 casos em dez mil que continua sendo um risco absoluto muito baixo. Em

⁹³ As palavras em itálico são informações que aparecem de forma escrita nos vídeos.

ir a metodologia desses estudos, então os estudos do que é um estudo de grande base populacional. Porém, vem da avaliação de vendas no mercado para setores de saúde privada americana, então esse é um estudo a parte não dá para ser transportado para uma população em geral, já que são dados simplesmente numéricos que vieram de pesquisas de mercado norte americano, de estudo retrospectivo do tipo caso controle. O outro estudo é um estudo inglês com a mesma metodologia e recentemente um estudo dinamarquês, esse um estudo já com um corte retrospectivo mostrando uma avaliação de oito mil mulheres ao ano. Esse é o estudo mais robusto que existe na literatura, porém com uma metodologia que inclui possibilidade de viés, como por exemplo, viés de prescrição, viés de seleção de pacientes, viés de memória dessas pacientes porque pode ser que na hora que vai se obter este dado, não é exatamente aquele anticoncepcional que essa mulher utilizou, então esses dados têm que ser ajustados e têm que ser melhor vistos. Muitas vezes esses vieses não são passíveis de correção. Então, isso é características dos estudos retrospectivos seja de corte ou de caso controle. Em contrapartida o que nós teríamos de tentar para ver se realmente isso é uma questão universal e que poderia parar por aí e falar, realmente aumenta muito esse risco. Existem estudos que são estudos provenientes da exigência de agências regulatórias, como por exemplo, a agência europeia ENEA que exigiu alguns estudos de segurança a longo prazo, principalmente para formulações com drospirenoma e esses estudos tem uma metodologia diferente, são estudos prospectivas de corte prospectiva e são estudos onde essas populações grandes avaliadas por longos períodos de tempo. Existem pelo menos quatro estudos dessa natureza, muito bem alinhados, já com resultados publicados e esses resultados não mostram aumento no risco de tromboembolismo com os anticoncepcionais que contém drospirenoma comparados aqueles que contém levonogestrel. Então o que se tem hoje é uma disparidade de dados, os estudos com maior grau de evidência que são os estudos prospectivos e estudos de corte prospectiva e eles não mostram o aumento do risco e os estudos retrospectivos, claro que com um grau de evidência menor mostram um pequeno aumento no risco.

A questão principal talvez esteja longe de ser resolvida, talvez precisemos mais tempo para isso. No entanto, vale lembrar sempre das questões numéricas que envolvem esse problema, que pro médico é mais fácil de solucionar porque ele conhece a doença, ele sabe da baixa incidência do tromboembolismo, ele sabe que são poucos casos numa população e ele sabe inclusive que o tromboembolismo venoso na gravidez e no pós parto é muito maior do que durante o uso do anticoncepcional, então tudo isso é colocado pro médico de uma maneira numérica e ele tem que transportar esses conhecimentos, traduzindo esses conhecimentos em segurança para as mulheres. Seria necessário a mudança de prescrição, a mudança do hábito em se prescrever anticoncepcionais? Nós médicos parariamos de utilizar anticoncepcionais mais recentes por causa desses dados? Eu acredito que não, eu acredito que a maioria dos ginecologistas que tratam diretamente desse assunto não vai mudar seu hábito de prescrição envolvendo a avaliação individual das mulheres e é claro que ele vai poder colocar como sempre colocou, esse pequeno risco tromboembólico que pode ocorrer independente da formulação do anticoncepcional combinado que ele escolha para a sua paciente.

Então você se sente seguro em continuar prescrevendo contraceptivos a base de drospirenoma?

Hoje nós nos sentimos muito mais seguros em falar: olha, esse risco é um risco baixo 9 casos a cada dez mil mulheres. É muito baixo. Deixariamos de prescrever por causa desse risco? Não. Para a grande maioria não, porém, podemos identificar mulheres de maior risco e aí migrar para outro tipo de método anticoncepcional. Então, nesse sentido, eu não vejo problema nenhum e não mudaria a questão, pois já estamos há muito tempo lidando com isso, lembrando que isso é uma reedição de um problema muito antigo e vez por outra aparece uma onda de evidências. Em 1995 e em 1996 quatro estudos da Organização Mundial de Saúde

estrel, na época com as pílulas de 20 microgramas que aumento de risco, tudo isso foi considerado por longos períodos e hoje estamos adaptados e só mostramos que existe esse pequeno aumento de risco, mas pelo que aparece o risco tromboembólico dos anticoncepcionais é o efeito da classe dos anticoncepcionais combinados e todos eles carregam consigo um pequeno risco.

Como você tem orientado as suas pacientes que lhe procuram devido as notícias recentemente publicadas na mídia?

Olha, felizmente não é o assunto que a mulher está tão preocupada, na verdade parece que as notícias da imprensa ela surte algum efeito que é o efeito transitório. No entanto, a orientação adequada e a segurança que essas mulheres têm diante da orientação médica ela é preponderante sobre qualquer notícia. Então, eu não vejo nenhum problema, eu acho que os dados têm que ser divulgados sim, mas não se pode criar um pavor do uso de qualquer substância seja ela anticoncepcional o qualquer fármaco que exista hoje para utilização médica. No caso das pílulas a mulher identifica alguns benefícios que parecem ser muito mais importantes que os riscos. Embora a gente não tenha estudos sobre esse assunto diretamente falando com as mulheres, mas a impressão que se tem é que as mulheres não dão muita importância do risco tromboembólico, umas sim e outras não. Aquelas que nos questionam invariavelmente aceitam manter o método ou aceitam o anticoncepcional como primeira prescrição uma vez que ela pensa nos benefícios adicionais que o médico também acredita que isso possa ser uma medida bastante interessante quando ele pensa em abordar individualmente essas mulheres. Então, eu realmente não vejo problema. Entre as pacientes e na relação com o próprio ginecologista ou clínico isso parece ser bastante saudável, acho que isso tem que ser mesmo discutido para que ser chegue num denominador comum, principalmente levando a informação precisa sem ter medo e com segurança.

DR. César Eduardo Fernandes- graduado em Medicina e com residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Mestre e doutor pela (FCMSCSP).

Presidente do Conselho Científico da Associação Brasileira do Climatério e da Comissão Nacional Especializada de Climatério da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Qual a sua conclusão em relação os estudos publicados no British medical journal, que mostra que o risco de trombose em usuárias de pílulas contendo drospirenoma é maior que em usuárias de anticoncepcionais com levonorgestrel?

Os artigos publicados no BMJ, cada um deles, tanto os estudos que avaliam dados de base populacional de população americana, de população inglesa, ou de população dinamarquesa partiram de banco de dados, portanto são estudos retrospectivos em que você identifica um evento, no caso o tromboembolismo venoso e você vai comparar pacientes que tiveram o evento contra pacientes que não tiveram o evento e ver, por exemplo, se elas estão no uso de contraceptivos, ou não e se tiverem no uso de contraceptivos, qual elas estão usando. Fundamentalmente o que se quer comparar em relação aos anticoncepcionais é comparar o uso dos anticoncepcionais que tem como formulação o levonogestrel contra outras formulações, como por exemplo, as formulações que contenha drospirenoma. Esses estudos retrospectivos, que podem ter evidências não tão fortes, evidências em que existem alguns vieses embutidos ali, como por exemplo, você pode ter o viés da obesidade, você pode ter o viés de um evento que ali está consignado, mas você não auditou esse evento para saber se efetivamente aquilo era mesmo ou não o tromboembolismo venoso.

Pois bem, esses estudos mostram um ligeiro aumento de risco de tromboembolismo venoso

comparado a formulações com levonogestrel, com base de risco. No entanto, eu acho que a robustez dessas evidências não são tão sólidas que possam nos estabelecer como verdades definitivas esses resultados apontados até porque eles estão completamente desalinhados de outros estudos anteriores com outra metodologia em que não mostra os mesmos resultados, mostra estudos retrospectivos, com acompanhamento de corte, de uma busca por captação ativa de eventos de tromboembolismo, mostra que as formulações com levonogestrel contra a de drospirenoma tem um risco muito parecido de tromboembolismo venoso. Portanto, esses resultados são contraditórios. A minha impressão é de que no presente momento o que nós podemos dizer é que os contraceptivos, todos eles, os de baixa dose tem um pequeno aumento de risco de tromboembolismo venoso. Um aumento de risco que quando muito comparado a não usuária de pílulas de contraceptivos hormonais combinados orais contra as usuárias esse aumento está muito próximo de dois. Como se trata de eventos muito raros, nós temos cerca de 4 a 5 episódios de tromboembolismos em mulheres não usuárias de contraceptivos em mulheres na faixa etária que se usa os contraceptivos entre 20 e 40 anos de idade ou até mais cedo de 15 a 40 anos de idade. Esse seria um número de eventos tomando essa população como um todo e essas mulheres de maior idade tem o risco maior de tromboembolismo venoso e essa incidência natural seria aumentada com o sintoma do contraceptivo e chega a dobrar, então ao invés de 4 a 5 entra cada dez mil mulheres ao longo do ano você teria esse risco passando ao redor de entre 8 e 10 em cada 10 mil mulheres, ou seja, continua sendo um evento extremamente raro, isso faz com que as agências regulatórias que aprovam esse quadro e que disponibilizam para prescrição e para dispensação para as usuárias. As agências regulatórias se sentem seguras e confortáveis para admitir que esse risco confrontado com os benefícios ele é aceitável epidemiologicamente, nos deixando como médicos mais tranquilos para receitar qualquer contraceptivos para as nossas pacientes, então eu entendo, para ser pontual em relação a sua pergunta é que temos que admitir sim e não há como fugir disso que os contraceptivos impõe um risco maior a usuária de tromboembolismo venoso, mas isso é um efeito de classe muito minimizado pelas baixas taxas de hormônios, nada que nos faça lembrar dos contraceptivos da década de 60 em que era desmesurado o risco de tromboembolismo venoso. Então eu acho que nós médicos devemos escolher o contraceptivo que nos pareça mais apropriado, desde que em baixa dose e que mais se adequa a uma determinada paciente, não fazendo da questão do tromboembolismo um diferencial para a prescrição do anticoncepcional A em detrimento do anticoncepcional B.

Como você tem orientado as suas pacientes que lhe procuram devido as notícias recentemente publicadas na mídia?

Eu explico para as pacientes que essa questão de segurança dos contraceptivos é sempre uma questão em pauta. É importante lembrar de que você trata mulheres saudáveis que apenas não querem engravidar e você quer atingir esse objetivo sem impor risco as mulheres, então tudo que diz respeito a riscos de contraceptivos é muito valorizado pelas agências regulatórias, então qualquer pequeno dado novo robusto ou não, merece apreciação por parte das agências regulatórias e naturalmente, isso vem a público através da divulgação da imprensa. E isso não se esgota com essa publicação, isso é uma questão recorrente na história dos contraceptivos desde que eles foram lançados, desde que eu me entendo como médico e participando dessa questão, inúmeras vezes eu vi em situações distintas a questão do tromboembolismo ser pauta, não há um congresso médico na nossa especialidade de ginecologia obstetrícia que o tema tromboembolismo venoso não seja considerado. Então o que eu explico para as pacientes é que não fiquem alarmadas com essa questão, o impacto que elas têm de mídia não representam necessariamente a relevância clínica daquele dado. Eu acho que do ponto de vista de relevância clínica o que nós médicos estamos convencidos é de que os contraceptivos atuais, todos eles, incluindo os com drospirenoma têm segurança equivalente muito próxima

os diferentes quer tenham drospirenoma ou não.

Risco de TV associado ao uso de contraceptivos

Enviado em 22 de dez de 2011

Visualizações: 1310

Tempo: 3:55

Lee P. Shulman MD- chefe da Divisão Genética Clínica Departamento de Obstetria e Ginecologia- Escola Feinberg de Medicina da Universidade NorthWestern, professor adjunto de clínica medicinal e farmacognosia - Universidade de Illinois da Faculdade de Farmácia de Chicago, Chicago Illinois, EUA.

Dr. Lee, algumas pacientes estão nos procurando devido às notícias da imprensa sobre o risco envolvendo o uso de contraceptivos orais. Poderia por favor nos dizer quais são os mitos e qual é a verdade?

Bem, minhas pacientes também me ligam e há muitas informações disponíveis na internet, jornais e várias outras fontes. É importante sabermos que os estudos prospectivos que avaliam eventos tromboembólicos venosos e outros eventos adversos não demonstram nenhum aumento de risco com o uso de pílulas de drospirenoma em comparação a outras pílulas.

Não devemos nunca contrariar nossos pacientes. Mas precisamos assegurar-lhes que os benefícios da drospirenoma, que já tornaram essas pílulas muito bem aceitas e utilizadas em todo o mundo, não são associadas a eventos adversos. Sempre haverá estudos em possível desacordo com estudos prospectivos, e é por isso que, evidentemente, ainda precisamos de mais pesquisas na área. Entretanto, os resultados continuam mostrando que as avaliações prospectivas não associam essa substância a um risco mais elevado em comparação ao de outras pílulas, e que há, por outro lado, na verdade, uma redução na mortalidade e na recorrência de eventos adversos arteriais sérios.

É importante que os médicos tranquilizem as pacientes quanto à confiabilidade, segurança e boa aceitação dessas pílulas, que são uma parte importante da saúde e bem-estar de mulheres que optam por não engravidar.

Na sua opinião, as pacientes devem interromper o uso até que os fatos sejam esclarecidos? Um medo da pílula é justificável?

As pacientes que tomam anticoncepcionais orais enfrentam o maior risco de trombose nos primeiros um a dois anos de tratamento, ou aproximadamente 18 meses. Na verdade, é muito melhor não trocar o medicamento, porque a troca da pílula da paciente para qualquer outra, aumenta a probabilidade dessa paciente não ficar satisfeita e parar o tratamento com anticoncepcionais orais, ou outros métodos eficazes, expondo-se ao risco extremamente alto que sabemos que corre durante a gestação. Além disso, a troca de pílula possivelmente leva a um aumento dos riscos de eventos tromboembólicos, porque sabemos que qualquer interrupção acaba reiniciando o risco tromboembólico, que é mais alto em novas usuárias ou pacientes que trocam de medicamento.

Em termos do risco do contraceptivo, qual é a real diferença encontrada pelos estudos prospectivos vs. retrospectivos?

O importante é que estamos falando de um evento muito raro. E, mesmo que os estudos retrospectivos, que apresentam falhas metodológicas consideráveis, acabam demonstrando um pequeno aumento do risco, ainda estamos falando de um evento raro, com pouca ou nenhuma relevância clínica. É importante ajudarmos nossas pacientes a encontrar um método

disse, os estudos prospectivos, que são evidentemente ; na determinação do risco geral, não demonstraram nenhum aumento do risco. Trata-se de eventos verdadeiramente raros, que continuam raros, independentemente do estudo avaliado.

7) Girls Talk TV - Episódio 4 - Conhecimento avançado

Enviado em 14 de set de 2011

Visualizações: 7761

Tempo: 2:57

Cleire.

Loy.

Amy.

Dr. Paula.

Dr. Paula: Quando você acha que vai ter filhos?

Amy: Não sei, provavelmente terei nos próximos anos.

Dr. Paula: e você?

Cleire: não, não nos próximos anos.

Dr. Paula: e quanto a você quer ter filhos?

Loy: eu quero ter um monte de filhos.

Amy: um monte?

Loy: é, acho que é uma das coisas mais interessantes para fazer um dia.

Dr. Paula: é, muito legal.

Loy: é, eu acho. Eu vou poder ficar grávida quando eu quiser parar?

Dr. Paula: sim, você só precisaria esquecer uma pílula e poderia engravidar.

Loy: então é fácil.

Dr. Paula: seu plano é bastante fácil.

Amy: mas mesmo de imediato? Por exemplo, se depois desse mês eu simplesmente parar de tomar a pílula eu poderia?

Dr. Paula: sim, sim. Muitas pessoas acham que a pílula irá protegê-las por dois ou três meses depois, mas não protege. Você só precisa esquecer uma pílula e teoricamente engravidaria.

Amy: e a respeito da cartela: têm as pílulas de placebo, as pílulas de açúcar, ou quando diz que precisa tirar uma semana de folga ou algo do tipo podemos engravidar assim?

Dr. Paula: não, se você está tomando as pílulas ativas corretamente não engravidará durante a

ilas de placebo por uma semana, a não ser que você se
ou tenha tido algum problema com as pílulas restantes

Cleire: e se eu estiver de férias e quiser mudar meu período de menstruação?

Dr. Paula: é muito difícil dar um conselho geral sobre isso porque cada uma toma pílulas diferentes, então é preciso checar a bula e procurar o seu médico.

Amy: Eu já tentei fazer isso porque eu realmente odeio, sabe. Eu estou de férias, eu não quero ter com que preocupar.

Loy: outra questão sobre as férias, poderia ser: a pílula me protege de doenças sexualmente transmissíveis?

Dr. Paula: não, a pílula não protege de doenças sexualmente transmissíveis de maneira alguma, a pílula nos protege contra a gravidez. E a única coisa que pode nos proteger contra as DST'S são as camisinhas, elas não são perfeitas, mas são melhores do que nada. Se você está numa relação nova é importante que faça exames regulares para detectar se está com alguma doença sexualmente transmissível.

Loy: então a única maneira de me proteger das DST'S são as camisinhas?

Dr. Paula: sim. Em um mundo ideal, se você está preocupada com as DST'S você usaria a camisinha junto com a pílula.

8) Girls Talk TV - Episódio 3 - Tomando a pílula

Enviado em 14 de set de 2011

Visualizações: 21965

Tempo: 3:37

Claire

Joy

Amy

Dr. Paula

Dr. Paula: quando vocês tomam a pílula?

Cleire: pela manhã, pensei que tinha sido feita para tomar de manhã; talvez não faça diferença.

Dr. Paula: só é bom para você entrar numa rotina, se você se acostumar a tomar a pílula no mesmo horário todos os dias você tem menos chances de esquecer de tomá-la.

Joy: eu deixo a minha na pia junto com a minha escola de dentes. Ok, mas agora eu me acostumei tanto que às vezes eu me esqueço se tomei ou não, então eu tenho que checar na cartela diretamente, Ok, hoje é quarta feira e eu já tomei quarta feira.

Amy: há efeitos colaterais ou risco de saúde com a pílula?

Dr. Paula: há um número mínimo de efeitos colaterais associados a pílula como: mudanças de peso, náuseas, sensibilidade mamária, e dores de cabeças são bastante comuns e esses sintomas costumam a diminuir geralmente nos primeiros meses. Há alguns potenciais efeitos

mas afetam um número baixíssimo de mulheres como um coágulo sanguíneo na perna que caso se alastre até o pulmão pode ser fatal e também coágulos no coração que podem também levar a um ataque cardíaco ou um derrame. São problemas sérios, mas o risco que isso aconteça é extremamente baixo e nós como médicos aconselhamos e enfatizamos esses riscos as mulheres, é uma das razões pelas quais checamos a pressão do sangue, histórico de fumante, se há um histórico familiar de coagulação no sangue, são coisas que nos pode alertar sobre o fato de haver um problema mais sério.

Cleire: como é que a pílula afeta o peso?

Dr. Paula: as mulheres estão muito preocupadas com o peso, talvez seja uma das coisas que mais lhe preocupam.

Joy: isso é um grande boato, sabe. Sempre ouvimos que podemos ganhar uns 4 kg.

Amy: eu provavelmente vou ganhar peso.

Dr. Paula: algumas pessoas são sensíveis as pílulas que é também um estimulador de apetite, se você tem esse tipo de sensibilidade, talvez acabe comendo mais. A pílula também pode causar retenção de líquidos que dará a sensação de ganho de peso. Algumas pílulas são melhores para a retenção de líquidos do que outras, então se você teve problema com uma marca talvez seja melhor cogitar usar outra.

Joy: eu preciso dar um tempo na pílula se estiver usando durante um longo tempo?

Dr. Paula: não há benefício nenhum em dar um tempo na pílula, é um conceito errado bastante comum de que por alguma razão o corpo da mulher precisaria se recuperar por usar a pílula e isso não é realmente necessário e só aumenta os riscos de uma gravidez indesejada.

Joy: é isso mesmo, então o meu corpo não precisa se recuperar de diferentes hormônios, é isso?

Dr. Paula: não, quando você para de tomar a pílula tudo volta a ser como era antes e sabemos disso porque você precisaria esquecer de tomar uma pílula para engravidar. Não há benefícios em dar um tempo.

9) Girls Talk TV - Episódio 2 - Como iniciar?

Enviado em 14 de set de 2011

Visualizações: 6919

Tempo: 3:02

Cleire

Joy

Amy

Dr. Paula

Amy: foi realmente estranho para vocês quando foram ao médico para iniciar os usos da pílula?

Joy: bom, eu me senti um pouco intimidada porque o médico fez um monte de perguntas pessoais.

uma fonte de perguntas constrangedoras, mas fazem para saber se você não vai correr nenhum risco e como você reage a química do medicamento.

Joy: sim, eu sei que ele tem que perguntar a razão porque nós queremos tomar a pílula, mas é porque tipo.

Amy: quando você é novinha e vai à primeira vez e eles começam a perguntar, você sabe, “você faz sexo? Você faz sexo oral”? Estão realmente perguntando sobre a sua experiência e pode ser meio constrangedor ver ele fazendo uma lista.

Cleire: eu não lembro bem, é preciso de prescrição para tomar a pílula?

No Brasil, é necessária prescrição médica para o uso de pílulas anticoncepcionais.

Dr. Paula: isso vai depender de país para país.

Joy: como e quando se começa a tomar a pílula?

Dr. Paula: é melhor começar no primeiro dia da menstruação porque assim há uma maior cobertura do ponto de vista anticoncepcional e também contribui para o controle do sangramento, um bom controle de ciclo, mas se necessita começar em qualquer outra época, se desejar iniciar no meio do mês você pode fazer isso. Porém, se estiver usando a pílula apenas para a contracepção então deve esperar até 7 dias depois do início do tratamento para estar completamente protegida.

Cleire: mas como saber? Todas as pílulas não são iguais?

Dr. Paula: não, há vários tipos de pílulas diferentes, quando se trata de aconselhar quando se iniciar o uso da pílula obviamente é imprescindível consultar o seu médico.

Amy: então além de prevenir a gravidez a pílula tem outros benefícios?

Dr. Paula: a pílula torna o sangramento mais regular, menos intenso, menos doloroso, reduz o risco de gravidez ectópica (gravidez ectópica, é a gestação que ocorre fora da cavidade uterina), indesejada e pode contribuir com a pele em algumas mulheres dependendo do tipo da pílula.

Joy: realmente a minha pele está muito melhor depois que eu comecei a tomar a pílula.

Dr. Paula: é, é, isso é verdade, isso realmente varia de uma pílula para outra, mas algumas são usadas para tratar acne.

Joy: então se você tem acne e não tem relações sexuais você pode ir ao médico e dizer que quer usar a pílula?

Dr. Paula: certamente.

Claire: eu tenho amigas minhas que estão nessa situação devido a problemas que têm.

Dr. Paula: e algumas mulheres começam a tomar pílulas ainda bem jovens porque elas têm menstruações muito dolorosas e ainda não as utilizam como contracepção.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

lidade

Enviado em 14 de set de 2011

Visualizações: 16446

Tempo: 2:59

Claire

Joy

Amy

Dr. Paula

Amy: eu nunca falei com minhas amigas sobre contracepção ou coisas do tipo exceto que eu estava tomando pílulas anticoncepcionais "ah! Eu estou usando isso ou aquilo".

Claire: mas você falou isso com alguém antes de começar a usar a pílula?

Any: não, acho que realmente não.

Dr. Paula: o que você fez, foi direto ao médico e perguntou sobre a pílula?

Any: eu falei para minha mãe que tinha cólicas o tempo todo e ela disse que talvez eu devia ir mesmo ao médico conversar com a respeito.

Joy: eu me lembro das garotas na escola com estojinho para guardar as pílulas em cima da mesa como se dissesse "ah! Eu tomo pílulas".

Dr. Paula: o que os professores diriam se vissem nas mesas os estojinhos de pílulas e não os estojos de lápis. (risos).

Claire: então, algumas vezes eu esqueci de tomar a pílula, mas como funciona eu posso ficar grávida por isso?

Dr. Paula: se você esquece de tomar a pílula você fica sim grávida. E isso pode ser a coisa mais importante sobre a pílula. Você tem que lembrar de tomar ela diariamente e como a maioria das pílulas você tem 12 horas para lembrar de tomá-la, mas dependendo de qual você está tomando é melhor consultar a bula e conversar com o seu médico. Depois que se passaram as 12 horas pode haver perda de eficiência contraceptiva, não dar para estar segura.

Joy: o quanto a pílula é confiável? É mais ou menos segura do que a camisinha?

Dr. Paula: a pílula é um contraceptivo bastante confiável com taxas de falhas de 1% quando usadas corretamente o que obviamente depende de se a mulher se lembrar de tomar todos os dias porque as mulheres podem não se lembrar de tomar as pílulas todos os dias, na prática as taxas de falhas podem chegar até 5%, mas não há dúvidas que a pílula é um método contraceptivo muito, mas muito mais confiável do que a camisinha. As camisinhas são a maior proteção que existe contra as doenças sexualmente transmissíveis, mas podem se romper, podem ter a eficácia afetada por causa de lubrificantes a base de óleo, ou por não ter sido colocadas corretamente, ou outras razões, tem taxas de falhas significativamente maiores e certamente deveria ser usada junto com a pílula quando se busca uma contracepção confiável.

Amy: existe alguma reação medicamentosa com a pílula?

to como outro e pode interagir com outras medicações, melhor procurar a bula e checar na embalagem de sua própria pílula além de procurar o seu médico. Pode ocorrer também com os medicamentos homeopáticos.

Amy: e se eu vomitar, ou tiver diarreia, ou algo assim?

Dr. Paula: se você vomitar pode expelir a pílula e se você tiver diarreia pode afetar também o modo como a medicação é absorvida. De novo dou o mesmo conselho de consultar a bula e procurar assistência médica.

11) Orientação à qualidade de vida - TPM e Menstruação - Parte 2

Enviado em 19 de agosto de 2011

Visualizações: 3516

Tempo: 5:30

Expressão feminina.

Regina Bittar- apresentadora

Regina: estamos de volta com a doutora Cristina Guazzelli falando de TPM, menstruação. E nós vamos para mais uma pergunta nas ruas.

Beatriz F. De Souza- 25 anos.

Beatriz: doutora, eu gostaria de saber porque antes de menstruar eu fico tão nervosa e ao mesmo tempo tão sensível?

Regina Bittar: é a famosa TPM, né doutora?

Dra. Cristina Guazzelli- ginecologia e obstetrícia- escola paulista de medicina.

Dra. Cristina Guazzelli: sim, é uma tensão pré-menstrual que atingi um número muito grande de mulheres brasileiras, não só as brasileiras, mas mulheres no mundo todo.

Regina Bittar: isso aumentou ultimamente, é normal? Sempre teve um volume de TPM? Porque se fala tanto em TPM hoje em dia. Sempre foi assim doutora ou não? Ou tem a ver com o estilo de vida?

Dra. Cristina Guazzelli: tem muito a ver com o estilo de vida. Então essa menina perguntando o porquê ela tem, a gente tem que lembrar para a paciente que as causas são multifatoriais, então depende da qualidade de vida dessa garota, da sua alimentação, se ela pratica ou não exercícios, das vitaminas que ela usa, e é claro, de algumas alterações hormonais, mas a paciente ela é normal, ela não tem alterações significativas que vão levar a alguns comprometimentos em relação ao seu ciclo menstrual. Ela tem alterações que levam a algumas alterações do ponto de vista emocional, do ponto de vista de algumas queixas físicas como é o caso da cólica que ela reclama, da alteração do fluxo menstrual.

Regina Bittar: não é uma doença, mas também não é uma frescura, é uma coisa que atingi a mulher, mas que é multifatorial, como você disse tem muitas questões que envolvem a TPM e o excesso de stress hoje em dia da mulher moderna, o fato de ela entrar no mercado de

or predominante?

Dra. Cristina Guazzelli: sim, tanto que existem algumas diferenças para se avaliar quando é stress e quando é tensão pré-menstrual. Então nós consideramos tensão pré-menstrual se isso ocorre durante a segunda fase do ciclo, ou se essa paciente tem essas queixas, ou queixas emocionais que seriam a irritabilidade, a presença de depressão, o choro fácil, a ansiedade, acompanhada de alguma queixa física que é o caso da cólica menstrual, da alteração do fluxo menstrual, das pacientes com inchaço, dores abdominais.

Regina Bittar: então isso é bom você fazer um acompanhamento, né.

Dra. Cristina Guazzelli: isso ela tem que notar durante três ciclos consecutivos e apresentar essas queixas.

Regina Bittar: para poder determinar se é TPM ou stress.

Dra. Cristina Guazzelli: porque a paciente estressada vai ter essas queixas durante o período todo, ela não diferencia durante o período do ciclo menstrual.

Regina Bittar: exatamente.

Bom, vamos para mais uma pergunta nas ruas.

Jéssica Lima, 23 anos

Jéssica: doutora, antes de eu menstruar eu sinto muita cólica, muita dor de cabeça, meu fluxo é muito intenso e eu gostaria de saber se isso é normal, se tem cura?

Dra. Cristina Guazzelli: não, isso não é normal e ela pode ser auxiliada. É só ir a busca de algum auxílio, de ajuda de algum ginecologista que com certeza ela vai ter benefícios de orientações dos tratamentos sejam eles terapêuticos ou não. Normalmente a gente acaba orientando na qualidade de vida, em melhorar a qualidade de vida, alimentação mais saudável, a prática de exercícios.

Regina Bittar: alimentação mais saudável, o que que prejudica, o que você não pode comer quando você está no período da TPM?

Dra. Cristina Guazzelli: a paciente está liberada a ter uma alimentação equilibrada. Todas as pessoas devem comer um pouco de cada coisa, mas você não deve exagerar nas gorduras, nos alimentos com muito açúcar, normalmente o que a gente orienta é mais verdura, fruta. E isso independe da faixa etária.

Regina Bittar: isso é sempre, né.

Dra. Cristina Guazzelli: isso é a vida toda.

Regina Bittar: mas é aquela vontade de comer chocolate, não tem isso, não é normal?

Dra. Cristina Guazzelli: então se ela tem tanta vontade assim do chocolate provavelmente é porque ela é muito ansiosa e aí o auxílio de um exercício, de uma atividade física melhora essa ansiedade. Se você melhora essa ansiedade você diminui a busca pelo chocolate.

Regina Bittar: pelo açúcar, pelo doce.

entrando naquele círculo vicioso e acaba auxiliando a paciente. Para isso, são o tratamento terapêutico que seria com o auxílio dos anticoncepcionais hormonais ou o uso de antidepressivos.

Regina Bittar: certo, e o uso de anticoncepcionais ajuda a controlar tanto o fluxo quanto TPM?

Dra. Cristina Guazzelli: com certeza.

Regina Bittar: é uma boa terapia?

Dra. Cristina Guazzelli: é uma boa terapia, além de outros benefícios porque a gente só está falando em relação a tensão pré-menstrual, mas a utilização desses métodos hormonais eles trazem muitos benefícios para as mulheres. É que as mulheres desconhecem. Diminui o fluxo, melhora a cólica menstrual, melhora o inchaço, melhora a irritabilidade, melhora a ansiedade.

Regina Bittar: melhora tudo.

Dr. Cristina Guazzelli: melhora muitas coisas.

Regina Bittar: bom, você continua com a gente que você vai ouvir muito mais.

12) Primeiros sintomas e Cuidados - TPM e Menstruação - Parte 1

Enviado em 19 de agosto de 2011

Visualizações: 28434

Tempo: 5:22

Expressão feminina

Regina Bittar apresentadora.

Regina Bittar: olá, bem-vindas ao programa expressão feminina da Bayer, eu sou Regina Bittar e estou aqui com a nossa convidada especialista doutora Cristina Guazzelli. Ela é professora adjunta de obstetrícia da escola paulista de medicina. E hoje nós vamos falar de TPM e menstruação.

Doutora, muito obrigada pela sua presença no nosso programa.

Dra. Cristina Guazzelli: Obrigada, é um prazer.

Regina Bittar: bom, nós já temos uma pergunta na rua para começar o programa. Vamos lá.

Eli Meneguel, 40 anos.

Eli: doutora, eu tenho uma filha de 14 anos, ela ainda é virgem. Quando eu devo levar ela ao ginecologista? Eu devo orienta-la ou explicar algo antes da consulta?

Dra. Cristina Guazzelli- Dr: ginecologia e obstetrícia- escola paulista de medicina.

Dra. Cristina Guazzelli: a consulta ao ginecologista ela deve ser feita de preferência até antes que essa menina menstrue, por volta dos 7 a 8 anos de idade quando se começam a aparecer alguns sinais como o botão mamário, a presença de alguns pelos. É interessante que ela vá ao ginecologista para ela ser orientada principalmente em relação a higiene, aos cuidados pessoais.

a idade a menina está se descobrindo, ela começa a mexer no órgão e tem que ter essa parte higiênica.

Dra. Cristina Guazzelli: porque é uma faixa etária em que a mãe já não deve ficar mais tão ligada a higiene, ao banho da menina.

Regina Bittar: e ela sim?

Dra. Cristina Guazzelli: ela deve fazer sua higiene sozinha, então é interessante que ela procure um ginecologista. As pessoas imaginam que só devem ir ao ginecologista quando iniciam a vida sexual e não é só isso, o ginecologista tem um lado educativo muito mais amplo do que só a vida sexual, então a menina mesmo não tendo iniciado a vida sexual ela deve sim ir ao ginecologista.

Regina Bittar: então antes da primeira menarca é importante que ela vá inclusive até para saber o que vai acontecer com o corpo dela?

Dra. Cristina Guazzelli: nós denominamos de menarca a primeira menstruação. Então, antes de ela iniciar a menstruação, na hora que ela tiver as primeiras modificações é interessante que ela vá ao ginecologista.

Regina Bittar: e nós temos uma pergunta nesse sentido. Vamos para a próxima pergunta.

Laisla Rafaela dos Santos, 11 anos.

Laisla: doutora, com a primeira menstruação o que muda no meu corpo?

Regina Bittar: essa é a idade né doutora, que ela já deve procurar?

Dra. Cristina Guazzelli: seria interessante que ela até já tivesse ido a um ginecologista para não ter medo da menstruação porque muitas vezes a falta de orientação gera fantasias, gera medos, então é interessante que a menina até tivesse já ido a um ginecologista. A menstruação é a finalização do que a gente chama de puberdade. Então a menina começa a ter alterações que se iniciam por volta dos 8, 9 anos com a presença do botão mamário, depois disso vem a presença de pelos, pelos pubianos, pelos axilares e ela costuma finalizar com a chegada da menstruação. Nem sempre se obedece essa sequência, mas na grande maioria das vezes é o que acontece, então quando a menina menstrua na grande maioria das vezes as principais transformações já ocorreram e após a menstruação ela ainda pode ter um crescimento, mas numa menor proporção.

Regina Bittar: mas pode ainda crescer, ela não para totalmente?

Dra. Cristina Guazzelli: não para totalmente de ter um crescimento na sua estatura, mas é menor e você tem que falar para essa menina que daqui para frente o estirão já ocorreu. Então a tendência é que ela cresça, mas pouco.

Regina Bittar: doutora ainda existe o tabu de que o exame ginecológico ou uso de absorvente interno pode tirar a virgindade? Porque as vezes a mãe não leva, “não, ela não precisa, ela é virgem. Eu não vou levar ao ginecologista”. Ainda existe esse preconceito, é um tabu ainda presente?

é bem frequente esse tipo de ideia. A gente tem que virgindade só se perde com o que nós sabemos que é durante a relação, com a penetração do pênis. Então um absorvente interno ele não vai interferir em nada com a virgindade da menina e nos dias de hoje ele acaba sendo interessante para algumas ocasiões, ele não é recomendado em ser utilizado de rotina, ou seja, todas as menstruações, mas por exemplo, por uma garota que pratique esportes, durante a natação, por algum momento em uma festa especial em que ela vai colocar uma roupa e que o absorvente normal, o externo, ele atrapalharia. A menina que tem um programa, por exemplo, naquele dia que é o dia da praia, nos dias de hoje não se aceita mais que a menina fique o tempo todo ou com uma canga ou com uma saia ou com uma bermuda porque ela está menstruada.

Regina Bittar: e não há riscos, não há problema nenhum.

Dra. Cristina Guazzelli: não, normalmente o que a gente acaba orientando por isso que é interessante a menina procurar o ginecologista porque ele explicaria, ele orientaria. Porque quando o absorvente interno ele está bem colocado, bem posicionado, a pessoa, ela não sente nada.

Regina Bittar: bom, e a gente continua no próximo bloco.

13) Sintomas e tratamento - TPM e Menstruação - Parte 3

Enviado em 19 de ago de 2011

Visualizações:4262

Tempo: 4:34

Expressão feminina.

Regina Bittar apresentadora

Regina Bittar: olá, você está assistindo ao programa expressão feminina. E hoje a gente está falando sobre TPM e menstruação e apesar de ser um assunto assim tão comum na vida de uma mulher e a gente ainda vê muitas dúvidas a respeito do tema, por isso é muito importante você consultar regulamente o seu médico.

Bom, mas agora a gente vai para mais uma pergunta na rua,

Raquel Ferreira, 29 anos.

Raquel: doutora, dizem que tomar a pílula anticoncepcional faz bem, mas qualquer mulher pode toar a pílula?

Regina Bittar: então doutora, qualquer mulher pode tomar pílula?

Dra. Cristina Guazzelli. Dra. Ginecologia e obstetrícia- Escola paulista de medicina.

Dra. Cristina Guazzelli: não, qualquer pessoa não pode fazer uso da pílula, do que a gente chama de anticoncepção hormonal oral.

Regina Bittar: certo, porque tem vários métodos, né?

Dra. Cristina Guazzelli: tem vários tipos de pílulas, tem pílulas que a gente chama de combinadas que tem dois hormônios: estrógeno e progestágeno e as pílulas só com



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

am de orientação médica, porque às vezes ela pode ter
tes, ou alguma outra doença que contraindique o uso

Regina Bittar: certo, ou de qualquer outro sistema anticoncepcional, por exemplo, tem o DIU, o SIU?

Dra. Cristina Guazzelli: cada método tem a sua orientação e indicação, então a gente não pode generalizar o uso do método. O que é bom para uma nem sempre é bom para outra por isso ela precisa de orientação e de indicação.

Regina Bittar: entendi. Mas os benefícios que podem trazer são superiores ao risco?

Dra. Cristina Guazzelli: os benefícios. Se a paciente não tiver nenhuma contraindicação os benefícios são inúmeros, melhoram a utilização do método hormonal combinado melhora as cólicas, melhora o inchaço, a irritabilidade melhora.

Regina Bittar: que é tudo que a gente estava falando nos blocos anteriores.

Dra. Cristina Guazzelli: melhora a massa óssea.

Regina Bittar: a massa óssea também?

Dra. Cristina Guazzelli: pode melhorar a acne, pelos, a oleosidade da pele. Os estudos mostram que as usuárias dos anticoncepcionais hormonais orais combinados têm um risco menor de câncer de ovário, de câncer de endométrio.

Regina Bittar: nossa! São inúmeros os benefícios.

Dra. Cristina Guazzelli: muitos.

Regina Bittar: bom, doutora, nós vamos agora para a nossa última pergunta nas ruas.

Euclécia da Silva Reis, 44 anos.

Euclécia: doutora, é verdade que as mulheres elas sentem maior prazer no sexo no período menstrual?

Dra. Cristina Guazzelli: esse assunto é um assunto interessante e penso bem questionado porque durante algum tempo se discutia se as mulheres poderiam ter ou não relações durante a menstruação.

Regina Bittar: é verdade, existia um tabu.

Dra. Cristina Guazzelli: e é claro que elas podem ter, isso depende da liberação de cada uma, é individual. Com relação à libido, o desejo, ele também é multifatorial, então se a paciente estiver bem e se sentir bem em ter relações nesse período tudo vai ocorrer de forma adequada.

Regina Bittar: mas biologicamente, não é que nesse período ela esteja com a libido mais alta. Isso pode ocorrer biologicamente? Fora o fator psicológico.

ela surge da tensão pré-menstrual, ela começa a ter um aumento da lubrificação, os hormônios começam a apresentar elevação, até a metade do ciclo que é quando ocorre a ovulação a um crescer da libido, mas a libido ela é multifatorial, ela não depende só do fator hormonal, às vezes a paciente ela pode estar muito bem do ponto de vista hormonal, mas se ela estiver estressada com algum outro motivo, alguma alteração na sua vida, no seu dia a dia, na sua rotina de trabalho pode interferir sim e muito com a sua vida sexual.

Regina Bittar: bom, infelizmente chegamos até o final de mais um programa expressão feminina e eu gostaria de agradecer a presença da doutora Cristina, doutora muito obrigado.

Dra. Cristina Guazzelli: obrigado pelo convite.

Regina Bittar: e a sua participação também, eu te espero no próximo programa. Tchau.

14) O que é endometriose: Prevenção, diagnóstico e tratamento

Enviado em 18 de maio de 2011

Visualizações: 11085

Tempo: 6:16

Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora.

Regina Bittar: Olá, o expressão feminina está de volta e estamos batendo um papo sobre endometriose. Vamos a próxima pergunta nas ruas.

Larissa A. Izzo, 24 anos.

Larissa: eu sofro de endometriose, mesmo assim eu posso engravidar?

Dra. Rosa Maria Neme: Ela pode engravidar. Então, a endometriose, na verdade os números eles são altos, então se nós falarmos de endometriose e nós pegarmos todas as mulheres que têm endometriose 30 a 40% delas tem alguma dificuldade de gravidez

Regina Bittar: 30% das mulheres que têm endometriose tem dificuldade de engravidar?

Dra. Rosa Maria Neme: Sim, mas se nós pegarmos todas as mulheres que tem fertilidade e tem dificuldade de engravidar após um ano de tentativa sem nenhum problema entre o casal e tentando realmente engravidar, tendo relações com frequência, esse número sobe para 50%.

Regina Bittar: é um número alto.

Dra. Rosa Maria Neme: É um número bastante alto. Hoje na doença é mais importante e mais prevalente quando nós analisamos o quesito infertilidade isoladamente

Regina Bittar: e tem tratamento, é possível a gravidez? Como é que funciona e qual o tipo de tratamento que existe?

Dra. Rosa Maria Neme: o tratamento, tudo vai depender do grau da endometriose, da agressão que essa endometriose causou.

... tinha conversado nos outros blocos.

Dra. Rosa Maria Neme: exato, e assim, o que acontece é que a gente não sabe, ninguém sabe o que causa endometriose e o que causa também o fator infertilidade na mulher. Você acredita que a modificação anatômica que a endometriose dar justamente porque acaba grudando alguns órgãos dentro da pélvis da mulher e isso aí é um fator muito importante como causador da infertilidade, mas tem mulheres que não têm isso e mesmo assim e não conseguem engravidar. Então deve ter um outro fato relacionado a endometriose e acaba fazendo com que essa mulher tenha essa dificuldade. Então o que vai determinar que tipo de tratamento vai ser o grau de agressão inicialmente e se eventualmente ela conseguir depois de um tratamento cirúrgico de endometriose, se ela conseguir engravidar ok, se não ela vai para um tratamento de reprodução assistida.

Regina Bittar: o diagnóstico prematuro, o diagnóstico cedo da endometriose ele ajuda para que a mulher não tenha problemas com infertilidade, na hora que ela quiser ter um filho ela acabe descobrindo que tem endometriose, ajuda?

Dra. Rosa Maria Neme: ajuda muito, até porque endometriose ela às vezes tem um diagnóstico muito difícil porque nem sempre a quantidade de sintomas que essa mulher tem, tem a ver com a quantidade de doenças. Ou seja, tem mulheres que começaram a vida menstrual delas e nunca tiveram nem uma cólica e vão tentar engravidar quando têm os seus 30 ou 30 e poucos anos e não conseguem. E nesse ponto elas vão descobrir que tem endometriose e endometrioses bastantes avançadas, então é importante que a mulher vá com frequência ao ginecologista, sempre a partir da primeira menstruação é importante que se leve a menina ao ginecologista e que se tenha um acompanhamento anual para se investigar essas doenças porque o quanto antes é feito diagnóstico, antes é feito o tratamento e justamente isso previne alguma coisa lá no futuro.

Regina Bittar: é verdade. Bom, vamos para a nossa próxima pergunta.

Cler Pereira, 24 anos.

Cler: o que é a endometriose e quais são os principais sintomas dessa doença?

Dra. Rosa Maria Neme: a endometriose é uma doença onde o endométrio que é o tecido que normalmente sai na menstruação e que está presente dentro do útero, normalmente na mulher ele está localizado também fora do útero, então ele pode aparecer nos ovários, ele pode aparecer nos intestinos, na bexiga, atrás do colo do útero e o que acreditamos é que ele realmente aparece nesses locais. Então a primeira teoria que surgiu sobre endometriose dizia que esse endométrio sairia pela trompa, pelo tubo uterino e cairia dentro da barriga da mulher e grudaria nesses locais, mas começou-se a observar que existiam alguns casos raros, mas existia alguns casos em que a mulher teria endometriose a distância, então, caso de endometriose no fígado, no pulmão, no cérebro, no septo nasal.

Regina Bittar: nossa.

Dra. Rosa Maria Neme: são raríssimos, mas não é uma coisa que eles se espalham, mas eles apareceriam nesses locais. E começou a se questionar porque ele sairia do útero e iria para esses lugares e se viu que não é assim que a coisa acontece. Então o que nós vemos hoje é que uma célula qualquer que possa se diferenciar em qualquer célula vire uma célula de endométrio em qualquer lugar, por exemplo, no ovário, por exemplo, no intestino e ela começa

amente pelo hormônio que o ovário produz que é o
triose que é essa doença que é esse endométrio fora do

Regina Bittar: entendi, doutora Rosa, então para finalizar o programa de hoje é indicado que a mulher desde a menarca, desde a primeira menstruação vá ao médico para fazer um acompanhamento, para ter esse acompanhamento médico e que se ela quer se programar para ter uma gravidez tardia ela se previna com anticoncepcionais. Isso ajuda a permanecer o órgão reprodutor intacto, enfim, isso ajuda na qualidade de vida e na saúde.

Dra. Rosa Maria Neme: é, a prevenção é sempre a coisa mais importante. E outra coisa, até aproveitando e respondendo a outra pergunta que tinha sido feita em relação aos sintomas. Diante da presença de cólica menstrual, dor na relação sexual em profundidade, alteração do intestino na época da menstruação, então se o intestino solta mais ou prende mais na época da menstruação, se ela tem alguma dor na evacuação na época da menstruação, ou se tem alguma dificuldade para engravidar procure o médico, vá em busca de ajuda porque a endometriose hoje é uma doença que é muito comum, é muito prevalente e o quanto antes é feito o diagnóstico, antes é feito o tratamento. E a prevenção é sempre mais importante no combate desse tipo de doença.

Regina Bittar: doutora Rosa eu gostaria de agradecer a sua presença.

Dra. Rosa Maria Neme: eu que agradeço.

Regina Bittar: e a presença de todos que colaboraram com as suas perguntas e as suas dúvidas. E eu sou Regina Bittar e espero te ver na próxima edição do programa expressão feminina da Bayer.

15) Vantagens da reposição hormonal na menopausa / climatério

Enviado em 27 de jan de 2011

Visualizações:15534

Tempo: 5:01

Programa: Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: olá, o expressão feminina está de volta e nós retornamos nas ruas para saber das paulistanas o que mais as afligem em relação aos desafios da vida moderna. Vamos ver qual é a pergunta doutor.

Norma: oi, meu nome é Norma. Doutor Rogério, eu queria saber quais as vantagens de reposição hormonal para as mulheres na menopausa?

Dr: Rogério Bonassi Machado- ginecologista e obstetra.

Dr. Rogério: muito bem, vantagens, são muitas vantagens. A mulher que entra no período chamado de menopausa ou climatério ela perde o estrogênio que é o hormônio feminino, então quando bem indicada a reposição hormonal levaria a princípio ela não ter os sintomas inconvenientes da entrada da menopausa, sintomas são aquelas ondas de calor chamada fogachos.



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dr. Rogério: E, os terríveis fogachos que realmente atrapalha, atrapalha a qualidade de vida da mulher, ela acaba dormindo pouco porque o fogacho é muito mais a noite e no outro dia ela rende menos no trabalho e é um sintoma bem desagradável.

Regina Bittar: isso é um dos sintomas, né?

Dr. Rogério: um dos sintomas. Vamos dizer que é o selo da menopausa, é o que é mais conhecido, então a reposição hormonal já tem uma indicação porque ela resolve esse problema e não tenho dúvidas que a reposição hormonal vai suprimir totalmente os sintomas. Outras questões que são também bastante importantes são que a reposição hormonal ela evita que a mulher tenha a atrofia da vagina porque a vagina com o tempo, com a perda desses hormônios ela vai ficando mais seca, menos enrugada, ela acaba tendo a falta de lubrificação e tudo isso pode piorar a qualidade de vida sexual dessa mulher.

Regina Bittar: e a falta de desejo também, né?

Dr. Rogério: a falta de desejo ela é também multifatorial, mas tem também uma influência hormonal.

Regina Bittar: mas me diga uma coisa doutor, a reposição hormonal ela pode, por exemplo, evitar problemas cardíacos e osteoporose também, além de tirar essa parte de sintomas?

Dr. Rogério: a parte dos sintomas é o que geralmente traz a mulher para o tratamento. Então ela vem por algum sintoma e nós já indicamos, claro que ela tem ganhos adicionais disso e nesses ganhos adicionais estão a proteção óssea.

Regina Bittar: tem esse benefício também?

Dr. Rogério: tem, existe um benefício de manutenção de massa óssea, a mulher que faz a reposição hormonal ela tem menos chances de ter osteoporose, então é um tratamento efetivo até para a osteoporose, a doença cardiovascular é muito discutida nos últimos anos, mas se bem se sabe que quando bem indicada, na época certa seria logo após a entrada da menopausa ou próximo a menor pausa e possivelmente tem um efeito bom sobre o coração também.

Regina Bittar: Doutor Rogério, a gente tem mais uma dúvida aqui da Raquel Miranda da Jundiaí. Ela pergunta: será que a facilidade no acesso a formação via ferramenta de busca na internet vem aumentando os casos de automedicação?

Dr. Rogério: então, é uma questão que precisa ser vista dos dois lados. Eu acho que tem realmente, existem dados até nacionais sobre o risco de automedicação. Isso em todas as esferas, não é só na internet, mas o outro lado é o lado benéfico.

Regina Bittar: de informação, de ter acesso a informação, né?

Dr. Rogério: o importante é que a interpretação da informação que está ela precisa ser feita por um profissional qualificado que tem essa crítica, senão não precisaria de médico.

Regina Bittar: é verdade. A gente acaba lendo algumas coisas na internet que assustam, né doutor?

ativamos foi fazer uma busca por sangramento vaginal, sangramento uterino anormal. Quando se colocar isso em ferramenta de busca se tem várias citações e as primeiras que vêm é sobre câncer e a minoria dos casos que vão ter isso. Então o sangramento uterino anormal ele tem várias causas, e a menor de todas é o câncer. Veja como isso assusta e muitas vezes a pessoa acaba tendo um autodiagnostico também que não é o adequado.

Regina Bittar: é comum a paciente chegar no consultório e falar “eu li na internet isso e aquilo” e assustada com o que leu e preocupada?

Dr. Rogério: é extremamente comum, hoje é muito comum, inclusive ela vem às vezes com um tratamento pronto e nem sempre aquilo é adequado para ela.

Regina Bittar: certo.

Dr. Rogério: então é saudável até certo ponto, como uma informação e até facilita muito a vida do médico quando a paciente vem muito informada sobre o assunto, isso é bom. Agora, a questão do tratamento que eu vejo o grande problema. Precisa ser feito realmente por quem está habilitado para isso.

Regina Bittar: com certeza. Consulte o seu médico.

Dr. Rogério: esse chavão não tem como tirar.

Regina Bittar: não tem como tirar. Bom, então a gente continua no próximo bloco do expressão feminina.

16) Qual a melhor idade para Gravidez? Câncer de Mama é Emocional?

Enviado em 27 de janeiro de 2011

Visualizações: 2676

Tempo: 5:12

Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: estamos de volta com o nosso programa sobre os desafios da modernidade e o expressão feminina foi para as ruas da capital paulistana saber quais são as dúvidas das transeuntes. Vamos assistir.

Fernanda, 41 anos.

Fernanda: eu sou Fernanda, tenho 41 anos. Doutor Rogério, eu gostaria de saber até que idade a mulher pode engravidar sem que isso gera algum risco para o bebê ou para a mãe?

Dr. Rogério Bonassi Machado- ginecologista e obstetra.

Dr. Rogério: essa é uma pergunta, também bem atual e quando a gente vai na literatura médica para tentar responder isso nós vamos atrás de complicações. Quando que a gravidez complica mais? Ela complica mais depois dos 40 anos, então por aí já pensaria que após os 40 anos seria mais difícil, seria menos recomendável, mas não é impossível.

á preocupada com a carreira, enfim, ela pode aguardar até os 40, ou é melhor antes, ou até os 40 está tranquilo?

Dr. Rogério: olha, a idade ideal é dos 20 aos 30.

Regina Bittar: aos 30?

Dr. Rogério: aos 30, isso porque causa das questões orgânicas, agora tudo isso vem dos estudos antigos. E nós estamos passando por transição no mundo todo em relação a essa inserção da mulher na sociedade, enfim, a importância que ela tem e cada vez mais se ver que a mulher vai postergando a questão de ser mãe.

Regina Bittar: então o seguro é até os 30, 35?

Dr. Rogério: antigamente tinha alguns termos que diziam que a gravidez era ideal até os 35, hoje se considera até os 40 anos desde que ela tenha boa qualidade de saúde. Eu acho que isso é importante, acho que mais importante do que a idade cronológica é a idade física que essa mulher e a saúde.

Regina Bittar: certo. Doutor a gente tem mais uma pergunta aqui, é da Maria Aparecida Santos de Recife- Pernambuco. Ela quer saber se as doenças como câncer de mama, por exemplo, podem ter origem emocional? E porque atualmente o psicológico parece ser o maior vilão da saúde da mulher? Novamente o psicológico ligado ao stress, ao emocional.

Dr. Rogério: é, o câncer de mama não é uma doença emocional, precisamos pensar nisso, não é o emocional que leva ao câncer de mama. Existem várias possibilidades de o câncer existir na mulher e determinados fatores que são iniciais do câncer. O emocional ele pode ajudar na progressão da doença.

Regina Bittar: ele pode ajudar?

Dr. Rogério: ele pode ajudar.

Regina Bittar: se fala muito que a mulher quando sofre uma magoa muito grande ela está propensa a ter câncer. Isso é verdade?

Dr. Rogério: em partes sim, se observa isso. Agora, na realidade quando vamos observar as populações 95% dos casos de cânceres de mama como foi citado aqui, eles são cânceres esporádicos, nós não identificamos nenhum fator que pudesse levar, só 5% que tem ainda fatores identificados como fatores de risco como: história familiar, idade. A idade é um fator independente. Acima dos 50 vai aumentando a chance do risco do câncer de mama.

Regina Bittar: e o psicológico, porque atualmente o psicológico parece ser o principal vilão da saúde da mulher. Isso é verdade, está ligado ao stress?

Dr. Rogério: sim, ligado ao stress por aquelas questões que já comentamos, a liberação dessas substâncias que são do stress leva a alteração do equilíbrio orgânico. E uma vez que a pessoa já desenvolva uma determinada doença elas podem evoluir mais ou menos, como por exemplo, as mulheres que já tem o câncer de mama e aquilo passa como se fosse nada na vida delas. Se observarmos outras mulheres que têm o mesmo perfil do tumor, o mesmo grau de agressividade, o mesmo tamanho, o mesmo estadiamento clínico, algumas vão muito bem e

Regina Bittar: porque tem aquela relação de que a baixa imunidade em situação de stress e você fica mais suscetíveis a doença, é isso?

Dr. Rogério: o aspecto imunológico está muito ligado a toda essa progressão do câncer. O câncer é uma doença que nós combatemos geneticamente e isso todo dia. Nós estamos sentados aqui e estamos formando tumores, a células querem se dividir continuamente, o que acontece é que elas têm mediadores da própria célula que falam “para de se dividir e descansa”. E esse para de se dividir e descansa é ligada aos Gens que são os Gens congêneres e nós temos Gens supressores, aqueles Gens que não deixam as células ficarem se dividindo, quando existe uma falha nesse Gen que é o Gen supressor eles começam a se dividir mais e isso tudo está ligado ao neuroendocrinologia, está ligado a imunologia e por isso que é bastante complexo.

Regina Bittar: então o emocional está ligado ao stress e você fica mais suscetível a doença.

Dr. Rogério: ele é um dos fatores, mas não é o único.

Regina Bittar: certo. Está gostando do programa? Então fique com a gente.

17) Avanços da Medicina para Saúde da Mulher - Métodos Anticoncepcionais

Enviado em 27 de janeiro de 2011

Visualizações: 567

Tempo: 5:48

Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora.

Regina Bittar: estamos de volta com o último bloco do expressão feminina. Doutor eu selecionei aqui uma pergunta que é da Zelia Barbosa de Belo Horizonte. A pergunta dela é: quais são os principais avanços na medicina que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da mulher?

Dr. Rogério Bonassi Machado- ginecologista e obstetra.

Dr. Rogério: olha, nós não poderíamos deixar de falar da pílula anticoncepcional como um dos pontos alto dessa.

Regina Bittar: é verdade, 50 anos, né?

Dr. Rogério: fazendo 50 anos agora. A história da pílula levou consigo todas essas expectativas da mulher, a mulher consegue planejar sua família, consegue fazer mais coisas do que ela fazia antigamente. E outra, ela consegue algumas melhoras que são tão sensíveis que nós não conseguimos detectar, por exemplo, hoje quando se usa um anticoncepcional a mulher está pouco preocupada com a eficácia porque ela sabe que todas as pílulas são eficazes, mas ela quer mais do que um anticoncepcional, ela quer beleza, ela quer pele melhor, ela quer melhoras dos sintomas.

Regina Bittar: todos os problemas da flutuação hormonal.

Dr. Rogério: a flutuação hormonal que se tem e vai cooperar para uma pior qualidade de vida,

da mulher no período reprodutivo, por isso ele é um
outra questão importante, andando um pouquinho mais
na frente, sendo a própria reposição hormonal que não deixa de ser também uma das questões
mais importantes que a mulher teve nos últimos 50 anos também. Porque a reposição
hormonal é paralela e até um pouco antes da.

Regina Bittar: a reposição hormonal começou a quanto tempo?

Dr: Rogério: começou efetivamente em 1960, mas foi evoluindo muito também. E hoje dá uma
condição a mulher dela ter vida aos anos, não é anos a vida.

Regina Bittar: é verdade, com a expectativa de vida crescendo cada vez mais para os 70 e
poucos anos, enfim. A gente tem uma qualidade de vida melhor.

Dr: Rogério: é, e isso faz uma diferença realmente importante para aquelas mulheres que
precisam e fazem uso da reposição hormonal. Fora isso, é claro, que outros avanços sempre
são contemplados.

Regina Bittar: em matéria de contracepção nós temos a pílula, mas também temos os outros
métodos como o DIU, o SIU que são avanços atuais da medicina e que são ótimos também para
saúde como um todo, não são doutor?

Dr: Rogério: é, são. E foi até interessante tocar nesse aspecto porque um dos dez maiores
avanços da medicina nos últimos anos segundo da própria revista *Times* americana fala sobre a
supressão da menstruação e o sistema intrauterino que você colocou aqui, o SIU, um formato
de anticoncepção, uma forma de anticoncepção que pode também eliminar os inconvenientes
da menstruação.

Regina Bittar: com certeza. O que há de mais novo hoje em dia em contracepção é o SIU, né?

Dr: Rogério: exatamente, nos últimos 15 anos foi um grande avanço.

Regina Bittar: bom doutor Rogério, eu gostaria de agradecer a sua presença no nosso programa
de hoje.

Dr: Rogério: eu que agradeço, é um grande prazer. É um formato de programa bom que dá para
informar bastante e foi muito prazeroso estar aqui com você.

Regina Bittar: fica aqui o convite para o doutor voltar. Bom, eu agradeço a todas as pessoas que
enviaram as suas perguntas e que participaram também pelo vídeo. Eu espero que vocês
tenham gostado do nosso programa. E fica aqui o meu convite para nos encontrarmos
novamente no próximo expressão feminina. Até lá, tchau.

18) Sexualidade na Adolescência e Planejamento Familiar - Bloco 4

Enviado em 30 de nov de 2010

Visualizações: 13471

Tempo: 9:15

Expressão feminina.

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: a gente começa agora o último bloco do expressão feminina sobre planejamento

o é que o pai e a mãe conseguem conversar com uma
ar, porque nessa fase os hormônios estão a mil por hora
e os pais ainda tem dificuldade, não é verdade?

Doutora: É verdade, menos, mas ainda tem. A gente precisa estimular mais essa conversa, esse diálogo entre pais e filhos porque eu acho que esse é o primeiro passo para esclarecer essas dúvidas, são os pais dentro de sua casa com o seu filho, claro que passa pela escola, também pelo ginecologista na orientação, mas os pais são as primeiras pessoas a abordarem o assunto com o seu filho.

Regina Bittar: e eu acho que essa dificuldade é falar sobre sexualidade, sobre a vida sexual do filho, então o primeiro caminho talvez seja falar: escuta você já pensou no seu planejamento familiar? Começar com um assunto mais, para ele pensar mais além, para ele pensar a longo prazo, não é isso? Para ele pensar nesse longo caminho.

Doutora: isso em termos de saúde mesmo, começar a esclarecer sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobre a existência dos métodos anticoncepcionais para começar a ter o conhecimento, o amadurecimento para quando mais tarde na adolescência ou na idade adulta inicie a vida sexual ele tenha conhecimento de todos esses temas.

Regina Bittar: Maria Helena, você foi a única que eu não perguntei ainda. Você teve algum contato com a sua mãe? Você teve alguma orientação?

Maria Helena: não, a minha mãe nunca falou assim, nada sobre sexo, inclusive ainda na minha época a gente falava que era a cegonha que trazia o bebê e se ficar muito próximo de um moço, encostasse já ficava grávida.

Regina Bittar: e mesmo entre as amigas o assunto não era permitido?

Maria Helena: não, não era.

Regina Bittar: era como é que você agiu com os teus filhos?

Maria Helena: aí eu fui mais esclarecida, né.

Regina Bittar: você conversou com eles?

Maria Helena: já conversava porque eu achava que se elas aprendessem fora ia ser pior, então eu começava a conversar como agora eu converso com os meus netos.

Regina Bittar: agora você conversa com os seus netos?

Maria Helena: agora sim, agora.

Regina Bittar: e o que você fala para os seus netos, o que você conta para eles da sua experiência?

Maria Helena: eu falo muito brincando, o meu neto já namora e a mãe dela é muito severa como era a minha. A mãe da menina é muito.

Regina Bittar: olha só, e é de uma geração mais atual.

deixa ela sozinha, não deixa dormir na minha casa, nem 24 horas.

Regina Bittar: quanto mais conversar sobre esse assunto ela não fala?

Maria Helena: não, ela não quer. E eu falo para o meu neto “cuidado onde você, cuidado que a mãe dela não é brincadeira não”.

Regina Bittar: entendi. E Cleide, como é que você lida sobre isso com os teus filhos? Porque você teve problemas com a sua mãe, né? Retomando porque a Cleide já contou a história dela.

Cleide: é, nós nunca conversamos com a respeito disso, eu com a minha mãe não, era só entre amigos mesmo. Mas com as minhas filhas eu converso.

Regina Bittar: você começou cedo, você falou com elas na adolescência?

Cleide: é, a minha filha mais velha logo que ficou menstruada eu já levei no ginecologista, já mandei explicar tudo se caso ela for iniciar uma vida sexual. Qual o melhor remédio para tomar e tudo.

Regina Bittar: então na primeira menstruação você já levou a sua filha no ginecologista?

Cleide: já, já.

Regina Bittar: é o certo, né doutora?

Doutora: seria o ideal, a primeira consulta ginecológica assim que a menina entra na menarca que é a primeira menstruação a mãe levar a filha para uma consulta ginecológica para orientações gerais.

Regina Bittar: exatamente.

Doutora: e aí estabelecer um vínculo com o profissional e um vínculo para que ela possa se sentir segura em retornar e tirar suas dúvidas.

Regina Bittar: certo, mas tem alguns casos, não sei se é o da tua filha que a vida tem vergonha, a filha que tem vergonha.

Mulher I: eu passo por isso, eu tenho duas filhas moças e por mais que eu queira puxar assunto com elas se bloqueiam.

Doutora: mas daí a estratégia tem que ser levar no ginecologista.

Mulher I: tanto que nas duas primeiras menstruações de cada uma eu as levei no ginecologista, tanto que na segunda consulta elas quiseram entrar sozinha.

Doutora: normalmente é o que acontece.

Mulher I: e aí eu tive que ficar do lado de fora e eu acho que a gente tem que respeitar porque é o espaço delas.

Cleide: eu já deixei entrar sozinha desde a primeira, ela quis entrar sozinha e entrou e

Gabriela: eu também entrei sozinha, eu liguei, marquei o médico, eu tinha 13 anos, mas eu liguei, marquei meu médico e fui. A minha mãe me levou, mas eu entrei sozinha.

Regina Bittar: mas você conversa com sua mãe esse tipo de assunto?

Gabriela: conversamos, e também tem o fato de vê-la, a minha mãe ela é jovem, ela tem 39 anos agora, então ela foi mãe jovem também, então tem aquela coisa toda já sabia como é que era, então foi mais uma, ter um filho cedo foi apenas um acaso, uma besteira

Regina Bittar: Gabriela a gente está falando sobre planejamento familiar. Você já tinha pensado nisso?

Gabriela: sempre pensei.

Regina Bittar: sempre não Gabriela porque você teve neném com 18 anos.

Gabriela: mas hoje em dia eu penso, tanto é que eu uso o SIU e daqui a um tempo quando eu quiser tirar, estiver estudando, trabalhando, tudo direitinho aí sim eu vou ter outro filho.

Regina Bittar: você tem mais ou menos a idade que você quer isso, você tem mais ou menos na sua cabeça assim?

Gabriela: tenho, eu tenho tudo na minha cabeça que eu vou fazer assim.

Regina Bittar: planejado?

Gabriela: é.

Regina Bittar: porque Regina, você teve três. Nós falamos do primeiro e do último, mas o do , você planejou o do meio ou não?

Regina: não, nenhuma das minhas gestações foram planejadas.

Regina Bittar: nenhuma delas? Mas você usava algum método contraceptivo?

Regina: olha, a princípio eu fazia tabelinha. Aí eu passei a usar anticoncepcional.

Regina Bittar: a tabelinha é um perigo.

Doutora: a tabelinha é um método que tem uma taxa de falha alta e na presença hoje de tantos métodos eficazes ela acabou hoje sendo abandonada, mas enfim, cada caso é um caso e tem mulheres que realmente só sobra esse método comportamental, mas é muito pouco usado.

Regina: então, e depois com o tempo o meu marido resolveu usar camisinha.

Regina Bittar: porque ele tinha medo?

Regina: também, no terceiro filho ele quase teve um.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Regina: e, não quis mais tabemina.

Regina Bittar: você acha que isso faz diferença você planejar sua vida, você fala com as suas filhas sobre isso?

Regina: eu vou falar uma coisa, a minha filha mais velha é completamente planejada na vida dela, então hoje ele tem 26 anos e ela tem a casa dela, ela tem o emprego dela, ela tem a vida dela muito bem planejada, tanto que ela só quer ter filhos após os 30 anos, ela quer se manter, se formar em tudo, ter uma base mais sólida para ela poder depois pensar em ter um filho. Porque realmente, né, filho é uma coisa séria, então eu acredito que a gente tenha que ter uma estrutura lá atrás para poder assumir um filho lá na frente.

Regina Bittar: é verdade, e hoje em dia a mulher sente essa necessidade de dar um gás na carreira dela, na vida dela para quando ela teve plena estar mais plena, mais tranquila. Não é isso Cleide, você também não sente assim? Porque você também não planejou nada, né?

Cleide: a do meio sim.

Regina Bittar: a do meio você planejou?

Cleide: sim, porque por mim eu só queria ter um filho, eu só queria a mais velha, aí ela começou “aí eu quero um irmãozinho, quero um irmãozinho”. Eu tomava remédio e falei “ah! O jeito é eu dar um irmãozinho”. Ela já estava com cinco anos e aí sim eu parei o remédio, eu engravidei. E é ao contrário a que não foi planejada tem a vida mais planejada e a que não foi planejada é ao Deus dará.

Regina Bittar: doutora, então planejamento hoje em dia na vida da mulher é tudo, não é verdade?

Doutora: é fundamental, fundamental, hoje em dia planejamento familiar é fundamental para garantir a saúde não só da mãe quanto da criança. É muito importante.

Regina Bittar: nas meninas com a primeira menstruação é ideal que se comece, mas com os meninos também, né? Conversar com eles para que eles tenham uma responsabilidade.

Doutora: a gente não pode esquecer do menino, a gente fica muito preocupada com a saúde só da mulher, mas a gente tem que se preocupar também com a saúde do adolescente, do menino também.

Regina Bittar: e a gente fica por aqui com o programa de hoje. Eu agradeço a sua audiência e até o próximo programa, tchau.

19) Gravidez Tardia - Planejamento Familiar - Bloco 3

Visualizações: 4917

Tempo: 8:30

Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora.

Regina Bittar: de volta ao nosso programa sobre planejamento familiar e a gente vai falar agora

...né isso? O seu terceiro filho que você já não queria mais, já não estava planejando mais, você não queria, mas você teve essa gravidez tardia. Foi diferente essa gravidez para você, você sentia alguma diferença?

Cleide: nada, nada, nada.

Regina Bittar: nenhum problema, nada?

Cleide: nada, tive uma gravidez tranquila, trabalhei até o oitavo mês, não tive problema nenhum, pelo contrário, da primeira eu achei que eu ia morrer, quando eu fui ter neném eu achei que da mesa não saia.

Regina Bittar: inexperiente.

Cleide: é, mas dela nada. Só no finzinho que eu tive um pouquinho de pressão alta, mas logo foi controlada. Fora isso eu não tive nada, um parto tranquilo.

Regina Bittar: a recuperação foi tranquila, só foi um pouco mais demorada porque eu acho que eu fiz a laqueadura, então demorou um pouco mais na mesa, mas fora disso não, tranquilo.

Regina Bittar: e você Regina, você também teve filho aos 39 anos, não é isso?

Regina: sim.

Regina Bittar: e foi o seu terceiro?

Regina: foi o meu terceiro.

Regina Bittar: e você planejou essa gravidez ou não?

Regina: não.

Regina Bittar: você sentiu alguma diferença dessa gestação para outras?

Regina: senti, eu costumo a dizer que eu fui mãe em três fases, fui mãe adolescente, eu fui mãe mulher e eu fui mãe pré idosa.

Regina Bittar: certo, pré idosa também não exagera, uma jovem senhora.

Regina: uma jovem senhora, isso, fica mais bonito. Mas há uma diferença muito grande porque a gente já não tem toda aquela energia que a gente tem quando tem 20 anos, mas foi uma gravidez no contexto geral até que razoável.

Regina Bittar: mas você teve algum problema de saúde? Por exemplo, a Cleide teve pressão alta no final da gravidez.

Que é um dos maiores riscos, né doutora?

Doutora: é, a gente tem uma maior incidência de algumas alterações como diabetes e hipertensão. Você teve alguma alteração?

Regina: eu tive problema com infecção urinária, mas assim, hipertensão eu fui ter após a minha

Regina Bittar: após que você ficou com hipertensão?

Regina: após que eu fiquei com hipertensão e descobri que estava com hipotireoidismo também porque eu me sentia muito cansada e tinha alguns sintomas que me levaram a fazer alguns exames e através deles foi descoberto que eu tinha o hipertireoidismo também.

Regina Bittar: você sentiu uma queda na sua saúde em geral depois da sua gravidez aos 39 anos?

Regina: foi, foi assim uma coisa. Como eu vou explicar? A gente fica mais cansada, não é aquela agilidade que você tem quando mais jovem, né.

Regina Bittar: só em você tomar conta de um neném e correr atrás dele quando ele tem um ano.

Regina: inclusive, eu amamentei meu filho até um ano e três meses, então isso também.

Regina Bittar: doutora, eu queria te perguntar. Quais são os riscos? Você falou da hipertensão, da diabetes, quais são os riscos para o bebê e para a mulher também madura?

Doutora: a mulher, se ela for uma mulher saudável os riscos não são muito altos e uma gravidez bem planejada, com o pré-natal bem feito os riscos não são muito altos, a gente tem um risco maior para o bebê, um risco maior para o bebê com o aparecimento das más formações genéticas. O risco não é alto em relação a população geral, mas ele aumenta com a idade.

Regina Bittar: e qual é essa idade?

Doutora: pois é, acima de 35 anos a gente tem um aumento considerável dessas alterações genéticas que ainda é uma incidência pequena na população geral.

Regina Bittar: como Síndrome de Down?

Doutora: como Síndrome de Down, síndrome de Edwards, Síndrome de Patau, mas a Síndrome de Down é a mais frequente que é a trissomia do cromossomo 21. A gente tem o momento, após os 40 anos essa incidência aumenta mais ainda.

Regina Bittar: aos 35 começa?

Doutora: começa a ter uma incidência maior do que em pacientes mais novas e depois do 40 aumenta mais ainda.

Regina Bittar: e me diga uma coisa doutora, e para o bebê, e para o feto, quais são os riscos?

Doutora: no caso da, que a gente chama de gestação da mulher mais madura a gente muitas vezes se depara com o envelhecimento precoce da placenta, ou a paciente não entrar em trabalho de parto e a gravidez se prolongar um pouco mais. Essas intercorrências podem aparecer um pouco mais nas gestações tardia.

Regina Bittar: vocês pensaram nisso? Você pensou nisso Cleide quando estava grávida aos 40

ava nesses riscos todos ou você não tinha consciência

Cleide: pensava mais no bebê.

Regina Bittar: você sabia desses riscos?

Cleide: sabia.

Regina Bittar: você chegou a fazer exames?

Cleide: eu via até comentários, eu trabalhava numa clínica e escutei até comentários “olha, ela está grávida nessa idade, pode ter uma criança com síndrome de Down”. Mas a gente tem fé, né.

Regina Bittar: você chegou a fazer algum exame ou não?

Cleide: não, só os exames normais mesmo, a minha cesariana foi marcada com 38 semanas. Eles fizeram todos os exames, o eletro do neném e tudo e foi marcado a cesárea porque eu ia também fazer a laqueadura e foi marcada.

Regina Bittar: você fez um acompanhamento bom. Você tinha consciência Regina?

Regina: a gente fica preocupada por conta da Síndrome de Down mesmo, o restante, saúde, esse tipo de coisa eu estava tranquila.

Doutora: mas existem métodos para fazer o rastreio bem no início da gravidez e a gente tem condições de saber bem no início da gravidez se a criança é portadora ou não de alguma alteração genética.

Regina Bittar: entendi. Doutora, o que faz a mulher hoje em dia porque é cada vez mais comum a mulher programar para mais tarde a gravidez, programar para mais tarde em função da carreira profissional, em função de não estar com um parceiro fixo. Como é que faz, quais são as opções dessa mulher moderna?

Doutora: pois é, a gente tem notado isso, em nosso consultório as mulheres têm chegado para nós com a idade média de 30, 32 anos na primeira gestação. E a gente precisa aconselhar essa paciente no sentido de ela não adiar muito essa primeira gestação porque a gente sabe também que a taxa de fertilidade dela decai com a idade e ao começar a tentar muito tarde ela pode adiar mais ainda essa primeira gestação, então a gente tem que ter cuidado a respeito da taxa de fertilidade.

Regina Bittar: entendi, então é mito você dizer eu tomei pílula muitos anos e estou com 35, paro de tomar a pílula, não consigo engravidar e fico achando que é em função dos hormônios da pílula, isso é mito?

Doutora: é verdade, você parando a pílula tem um tempo de retorno da fertilidade.

Regina Bittar: que é quanto?

Doutora: depende, de 3 a 6 meses, alguns trabalhos mostram um tempo maior, mas a verdade é que a fertilidade ela retorna depois da pílula independente do tempo de uso.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

...e os 20 e 30 anos e depois começa a decair depois dos

Doutora: exatamente. A taxa de ovulação começa a diminuir depois dessa idade.

Regina Bittar: existe a possibilidade então de, por exemplo, guardar óvulos numa fertilidade para poder ter um filho mais tarde além dos 35, 38 anos ou não? É difícil mesmo assim?

Doutora: sim, existe essa possibilidade de se guardar os óvulos para uma gravidez mais tardia, mas ainda não é a primeira opção e nem a primeira orientação que a gente dar ao nosso paciente quando ele vai ao nosso consultório, a gente orienta que existe uma idade ideal.

Regina Bittar: certo, o relógio biológico bate mesmo e é até os 35, não tem jeito, tem que se programar mais ou menos por aí?

Doutora: sim.

Regina Bittar: o resto é mais complicado?

Doutora: é mais complicado em termos de taxa de fertilidade, mas se uma paciente de 40 anos engravidar e fizer um bom pré-natal, um bom acompanhamento os resultados são muito bons.

Regina Bittar: bom, a gente termina mais um bloco do nosso programa, continue assistindo.

20) Uso de métodos anticoncepcionais - Planejamento Familiar - Bloco 1

Enviado em 30 de nov de 2010

Visualizações: 38329

Tempo: 9:05

Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora.

Regina Bittar: olá, sejam bem-vindas ao programa expressão feminina da Bayer Farma, hoje vamos falar em planejamento familiar e para isso estamos aqui com a doutora Teresa Fontes-ginecologista e obstetra e membro da comissão de anticoncepção da FREBASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. E como sempre com as nossas convidadas, obrigado a presença de todas e obrigada doutora pela sua presença.

Doutora Teresa: obrigada Regina.

Regina Bittar: e para começar esse bate papo o que é planejamento familiar e o que você orienta numa consulta desse tipo?

Doutora Teresa: o planejamento familiar envolve a orientação de ter ou não ter filhos e dentro dessa orientação de não ter filhos que é a anticoncepção, que é a mais comum a gente orienta sobre todos os métodos contraceptivos, suas vantagens, desvantagens, efeitos colaterais, riscos, benefícios.

Regina Bittar: como eu procedo, por exemplo, se eu esqueço de tomar a pílula, que é o mais comum hoje em dia. A primeira coisa quando esqueci de tomar a pílula, o que é que eu faço?

orientar essas intercorrências que acontecem no uso, tudo isso tem que ser discutido, orientado e planejado.

Regina Bittar: também é falado sobre doenças sexualmente transmissíveis nessa consulta?

Doutora Teresa: sim, é muito importante, hoje a organização nacional de saúde preconiza o uso do método de barreira, no caso o preservativo feminino e masculino- camisinha masculina e feminina junto com o método de escolha da paciente, independentemente do método que ela utilize é preconizado em todas as relações sexuais o uso do preservativo feminino ou masculino.

Regina Bittar: doutora, quais são as implicações de uma gravidez na adolescência? O que acontece, quais os riscos tanto para a mulher quanto para o bebê?

Doutora Teresa: existem vários estudos mostrando que há uma maior incidência de problemas de saúde para a mãe e para o bebê quando a gestação ocorre na adolescência, por exemplo, o aumento da pressão arterial, o aumento da glicose no sangue, alterações durante o parto, problemas que podem dificultar o nascimento do bebê, enfim, infecções antes e depois do parto.

Regina Bittar: e quando é essa idade em que o risco diminui? Quando você pode dizer a mulher já é uma mulher, já pode conceber sem esse tipo de risco?

Doutora Teresa: apesar de não existir uma idade limite, pontual, a gente sabe que ao evoluir, ao sair da adolescência a mulher se torna mais apta, mais plena para uma gestação mais saudável e com menos riscos.

Regina Bittar: agora eu vou te perguntar uma coisa que eu esqueci. Que tipo de mulher procura você para fazer uma consulta de planejamento familiar, adolescentes te procuram pensando nisso?

Doutora Teresa: não, normalmente não, normalmente são mulheres adultas, jovens que nos procuram para a orientação anticoncepcional.

Regina Bittar: eu estou perguntando isso porque a gente tem aqui a Gabriel e a Regina que não planejaram e tiveram filhos. Você com 17, né Regina?

Gabriela como foi que aconteceu, você não conhecia sobre pílula? Conta a sua história.

Gabriela: eu conhecia tudo, todos os métodos possíveis, foi uma eventualidade mesmo, acabou acontecendo.

Regina Bittar: porque sua geração tem acesso a tudo.

Gabriela: tem totalmente, na escola, meus pais sempre conversaram comigo. Foi um acaso mesmo, acabou acontecendo, foi muito sem querer assim.

Regina Bittar: você começou a sua vida sexual com qual idade?

Gabriela: com 16 anos.

Regina Bittar: e aí engravidou com 18?

Regina Bittar: mas nesse período entre 16 e 18 você usou algum método anticoncepcional?

Gabriela: sim, nesse tempo sim e daí acabou ocorrendo nesse período assim.

Regina Bittar: você parou?

Gabriela: é, e sempre usei pílula, injeção, camisinha.

Regina Bittar: você achou que não ia acontecer?

Gabriela: é, eu achei que não ia acontecer, a gente tem essa ilusão de que comigo não acontece, mas acontece.

Regina Bittar: e como foi para você contar para os seus pais? Como foi a sua vida social? Você se casou?

Gabriela: não me casei, a princípio eu fiquei com medo de falar, mas foi muito tranquilo, os meus pais aceitaram muito tranquilamente.

Regina Bittar: é a nova geração, né gente está tudo bem, está tudo ok.

Gabriela: sim, mas o problema de aceitação foi mais meu mesmo e o medo do resto do mundo, com os meus pais foi fácil e eu acabei.

Regina Bittar: dos seus pais você teve apoio. Do parceiro também?

Gabriela: também, totalmente dele.

Regina Bittar: mas você não se casou, optou por isso?

Gabriela: optei por isso.

Regina Bittar: e você Regina, como é a tua história?

Regina: a minha história, eu engravidei com 17 anos e eu não tinha muita comunicação com a minha mãe, o meu pai não estava muito frequente, mas com a minha mãe não tinha comunicação que hoje em dia os jovens têm e eu não tinha aquela conversa que hoje eu tenho com os meus filhos.

Regina Bittar: mas você tomava pílula que você me falou?

Regina: é, eu comecei tomando pílula aí a minha mãe descobriu que eu tomava pílula, me proibiu "onde se viu uma menina de 14". Porque eu comecei cedo.

Regina Bittar: proibiu e deu no que deu.

Regina: então ela me proibiu e na época eu deixei de tomar completamente sem nada e fui fazendo o método da tabelinha e foi aí que eu tive a minha primeira gravidez.

ha. E você se casou? Como foi para contar para sua

Regina: foi complicado porque naquela época não tinha aceitação ainda – imagina a minha filha, uma mocinha grávida, onde já se viu. Mas era a realidade e tinha que enfrentar. Quando a minha mãe ficou sabendo ela programou tudo para dentro de um mês eu está casando, então dentro de um mês eu me casei.

Regina Bittar: você vê a diferença de gerações como acontece.

Regina: exatamente, porque hoje eu tenho filhas moças e a relação é completamente diferente, é uma coisa aberta, é uma coisa aceitável, a gente tem um diálogo bastante razoável porque também tem aquela preservação que todo mundo tem em relação.

Gabriela: e eu já tive a opção de não casar, o meu pai falou “não precisa casar, não tem necessidade”.

Regina Bittar: e você optou por isso. Agora a Cleide também, eu não tinha falado da Cleide porque você teve com 19, né Cleide? Mas também foi uma gravidez não planejada e você se casou em função dessa gravidez.

Cleide: é, com três meses eu me casei.

Regina Bittar: você estava grávida de três meses?

Cleide: de três meses.

Regina Bittar: e você não estava tomando anticoncepcional?

Cleide: não.

Regina Bittar: e você não conhecia sobre isso?

Cleide: conhecer eu conhecia, mas é como ela falou a gente acha que só acontece com os outros e com a gente não. Então eu não prevenia mesmo.

Regina Bittar: nada? Deixou ao Deus dará.

Regina Bittar: doutora isso é comum as adolescentes chegarem no consultório, porque hoje em dia elas tem acesso, vão ao consultório pensando justamente em ter a primeira relação, não é isso ou não?

Doutora: sim, elas vão, mas a gente ainda encontra problemas nas relações entre mães e filhas, alguma falta de diálogo, às vezes um medo da adolescente achar que a mãe não vai ser conivente com o método anticoncepcional como foi o caso. Acontece, isso acontece, é preciso ter mais diálogo para que para que até a própria adolescente se sinta à vontade para conversar isso com a mãe ou com o pai, enfim.

Regina Bittar: e por isso é importante você orientar justamente no caso de um esquecimento de como proceder, de eu não ter um parceiro fixo e acontece de eu ter um relacionamento. O que eu faço se eu não estou com um método anticoncepcional, se eu não estou usando um método anticoncepcional. Você orienta o que fazer nessa situação?

emergenciais, são os anticoncepcionais de emergência, mas a gente deve lembrar que são métodos de exceção e não métodos de eleição, em situações excepcionais, se for o caso, a gente orienta, mas a gente deve planejar mesmo, ter um método seguro, efetivo, regular.

Regina Bittar: só para terminar esse bloco eu queria. Você pensou nisso Gabriela, de tomar a pílula do dia seguinte quando você viu que não estava usando um método anticoncepcional, chegou a passar pela sua cabeça?

Gabriela: chegou a passar, mas aí eu comecei a procurar pela internet e vi um monte de coisas lá escrita e já vi, né. Falava que depois de 72 horas pode usar. Aí eu falei “quer saber, não vou usar, não vai acontecer nada”. Fiquei muito sossegada e tranquila e depois de um mês aconteceu.

Regina Bittar: você viu o resultado.

Gabriela: eu vi o resultado.

21) Riscos da Terapia Hormonal - Hormônios - Bloco 4

Enviado em 1 de out de 2010

Visualizações: 6985

Tempo: 11:31

Programa expressão feminina
Regina Bittar – apresentadora.

Regina Bittar: estamos de volta com o quarto bloco do programa expressão feminina da Bayer, nós vamos continuar falando sobre os riscos da terapia de reposição hormonal e também sobre os riscos de terapia. Doutor César, por favor continue. Os riscos da terapia hormonal e o maior medo das mulheres é o risco do câncer de mama, então por favor continue.

Dr: César: muito bem lembrado, eu acho que não adianta você listar os inúmeros benefícios da terapêutica hormonal e querer contrapor esse benefício com o risco mais temido das mulheres de um modo em geral e que de certa forma se vinculou a terapêutica hormonal. Eu acho que é importante a gente dar números para isso para que as pessoas nos entendam com clareza, a medicina e os trabalhos científicos têm hoje um bom conhecimento desses números e coleciona esses números através dos chamados estudos controlados em que você pega um lote de mulheres e faz reposição hormonal e você pega outro lote de mulheres e não faz reposição hormonal e dar um remédio que chama placebo- um remédio de mentirinha. Então você consegue ao longo do tempo nesse contingente enorme de mulheres colecionar casos de câncer de mama de um lado e do outro. Anualmente esse risco é anualizado por dez mil mulheres. O que significa? Pegamos um lote de dez mil mulheres, em 2010 caminhamos com elas de janeiro de 2010 a janeiro de 2011 e aí vamos ver quantos casos de câncer tem no grupo de terapêuticas hormonal e quantos casos tem no de não usuárias, de placebo. O que se sabe hoje é que num lote de dez mil mulheres ao longo de um ano no grupo de não usuárias você acumula 30 casos num lote de dez mil mulheres entre os 50 e 70 anos de idade, nos grupos de terapêuticas hormonal os números de casos é exatamente o mesmo de 30 casos entre dez mil mulheres, então nos primeiros 5 anos não há aumento de risco, depois dos 5 anos não aumenta o risco, então é tempo dependente, se a mulher passar dos 5 anos aumenta o risco. E eu queria dizer o quanto é esse risco.

da utilização da reposição hormonal, então quer dizer que tem um tempo determinado para a reposição hormonal?

Dr: César: se as mulheres usam a terapêutica hormonal por mais de cinco anos, ou seja, seis anos, sete anos aí o risco aumenta. Aumenta quanto? Ao invés de 30 casos a cada dez mil mulheres e passa a ser de 38 casos em cada dez mil mulheres, ou seja, você adiciona 8 casos sob aqueles 30. E eu costumo dizer que num lote de dez mil mulheres que usaram a terapêutica hormonal por mais de cinco anos, 8 delas num lote de dez mil vai ter risco aumentado por conta da intervenção que está sendo feita, por conta da terapêutica hormonal.

Regina Bittar: mas durante esse período de 5 anos o risco não aumenta?

Dr: César: o risco não aumenta.

Regina Bittar: vocês sabiam disso?

Dr: César: agora eu queria complementar, desculpe a minha insistência porque isso é fundamental. Então, 8 em 10 mil significa que nove mil novecentas noventa e duas mulheres num lote de dez mil não vão correr risco e eu não posso penalizar nove mil novecentas e noventa e duas mulheres porque oito nesse contingente de dez mil vão ter câncer de mama. Frequentemente nós passamos de maneira equivocada para mídia esses números, nós médicos cometemos esse pecado porque a mídia nos pede para falar em percentuais. Quantos a mais aumento? Então oito sobre trinta dá 26,66%, então nós sabemos que o risco aumenta em 26,66%. E a paciente que nos ouve 26,66% é um risco inaceitável, ela imagina que uma entre 4 mil mulheres para arredondar os números.

Regina Bittar: porque ela está vendo do todo.

Dr: César: porque a pessoa olha os 26% e é um quarto de 100%, então ela acha que 1 entre 4 mil mulheres vai ter câncer de mama. E não, a incidência é muito baixa e mais do que isso o para o diagnóstico da mulher que teve o câncer de mama no mesmo estágio da doença comparada com uma mulher que estava em terapêutica hormonal e outra que está sem terapêutica hormonal, a que está em terapêutica hormonal tem muito mais sobrevivido, o câncer é muito menos agressivo do que na mulher que tem a terapêutica hormonal.

Regina Bittar: ah! Tem isso, tem a diferença?

Dr: César: normalmente tem um ganho imunológico que esse hospedeiro tem quando tem a terapêutica hormonal frente ao risco.

Mulher 1: e quando você tem uma carga genética?

Dr: César: a carga genética ela corre independente da terapêutica hormonal, por exemplo, se a paciente nos conta " a minha mãe teve câncer de mama, a minha tia teve câncer de mama, a minha avó teve um câncer de mama". Essa paciente teve um risco de aumentar o câncer de mama, esse risco familiar e isso não tem nada a ver com a terapêutica hormonal, esse risco ela já tem independente de fazer a terapêutica hormonal.

Regina Bittar: mas nesse caso ela seria indicada para fazer a terapêutica hormonal?

Dr: César: eu acho que nesse caso ela teria que ser mais parcimonioso, talvez encurtar o tempo

nte com a resposta que ela tenha com os eventos, com o médico faz para interromper o tratamento hormonal. O que eu quero deixar consignado aqui, que eu acho importante nessa nossa conversa que é para o livre arbítrio do médico compartilhando com os dados do paciente estender esse tratamento por mais de 5, 6, 7 anos. Vai depender de cada caso, algumas mulheres quando você interrompe o tratamento alguns sintomas reincidem de forma importante e elas precisam retornar ao tratamento.

Regina Bittar: todos os sintomas depois de 5 anos de tratamento ele pode voltar?

Dr: César: pode, pode. Há um decaimento dos sintomas com os anos que se segue ao período de pós menopausa, tem mulheres com o período de 20 anos de pós menopausa, na verdade 5 a 6% das mulheres continuam tendo ondas de calor.

Regina Bittar: Graça, quanto tempo você estar na menopausa?

Graça: não tenho mais.

Regina Bittar: não tem mais, então você não tem mais os sintomas?

Graça: nada.

Regina Bittar: e faz quanto tempo que você entrou na menopausa?

Graça: acho que foi com 45 mais ou menos e acabou tudo, calores, menopausa.

Regina Bittar: e agora você está com quantos anos?

Graça: 63.

Regina Bittar: então ela é uma sortuda, né doutor? Ela não teve, teve naquele período.

Dr: César: Eu acho que o exemplo da Maria da Graça não difere muito de outras mulheres, os sintomas são muito prevalentes nos primeiros anos que isso ocorre e ela começou muito cedo com isso e nos 45 anos já não tinha esses sintomas, mas se a mulher tiver a menopausa nos 50 anos de idade é possível que não tiver nenhum tipo de intervenção com hormônios ou com qualquer outra linha terapêutica, se ela deixar da sua própria sorte a merecer desses sintomas ela vai conviver com essa qualidade de vida muito ruim durante alguns anos, durante os primeiros 3 a 5 anos e depois é uma tendência natural a diminuir. Porém, parece que tem mulheres que padecem desses sintomas como eu me referi muitos anos.

Graça: mas de 5 anos?

Dr: César: existe mulher com 20, 25 anos depois da menopausa com muitos sintomas, mas felizmente uma fração muito pequena dessas mulheres.

Regina Bittar: mas quais são as terapias que nós temos hoje em dia doutor?

Dr: César: o melhor tratamento para a reversão dos sintomas é o tratamento hormonal, se não existe contraindicação, ou seja, a mulher teve um câncer de mama, a mulher não teve um infarto do miocárdio, a mulher não teve um episódio de trombose ou de tromboembolismo, se ela não tem uma grave doença do fígado que comprometa o funcionamento do fígado, se ela

la, uma diabetes de difícil controle. Então são algumas que existem.

Regina Bittar: mas as terapias são diferentes entre si?

Dr: César: então, essas mulheres não poderiam presentes a essas situações fazerem a terapêutica hormonal e nós temos que ir para tratamentos alternativos e entre tratamento alternativos e como a onda de calor é uma manifestação central do sistema nervoso central, os melhores fármacos, os melhores remédios são aqueles remédios que atuam no sistema nervoso central entre os quais os chamados antidepressivos, então tem vários antidepressivos que atuam centralmente e que reduzem as ondas de calor, existem alguns bons fármacos nessa linha e existem também outros fármacos que também podem ser usados nessas circunstâncias. Mas fundamentalmente são os antidepressivos que oferecem na impossibilidade de se fazer uma terapêutica hormonal entre melhores resultados.

Regina Bittar: mas não existe diferenças entre terapias hormonais, por exemplo, você pode fazer um tipo ou outro. O tipo de hormônio é que muda?

Dr: César: não existe um único remédio de terapêutica hormonal, você tem uma amplitude de possibilidade cada uma com suas composições, algumas com composições apropriadas para o indivíduo que, por exemplo, é hipertenso, outras mais apropriadas para o indivíduo que é diabético. E assim por diante.

Regina Bittar: entendi, por isso existe uma mudança em cada pessoa e o médico escolhe nesse quadro um tipo de terapia hormonal?

Dr: César: o que podemos dizer para quem nos escuta é que não existe só um tipo de remédio, não vai na receita do médico e tem lá- uso interno, terapêutica de reposição hormonal, 1 caixa. Não, ele vai receitar um produto que tem uma composição específica que no juízo dele é o que mais se adequa aquela condição singular. Nós tivemos aqui a oportunidade e parece que foi escolhido muito bem as suas convidadas e tivemos situações muito diferentes e cada elas singularmente mereceriam uma abordagem com produtos distintos e que na interação que teriam com os seus médicos poderiam escolher o melhor caminho, a melhor opção.

Mulher II: a tireoide influencia mais a menopausa ou não tem nada a ver?

Dr: César: existem algumas doenças da tireoide, algumas funções da tireoide, ou seja, produz menos hormônio tiroide, que é o caso de hipertireoidismo que pode levar ao quadro de menopausa precoce. Existe uma doença em que é provocada por uma agressão que o seu próprio organismo faz a sua tireoide- é chamada uma doença auto imune, ou seja, do próprio organismo, fazendo anticorpos contra a sua própria tireoide, que leva o nome do doutor que a definiu, Hashimoto, o hipotireoidismo de Hashimoto que pode provocar a menopausa prematura, o mesmo anticorpos que agride a tireoide pode atingir o ovário e fazer com que o ovário diminua precocemente, mas o mais comum é a mulher entrar na menopausa e por deficiência do hormônio feminino o estrogênio também ter o comprometimento da tireoide, mas como o hipotireoidismo vem por conta da menopausa do que a menopausa vir por conta do hipotireoidismo.

Regina Bittar: meninas infelizmente o nosso programa chegou ao fim, mas a gente pode continuar conversando com o doutor. Doutor César muito obrigado pela sua participação, foi muito importante o que o senhor explicou aqui para a gente.

E eu tenho certeza que você adorou, muito obrigado pela sua audiência e nós nos vemos no

Riscos e Benefícios da Terapia Hormonal - Hormônios - Bloco 3

Enviado em 27 de set de 2010

Visualizações: 5476

Tempo: 9:19

Programa expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: estamos de volta com o programa expressão feminina com o tema hormônios. Doutor, no bloco anterior nós estávamos falando sobre os riscos e os benefícios da terapia hormonal eu queria que o senhor conversasse com a gente um pouquinho sobre esse assunto que é tão importante.

Doutor César: eu dizia e vale a pena recordar de que o principal benefício, aquele que é mais notório, aquele que as pessoas identificam com mais clareza é o alívio dos sintomas, quem tem aquelas ondas de calor, que se correlacionam com a onda de calor se veem muito recompensadas pelos sintomas e retomam a sua qualidade de vida.

Regina Bittar: vocês tiveram o alívio dos sintomas, você sentiu, Edi?

Eli: sim, sim.

Regina Bittar: bastante, já passou tudo?

Eli: quase tudo.

Regina Bittar: a insônia?

Eli: a insônia está mais acentuada ainda.

Regina Bittar: a depressão?

Eli: a depressão já diminuiu bem e o calor tem hora que tenho e hora que não tenho.

Regina Bittar: e você Dulce, também?

Dulce: os calores eu sinto quando estou mais agitada, eu estou com algum problema e preciso resolver logo e já sinto.

Regina Bittar: aí começa os calores, os fogachos.

Dulce: é, aí eu tento relaxar, dou uma abanada e diminui um pouquinho.

Regina Bittar: e é terrível, parece que está todo mundo vendo.

Dulce: nossa, e você fica vermelha, parece que está pegando fogo.

Regina Bittar: é terrível. Doutor e os riscos, quais são?

Doutor César: então, antes de falarmos dos riscos que vão esclarecer com todos detalhes

...s eu queria lembrar que existem alguns benefícios que ...s, por exemplo, a paciente que inicia a terapêutica para alívio dos sintomas ela ganha alguns benefícios entre os quais os mais relevantes que seriam reduzir os riscos das osteoporoses, das fraturas osteoporóticas que é uma doença predominantemente de mulheres em que a fragilidade ossea, o comprometimento do osso tem relação direta com a queda de hormônios que começa a ser construído nesse momento, então a mulher que faz a terapia hormonal ela preserva a microarquitetura do osso, a resistência óssea e ela é menos vitimada lá pros 65, 70 anos de idade a sofrer as fraturas osteoporóticas- são fraturas dos corpos vertebrais, fraturas do colo do fêmur, que são doenças muito difíceis para quem enfrenta esse problema que seria o benefício. O outro benefício de magnitude muito grande é redução dos riscos de doenças cardiovasculares especialmente do infarto miocárdio para a mulher que inicia o seu tratamento num momento oportuno.

Regina Bittar: no momento certo.

Doutor César: no momento certo por volta dos seus 45, 46, 50 anos.

Regina Bittar: ou mesmo no caso da Graça.

Doutor César: ou prematuramente como foi muito bem lembrado.

Regina Bittar: quando começa a entrar na menopausa.

Doutor César: inclusive você me lembra de comentar o seguinte, uma mulher que tem sua menopausa aos 50 anos ela vai ter fratura osteoporótica por volta dos 65, 70 se não fizer reposição hormonal e se fizer vai ter uma redução desse risco. Uma mulher que tem menopausa aos 35 anos vai ter as suas fraturas osteoporóticas por volta dos 50 anos de idade, então guarda a relação com o tempo de deficiência hormonal. Para concluir, para ser rápido porque senão você fica brava comigo e me interrompe.

Regina Bittar: temos todo tempo do mundo, dez minutos.

Doutor César: eu gostaria de acrescentar que um dos benefícios é reduzir o processo arterogênico, o das placas de ateromas que se formam na parede das artérias coronarianas e que impõe um risco maior as doenças cardiovasculares. Existem maneiras, existe um corpo de evidências médicas muito sólido mostrando que se começar num momento oportuno essas mulheres ganham, agregam esse benefício de redução de risco de infarto do miocárdio.

Regina Bittar: mas isso depois da menopausa, se você já iniciou a sua menopausa há mais de dez anos como é o caso da Graça, se ela começar a fazer agora a terapia de reposição hormonal, já não funciona para uma proteção do sistema.

Graça: com a minha idade funciona?

Doutor César: se a mulher fizer um hiato de deficiência hormonal e não faz tratamento algum e passa 10 anos sem fazer tratamento, mas não tem sentido, não há uma plausibilidade biológica, nenhuma racionalidade que dê suporte para você iniciar tardiamente. A gente costuma a brincar, tem um professor muito meu amigo de Minas, o professor Lucas Vieira Machado que ele diz com muita sapiência que não é só o remédio que a gente compara que tem prazo de validade, você compara um remédio e vem lá na caixinha a data de vencimento e passando a data de vencimento você descarta o remédio, mas paciente tem data de validade também, se você não faz a intervenção oportuna perde essa validade, não faz sentido você



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ois da validade, maldosamente falando é como se você
“olha, a senhora tá vencida para a terapêutica de
reposição hormonal, certo.

Regina Bittar: você não fez, né? Você tomou pílula até os 37?

Graça: até os 37. Lembra que eu falei para você que parei de tomar e eu e meu marido optamos por outra maneira de evitar e aos 45 eu já não tinha mais menstruação.

Regina Bittar: Graça, eu não sei se você comentou que você tinha medo justamente de você fazendo terapia de reposição hormonal de prejudicar o seu sistema cardiovascular, você tinha medo de ter um infarto e é justamente ao contrário e você não sabia disso e é justamente ao contrário, não é doutor?

Doutor César: mas eu acho que a Graça não precisa se penalizar por isso, os conhecimentos médicos eles vão evoluindo, havia muita dúvida em relação a isso e hoje essas coisas ocuparam um lugar correto onde elas realmente devem estar, então está claro que iniciar o tratamento num momento oportuno confere esse benefício e se iniciar tardiamente é ao contrário, pode até trazer riscos de doenças cardiovascular.

Regina Bittar: depois não é conveniente?

Doutor César: depois não é conveniente. Existem outras estratégias bastantes eficazes para reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Os cardiologistas tem em sua mão fármacos muito eficazes para tratar as alterações do colesterol, para tratar as diabetes, os endócrinos fazem isso com muita competência, hábitos de vida saudáveis para diminuir o acúmulo de gordura, a adiposidade, o ganho de peso, para melhorar a condição aeróbica, fazer uma dieta.

Regina Bittar: nossa, se a gente for falar de ganho de peso. A gente não falou nesse sintoma, a gente escondeu isso. Ganho de peso na área da cintura é que é terrível doutor.

Dulce: eu posso perguntar uma coisa para o senhor doutor? Agora na menopausa a gente pode fazer reposição de cálcio ou não?

Doutor César: não só de cálcio como de vitamina D, as mulheres depois da menopausa precisam de mais cálcio, elas precisam de mais ou menos uma grama de cálcio por dia que elas podem obter de fontes nutricionais como o leite, o leite melhor para se tomar é o leite desnatado porque não interessa a gordura nesse momento e o leite desnatado tem a mesma quantidade de cálcio, ou se elas não fizerem boa digestão do leite, muitas mulheres não toleram o leite, não tem uma enzima apropriada para desdobrar o açúcar do leite que é a lactose, então a uma certa extensão da região abdominal com eructação, enfim, a barriga fica roncando o dia todo e elas não conseguem tomar leite. Nesse caso a que se fazer a suplementação com sais de cálcio, existem inúmeros produtos.

Dulce: a soja também é boa?

Doutor César: a soja não tem cálcio, a não ser que seja leite de soja enriquecido com cálcio. O leite que tem cálcio é o leite de origem bovina mesmo.

Regina Bittar: mas doutor, antes de a gente encerrar esse bloco eu gostaria que o senhor falasse dos riscos do uso de terapia de reposição hormonal.

ter dos riscos é que se você for perguntar as mulheres a ela vai dizer que o medo que eu tenho é de vir a ter um câncer de mama, esse é um temor, então a gente tem que ter muito cuidado quando expressa esse risco porque se você disser que a terapêutica hormonal é maravilhosa, tem todas essas vantagens que você está discutindo aqui e de repente você levanta uma bandeirinha vermelha “olha, porém tem risco para câncer de mama”. Então a paciente levanta e fala “muito obrigado! Eu não quero conviver com esse risco de câncer de mama. Então eu acho que se você me oferecer tempo o suficiente dentro do rigor que você está conduzindo o nosso tempo aqui adiante eu posso dar números a isso porque eu acho muito importante passar números, quanto que aumenta esse risco. Se você me perguntar “andar de avião tem risco de o avião cair”? “Ah! Lógico que tem”. Então eu não vou andar de avião.

Regina Bittar: bom, então vamos fazer um trato e no próximo bloco a gente continua com esse papo.

23) Menopausa e Terapia Hormonal - Hormônios - Bloco 2

Enviado em 27 de set de 2010

Visualizações:27517

Tempo: 9:52

Programa Expressão feminina
Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: voltamos ao segundo bloco do expressão feminina e agora vamos falar de menopausa e terapia hormonal. Doutor eu queria te perguntar, num outro programa nós já mencionamos que a terapia hormonal tem um período certo para ser iniciada. É isso mesmo? Eu queria que o senhor falasse um pouquinho sobre isso.

Doutor César: exatamente isso, só tem sentido a terapia hormonal que convencionalmente é chamada de terapia de reposição hormonal, esse tratamento só faz sentido quando a mulher tem a falta de hormônio que se quer repor no sangue, cabe lembrar que o ovário produz hormônios enquanto ele funciona, enquanto ele produz as suas ovulações no período reprodutivo da mulheres, nessa época as mulheres têm os estrogênios em níveis normais que permite manter a pele em condições muito saudáveis, os ossos, os vasos, permitem que essas mulheres menstruem e engravidem, quando o ovário deixa de funcionar, não ovula mais caem os hormônios, essa é a hora exata de começar a reposição hormonal.

Regina Bittar: no início dos sintomas então, você, é assim, na hora que você começa a sentir alguns sintomas é a hora de começar?

Doutor César: o marcador principal que indica ao médico o momento oportuno, a janela de oportunidade principal é a presença dos sintomas como você bem está colocando, existem alguns indícios que vem antes dos sintomas como as irregularidades da menstruação que prenunciam que a função menstrual está prestes a se extinguir. Então as regularidades da menstruação.

Regina Bittar: que pode ser a falta ou o excesso.

Doutor César: as irregularidades e os sintomas possibilitam que o médico identifique. Entre as alterações menstruais as mais comuns são as irregularidades do período, aquelas mulheres que menstruavam a cada 28 dias podem no primeiro momento encurtar o seu ciclo, eles passam a ter 24, 22 dias e no período subsequente os ciclos começam a ser mais alongados, não raro o

le aumentar a quantidade, pode mudar o aspecto da e da menstruação é escura e ele pode ficar mais vermelho, pode fazer coágulos, então o médico pode examinar essas pacientes e ver se essa irregularidade menstrual está ocorrendo por declínio da função dos ovários ou se existem outras razões. E uma vez identificado que é por comprometimento da função dos ovários e declínio dos níveis hormonais ele tem subsídio suficiente com base na sua análise clínica, com base na história daquela paciente, examinando, ele colhe evidências suficientes para que ele possa propor o início do tratamento hormonal.

Regina Bittar: e eu queria saber de vocês meninas. Vamos começar com você Dulce, Dulce como foi para você? Como foi o seu início e como foi diagnosticado o seu caso? Conta um pouquinho para a gente.

Dulce Pires- cabeleireira.

Dulce: eu sempre tive muitos pólipos e ultimamente estava tendo muita cólica e sangramento hemorrágico e conversei com o médico e ele disse que era melhor eu tirar esses pólipos e assim melhoraria a menstruação e quando foi retirado os pólipos um mês depois eu não menstruei mais, então começaram as ondas de calores, a irritação, insônia e todos os problemas.

Regina Bittar: aí você teve todos os sintomas e foi ao médico e ele disse 'vamos começar, isso'?

Dulce: isso.

Regina Bittar: e você começou imediatamente com o uso da terapia de reposição hormonal?

Dulce: isso mesmo, aí eu comecei a tomar os remédios e foram sumindo, não sumiram todos assim.

Regina Bittar: há quanto tempo você está fazendo?

Dulce: quase três anos, dois anos e meio.

Regina Bittar: e você Edi, você começou com quantos anos? Você começou com quantos anos, foi leve?

Edvânia Pires da Silva- técnica de enfermagem

Edi: olha, eu comecei com 46 anos e para mim eu comecei a ter irritabilidade, ficava irritada, tive insônia, comecei com depressão, muita dor nos seios.

Regina Bittar: isso por volta de que idade?

Edi: 46 anos.

Regina Bittar: agora Graça com você foi diferente, né?

Graça: totalmente, depois dos 36 anos eu comecei a perceber que o meu fluxo estava diminuindo.

Regina Bittar: 36 é normal doutor? Porque a média não é com 38, 50, 47?

Graça: então, eu fui e perguntei para a minha mãe e ela falou que com ela também tinha acontecido a mesma coisa. Aí eu fui ao médico e ele falou “é hereditário, mas você continua normal”, ele me mandou fazer exames e tudo e eu estava normal, estava tudo normal.

Regina Bittar: aí você estava tomando pílula e continuou?

Graça: aí eu perguntei para ele se eu continuava tomando pílula e ele disse que podia normal porque com isso a minha menstruação estava regulada, a minha pele estava boa, eu não sentia cólica, não sentia nada.

Regina Bittar: e você começou a tomar a reposição hormonal mais ou menos agora há um ano, né?

Eli: isso, devido a esses problemas que eu estava, além da irritabilidade eu tinha insônia, muitas dores nos seios.

Regina Bittar: gente eu vou fazer uma pergunta agora. E o apetite sexual como ficou?

Eli: baixíssimo.

Regina Bittar: cai para você também, Graça?

Graça: com certeza.

Eli: e fica muita seca vaginal também, né doutor?

Doutor César: é, e eu estou ouvindo com muita atenção depoimentos tão ilustrativos de cada uma de vocês, o que nos mostra a diversidade desse fenômeno que não é exatamente o mesmo para cada uma de vocês. No seu depoimento fica claro que você tinha as irregularidades muito cedo, muito antes da época que para a maioria das mulheres isso acontece.

Maria da Graça: a minha primeira menstruação veio com 12 anos.

Regina Bittar: é genético isso o início da menstruação, o início da menopausa, é genético, tem uma história?

Doutor César: tudo tem determinismo genético e no seu caso isso é muito claro, você conta espontaneamente o que aconteceu com a sua mãe e isso fica muito claro para a gente identificar que há um traço familiar em decorrência dessa menopausa antes do momento oportuno. Nós caracterizamos quando a menopausa ocorre a baixo dos 40 anos de idade, não sei caso foi assim, essa menopausa é prematura. A menopausa ocorre na época que a Edi falou por volta dos 48 aos 50 anos de idade, mas sofre largas variações individuais. No caso da Dulce, ele teve uma concomitância que eu considero uma das concomitâncias é que ela desenvolveu pólipos na cavidade uterina, que são chamados de pólipos endometriais e na maioria das vezes esses pólipos decorrem dessa irregularidade hormonal desse período.

Regina Bittar: é um problema hormonal os pólipos?

seu caso foi benigno, mas existe a possibilidade dos qual o seu médico sabiamente percebendo o fluxo aumentado e a presença de pólipos orientou para que se retirasse os pólipos para que eles pudessem ser analisados, felizmente eram pólipos benignos, mas a concomitância é que não é porque você retirou os pólipos que você entrou na menopausa, ia acontecer independentemente de você retirar os pólipos, foi uma coincidência a retirada do pólipos e a seguir a decorrência da menopausa.

Regina Bittar: agora doutor, todas nós, eu acredito, a mulher ainda tem um certo receio de começar a terapia de reposição hormonal. Eu queria que o senhor dissesse quais os riscos, se existem? Porque o maior receio nosso realmente é o câncer, então eu queria que o senhor explicasse um pouquinho isso para a gente.

Doutor César: toda intervenção médica, qualquer intervenção médica que vá se propor a um paciente é importante que se contextualize riscos e benefícios. Se você vai propor uma intervenção é porque você imagina em primeira instância que isso vai trazer benefícios aos pacientes, você não vai propor uma intervenção que você julgue que aquilo vai trazer malefícios aos pacientes. No entanto, eu pego um exemplo que é muito ilustrativo, talvez o remédio mais antigo que a gente conheça que é a aspirina, a aspirina é do século XIX e é um remédio fantástico até os dias atuais, é um remédio conhecido, seguro que nós receitamos indistintamente para as pacientes, mas se nós apresentarmos uma aspirina a depender da sensibilidade gástrica que ela tenha ela pode fazer uma hemorragia gástrica, mas isso não acontece com todas as mulheres, quando você coloca riscos e benefícios os benefícios são muito maiores. Essa mesma situação precisa ser analisada quando a terapêutica hormonal. Quando uma mulher tenho sintomas importante: ondas de calor, suores noturnos, perturbações da noite de sono em que não de dorme bem em noites em subsequência acumula fadiga, acumula alterações de humor, tendência a irritabilidade, tendência a depressão e tudo isso compondo um cenário muito prejudicial a qualidade de vida.

Regina Bittar: mas doutor César, o senhor vai continuar no próximo bloco porque a gente continua, fique com a gente.

Enviado em 27 de set de 2018

Visualizações: 15404

Tempo: 8:39

Programa expressão feminina
Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: sejam bem-vindos a mais um programa expressão feminina da Bayer, no programa de hoje temos o nosso convidado o doutor César Fernandes- ginecologista e professor da universidade de medicina do ABC e presidente da SOGESP- Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo. E as nossas participantes. Obrigada pela presença de todas vocês e doutor, muito obrigado por ter vindo ao nosso programa.

Doutor César Fernandes- Ginecologista

Doutor César: eu que agradeço a oportunidade de estar nesse programa com esse formato, que eu creio que é em formato interativo e asseguro com a presença das convidadas que temos aqui sairemos todos ganhadores por esclarecer um assunto de tamanha relevância.

Regina Bittar: com certeza. Bom, hoje vamos falar a respeito de hormônios, sempre surgem aquelas dúvidas a respeito de hormônios sintéticos se eles fazem bem ou mal e nós vamos esclarecer toda essa dúvida em torno dele. Doutor, e para começar eu gostaria que você falasse os principais hormônios sintetizados em laboratório atualmente.

Doutor César: no que diz respeito hoje em relação ao nosso encontro acho que nós vamos falar especificamente dos hormônios que são produzidos pelas mulheres, no caso nos ovários e no caso dos homens pelos seus testículos. Esses hormônios que no seu conjunto se identificam como hormônios sexuais- estrogênios, progesterona e androgênios, todos eles podem ser obtidos hoje por sínteses, então nós temos diferentes hormônios obtidos por sínteses e em algumas substâncias com o efeito de progesterona que nós chamamos na classificação como progestagênios que agem como progesteronas e temos os androgênios. Essas substâncias criadas em laboratório muitos deles são exatamente iguais ao que o organismo feminino produz, são chamados de bioidênticos, então esses hormônios usados pela maioria das casas farmacêuticas são hormônios bioidênticos exatamente iguais aqueles que o organismo produz. Então quando a gente compara uma cartelinha de hormônios para a terapêutica de reposição hormonal ali a gente tem hormônios bioidênticos apenas para configurar que para ter hormônios bioidênticos você tem, você não precisa fazer nenhuma procura exaustiva, basta seguir a receita do seu médico. Existem os hormônios sintetizados em laboratórios bioidênticos fundamentalmente usados e mais adiante nós vamos ter a oportunidade para falar com mais adiante a respeito e são usados em terapêuticas hormonal. Os hormônios sintetizados em laboratórios são bioidênticos, são naturais, daqui para frente vou abandonar a palavra bioidênticos e eu vou falar de hormônios naturais que classicamente é assim falado nos textos médicos. Os hormônios naturais podem sofrer pequenas alterações na sua molécula e se tornar hormônios semissintéticos que são usados nas pílulas anticoncepcionais.

Regina Bittar: era isso que eu ia perguntar quais são os hormônios usados na terapia hormonal e nos anticoncepcionais que é o que a gente conhece mais?

Doutor César: os anticoncepcionais, as chamadas pílulas anticoncepcionais são pílulas combinadas com estrogênios e uma substância com efeito de progesterona e são chamados

que se toma pela boca, combinados porque combina
ncias similares a progesterona, hormonais orais. Os
estrogênios de etano empregados nas pílulas são estrogênios sintéticos, pega essa molécula
natural que é o estradiol, que é o estrogênio que a mulher fabrica e faz uma pequena mudança
nessa molécula e se tem o hormônio semissintético que é o hormônio que existe em todas as
pílulas anticoncepcionais. As pílulas anticoncepcionais diferem não em relação ao seu
componente estrogênico é praticamente igual em todas as pílulas e elas tem diferenças
significativas entre uma e outra com relação ao progestagênio.

Regina Bittar: antes de falarmos dos hormônios da terapia hormonal eu gostaria que o senhor
se aprofundasse um pouquinho porque os anticoncepcionais têm tantos tipos diferentes, tem
os injetáveis, o de 21 dias, o de 24. Qual a diferença entre eles?

Doutor César: as diferentes formulações têm diferença de regimes e como você falou o regime
de tratamento clássico é 21 dias de comprimido para 7. Existem regimes outros que você ao
invés de 21 dias você registra 24 dias para 4.

Regina Bittar: mas a diferença está na quantidade de hormônio ou tipo de hormônio, qual a
diferença?

Doutor César: um caminho é mudar o regime, outro caminho é mudar a dose. Antigamente as
pílulas tinham uma dose de hormônios muito alta e historicamente essas doses foram
diminuindo e hoje você tem as chamadas pílulas com baixas doses de hormônios, essas que
devem ser receitadas. E outra alteração que se possa fazer é na formulação. As diferentes
progesteronas para que as pessoas nos entendam é que vão dar o diferencial da pílula, então
eu tenho diferentes componentes dessa progesterona nas pílulas que contém peculiaridades e
distinção entre cada uma delas.

Regina Bittar: a injetável ela tem uma quantidade maior de hormônios?

Doutor César: não, não tem uma quantidade maior de hormônios, mas o ideal é que a pílula
injetável ela possa conferir níveis sanguíneos muito similares ao que se conseguia pela ingestão
por via oral, tanto a injetável como as de via não orais, você tem vias de adesivos
transdérmicos, você tem via de anel intravaginal, então existem algumas possibilidades, mas eu
acredito que a diferença básica independente de ser injetável, de ser por via oral, de ser por via
transdérmica, ou seja, através da pele diz respeito a composição e quando eu digo a
composição eu estou querendo distinguir a progesterona que compões essas pílulas.

Regina Bittar: eu queria perguntar para a Tatiana. Tatiana você começou a usar pílula não como
um contraceptivo, você tinha problemas de cólica, de TPM e você procurou a pílula certa para
você e você teve essa experiência, conta para a gente essa experiência.

Tatiana Cardoso- universitária

Tatiana: realmente eu comecei a tomar a pílula com 17 anos porque eu tinha muita cólica a
ponto de minha pressão cair e eu também tinha espinha e eu comecei e fui ao ginecologista
para procurar por alguma que melhorasse ou pelo menos diminuísse esses sintomas.

Regina Bittar: e você conseguiu o que você queria, você teve a diminuição da cólica e uma
melhora na sua pele? Bom, visivelmente eu consigo ver que você teve uma melhora na pele.
Você teve o resultado que você queria?



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Regina Bittar: e você passou também por outras pílulas até você acertar a pílula que mais combinou com você?

Tatyana: isso, eu passei por algumas, tanto as orais quanto as injetáveis, então foram aí umas 4 ou 5 experiências.

Regina Bittar: e isso é comum doutor, você ter que experimentar diversas pílulas porque umas você se dar melhor, umas o seu organismo responde melhor e outras não?

Doutor César: eu gostaria de aproveitar a fala da Tatyana para considerar alguns pontos, primeiro: na fala dela fica claro que a adolescente pode usar pílula e isso é uma preocupação que a adolescente não poderia usar pílula porque isso vai interferir com o crescimento, não é verdade a adolescente pode usar pílulas. Segundo: de que a pílula não tem só função contraceptiva, a pílula não é só usada para evitar filhos existem vantagens outras sob a pílula, ela exemplificou vantagens que tem sobre a pele. A pílula é muito boa para diminuir a acne, oleosidade. Algumas formulações melhores do que outras e o médico pode saber qual é a melhor formulação. Para o tratamento da cólica muito comum nas adolescentes e 70% das adolescentes tem cólicas mais ou menos intensas para algumas isso é um grande transtorno, então você pode usar os anti-inflamatórios ou as pílulas anticoncepcionais. As pílulas anticoncepcionais diminuem o fluxo da menstruação.

Regina Bittar: você teve isso?

Tatyana: isso não foi tão drástico assim.

Regina Bittar: bom, nós finalizamos o primeiro bloco da expressão feminina de hoje. Fiquei com a gente.

25) Terapia hormonal - Mulher e o coração - Bloco 3 – Gineco

Enviado em 6 de jul de 2010

Visualizações: 1833

Tempo: 10:09

Programa Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: voltamos com o terceiro bloco do expressão feminina da Bayer. Agora nós vamos falar sobre a terapia hormonal e o coração da mulher. Ana eu queria perguntar para você, você está com 50 anos e você começou a fazer terapia com 35 anos de idade, né isso?

Ana Teresa Ferraz, vendedora, 50 anos.

Ana: exatamente.

Regina Bittar: e porque, porque você teve um diagnóstico tão precoce?

Ana: por causa de uma endometriose eu tive que fazer uma histerectomia, eu tirei útero e ovários, então comecei a tomar hormônios e tomo até hoje.

ônio? Você falou para mim que gosta muito e que não

Ana: sim, eu sinto porque tentei ficar sem, mas não consegui lidar com a prostração, então eu voltei a tomar e faço mais uma vez o uso deles há 2, 3 anos.

Regina Bittar: agora, doutor Gebara eu queria saber a terapia hormonal ela protege o coração da mulher? Porque eu tenho uma pesquisa aqui que 35% aproximadamente de redução no número de mortes por doenças cardiovasculares as mulheres que usam a terapia hormonal reduzem a 35% o óbito nesses casos.

Doutor Gebara: O primeiro ponto importante é que até a idade da menopausa que normalmente uma menopausa natural é em torno dos 50 anos de idade, as mulheres estão mais protegidas das doenças cardíacas, depois da menopausa que para a produção hormonal, o ovário para de produzir o hormônio as mulheres ficam mais sujeitas as doenças cardíacas.

Regina Bittar: ficam de igual para igual com o homem? Eu já ouvi falar.

Doutor Gebara: fica de igual para igual com o homem, aos 60 anos de idade correm o mesmo risco. No caso dela é interessante que ela teve uma menopausa precoce e abrupta, cirúrgica, então no caso dela é muito importante a terapia hormonal porque previne essas doenças cardíacas, você ao invés de iniciar o risco aos 35 anos você vai, e vai ser um risco que vai ser adiado com a terapia hormonal. Agora a terapia hormonal ela só protege das doenças cardíacas se ela for instituída no início da menopausa natural por volta dos 50 anos. Muitas pesquisas da última década mostraram que a terapia hormonal ela não era boa, mas foram pesquisas com mulheres ao redor dos 65 anos de idade. Então começar a terapia hormonal.

Regina Bittar: tem que ser no momento certo.

Doutor Gebara: dez ou doze anos depois da menopausa perdeu a oportunidade boa. Começar a terapia hormonal logo no pós-menopausa ou o perimenopausa e o médico sabe o momento ideal para isso, aí a terapia hormonal passa a ser importante para o sistema vascular, ajuda a regular o colesterol, a glicose. Agora tem muitos tipos de hormônios, então quando a gente fala terapia hormonal a gente não pode acreditar que só existe um tipo e uma dose.

Regina Bittar: isso é individual, né?

Doutor Gebara: é individualmente, cada mulher tem o seu hormônio correto, a dose correta, então a gente sempre que fala em terapia hormonal tem que ter esse cuidado da individualização, você não pode generalizar, começou em qualquer idade, qualquer hormônio e em qualquer dose a gente nunca vai poder dizer que isso faz bem, agora na idade correta, na dose certa, pelo tempo correto também existe um tempo ideal de se usar o hormônio ele pode ser muito bom.

Regina Bittar: ele pode ser bom para isso. Agora, são todos os casos em que as mulheres podem fazer a terapia hormonal?

Doutor Gebara: não.

Regina Bittar: por exemplo, existe algum fator genético que impede? Quais são os casos?

Doutor Gebara: então, existe umas contraindicações, por exemplo, se ela teve um problema

gia cardíaca ou teve um acidente vascular cerebral ela não pode usar hormônio, se ela já teve um caso de trombose venosa ela não é um grupo bom, não que é proibido totalmente, mas ela estaria num grupo de exclusão, se ela tem câncer de mama ela não pode usar hormônios. Agora, por exemplo, existem casos de mulheres que tem casos de infarto na família.

Regina Bittar: é isso que eu ia perguntar, a genética, se você tem um histórico?

Doutor Gebara: é uma mulher que deve ser avaliada também individualmente, tem que avaliar se o colesterol dela, a glicose, a pressão, se tudo isso está adequadamente controlado. Ai ela estaria apta a usar a terapia hormonal.

Regina Bittar: mesmo com o histórico genético?

Doutor Gebara: mesmo com o histórico genético de uma doença cardíaca, por exemplo.

Regina Bittar: mesmo a Carmem que tem uma vida super saudável?

Doutor Gebara: é uma boa candidata para quando entrar na menopausa na terapia hormonal, mas de novo, a terapia hormonal ela está indicada para quando a mulher tem aqueles sintomas próprios da menopausa, porque também se ela não tem nenhum sintoma.

Regina Bittar: mas é raro, né doutor? Venhamos e convenhamos.

Ana: eu não conheci nenhuma mulher que não tenha sintomas.

Doutor Gebara: é raro, mas existe, você sabia que as orientais têm menos sintomatologia, não sei se é cultural ou alimentação, mas tradicionalmente acredita-se que as mulheres orientais têm menos sintomas. No geral se indica a terapia hormonal para mulheres que tem os sintomas, ou tem uma osteoporose muito importante e não tem problema cardíaco.

Regina Bittar: certo. Agora no caso da Tânia, a Tânia não tem a vida muito ativa e tem um problema histórico também de família. Você tem, né, de hipertensão, não é isso?

Tânia: a minha mãe.

Doutor Gebara: então, o hormônio não vai arrumar toda a vida da Tânia.

Regina Bittar: e a Tânia teve toda uma vida de depressão. Ela também é indicada para entrar? Porque você já vai entrar, né?

Tânia: é, eu já vou fazer 45 esse ano.

Doutor Gebara: você ainda está nova, Tânia.

Regina Bittar: mas ela já está com os sintomas.

Doutor Gebara: então, é essa a fase chamada de perimenopausa em que os hormônios eles.

Regina Bittar: quais são os sintomas da perimenopausa?

Doutor Gebara: são sintomas mais leves da menopausa, os calores, a menstruação com certa

o correto para entrar na terapia hormonal, mas já é um momento para existirem vigilância sobre outros fatores de riscos do coração, então prestar atenção no colesterol, pressão alta, diabetes. Porque a terapia hormonal é ideal quando isso está controlado. Você iniciar a terapia hormonal numa mulher que tem o diabetes descontrolado isso não vai ajudar nesse controle, então a terapia hormonal é importante, ela tem uma indicação muito boa para aliviar esses sintomas, ela pode ser benéfica para o sistema vascular dentro de um contexto de saúde, não como a pílula que vai salvar de todos os males.

Regina Bittar: e a hipertensão doutor Gebara, ela é uma doença que vem escondida, ela vem devagarinho e você nem sente? Ela é um fator de risco muito grave para a mulher nessa fase de menopausa e pré menopausa?

Doutor Gebara: então, você sabe que a menopausa é uma verdadeira conspiração de fatores de risco, quando a mulher passa da pré menopausa para pós menopausa a pressão aumenta, o colesterol aumenta, existe aquele acúmulo de gordura na região abdominal e a glicose aumenta. Então é o momento de vigiar, o momento de atenção. A terapia hormonal conforme o tipo de hormônio, existem hormônios específicos e completamente diferentes entre si e o médico pode saber qual é o melhor que ele pode agir nesses fatores, por exemplo, existem hormônios que reduzem a pressão arterial e existem hormônios que aumentam a pressão arterial, então existe uma terapia de reposição hormonal mais adequada para uma mulher hipertensa, por exemplo.

Regina Bittar: entendi. Agora, tem uma coisa que você me falou nos bastidores de mulheres que diziam “ah! Eu sempre tive pressão baixa, eu nunca tive esse problema de hipertensão”.

Doutor Gebara: você sabe que a hipertensão é silenciosa, aquela pressão alta e o nível considerado normal é menor que 14 por 9.

Regina Bittar: você ter pressão baixa, porque eu tenho inclusive, não é uma garantia de que você na pós menopausa ter um problema de hipertensão?

Doutor Gebara: não é, é muito comum a mulher ter 55 anos e ir numa consulta de rotina e alguém falar que ela tem pressão alta e ela ficar inconformada e falar que desmaiava na gravidez porque tinha 8 por 4 de pressão, mas quando você ver ao redor dos 55, 60 anos de idade 30% das mulheres tem pressão alta. E é silenciosa.

Tânia: Mas o que causa isso? Desculpa a minha interrupção. Porque eu tenho pressão baixa, muito baixa por sinal.

Doutor Gebara: quanto mais baixa melhor, é o que eu digo para todo mundo, de pressão baixa ninguém morre.

Tânia: 50, 55.

Doutor Gebara: ela começa a subir. A pressão ela tem um fato genético, você tem uma predisposição genética e tem a interação dessa sua genética com o seu estilo de vida. Então se você tem uma genética que não é boa no sentido de pai e mãe, por exemplo, hipertenso, você não faz exercícios, tem uma alimentação rica em gordura e sal, é estressado e fuma.

Regina Bittar: não vamos entrar nesse mérito.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ipertensão, agora se você tem uma genética boa e tem
io é um dos maiores aliados para baixar pressão, por

exemplo:

Regina Bittar: bom, e no próximo bloco nós vamos falar a respeito do que mais pode
influenciar no coração da mulher. Não deixe de ver.

Enviado em 2 de junho de 2010

Visualizações:185152

Tempo: 2:09

Ações dos contraceptivos orais.

A pílula substitui dois hormônios que são normalmente produzidos pelo folículo que faz parte da ovulação, durante o ciclo, contém tanto o estrogênio quanto o progestógeno. Os hormônios enganam a hipófise que é uma glândula na base do cérebro que exerce controle das funções hormonais através do controle de que um óvulo está crescendo como de costume, assim, a hipófise não envia o comando para a maturação do óvulo, isso explica o principal mecanismo de ação.

Não há evolução, desta forma a pílula está entre os métodos mais eficazes de contracepção através da redução excessiva do conteúdo hormonal, principalmente o estrogênio, a durabilidade da pílula pode ser constantemente aumentada. Novos progestágenos foram desenvolvidos, as maiores pílulas de baixa dosagem com, contudo hormonal reduzido provocam baixos índices de alterações no metabolismo, pressão arterial e peso corpóreo de modo que os principais efeitos colaterais podem ser excluídos até onde forem possíveis, todas as mulheres devem consultar seus médicos antes de iniciar a pílula. Alguns dos benefícios da pílula são: algumas das cólicas que muitas mulheres têm diminuem em intensidade e frequência, a quantidade do sangramento diminui e o ciclo se torna mais regular.

27) Menopausa - Sexualidade feminina - Bloco 4 – Gineco

Enviado em 1 de junho de 2010

Visualizações: 51193

Tempo: 9:56

Programa expressão feminina
Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: começamos o último bloco do programa expressão feminina com o tema sexualidade, e falando em sexualidade eu queria que você me desse sua opinião em relação ao seguinte; segundo pesquisas do Data Folha doutora Julia a mulher na faixa dos 45 e 60anos é mais solitária, ou seja, tem um número maior de mulheres solitárias do que dos homens, 35% das mulheres nessa faixa de idade estão sozinhas, contra 11% dos homens, será que isso tem a ver com a menopausa?

Doutora Julia: as vezes ela busca menos.

Regina Bittar: as vezes, você acha que é só as vezes?

Doutora Julia: é, porque é como a gente é educado. E como a gente é educado? Para um sexo reprodutivo. E o que é na verdade a menopausa, é, terminou a fase reprodutiva da mulher. É só isso, não terminou a fase sexual da mulher, mas a fala muito da mulher é “ah, doutora, eu já me aposentei disso porque eu já não menstruo mais, já tomo hormônios, então eu já estou aposentada da sexualidade”. Aposenta também no trabalho e aposenta também da sexualidade dela.

Regina Bittar: ela não tem uma diminuição da libido?

entra a reposição de hormônios que é uma tecnologia, que é um avanço tecnológico e hoje a gente tem hormônios muito interessante que agem mais natural para você voltar ao que você era antes, para você não perder isso. Ai a gente tem o estrogênio que é o hormônio feminino que vai preparar a gente para ter sexo, então ele tem a ver com a hidráulica, a gente precisa deles para os vasos sanguíneos, para o sangue ir para a nossa plataforma orgásmica. O hormônio feminino que dá fantasia e que dá desejo e que dá *drive* para a mulher procurar sexo é a testosterona, e o tal do hormônio masculino só que a gente tem numa quantidade bem menor, a gente precisa de uma quantidade bem menor do que o homem porque o homem precisa de mais testosterona para formar a massa muscular, para formar pelo, para ele ter a condição de homem. E a gente quando faz a reposição de hormônio a gente também precisa da progesterona que é o hormônio da maternidade e que a gente precisa para proteger o útero para não ter câncer do endométrio.

Regina Bittar: é importantíssimo.

Doutora Julia: é importante também.

Regina Bittar: Miriam você está com 57, você já entrou na menopausa?

Miriam: já vai fazer dois anos e eu não fiz reposição hormonal.

Doutora Julia: ainda, né?

Miriam: então, eu estou descobrindo bons motivos para fazer e uma das dúvidas que eu tenho sobre a menopausa e a reposição é a perda muscular.

Doutora Julia: e de massa óssea também.

Regina Bittar: e de massa óssea também? Você tinha me dito que não teve muitos sintomas, você teve *secura* e aí resolveu com lubrificantes e outras coisas.

Miriam: a minha libido diminuiu muito pouco.

Regina Bittar: você continuou com a libido ok?

Miriam: normal. E a minha preocupação maior e eu queria que você falasse é se existe como voltar a massa muscular com a reposição?

Doutora Julia: aí sim a gente pelo menos, mas vai depender de uma resposta individual, mas pelo menos você vai parar de perder e muitas vezes a gente consegue repor. Aí você tem que ver porque precisa de outras coisas, precisa de mudanças de hábitos de atividade física é fundamental, precisa de alimentação, precisa de diminuir aquilo que consome o cálcio, por exemplo café, cigarro, inclusive quem é fumante as vezes entra na menopausa dois anos antes.

Miriam: eu poderia ter adiado mais.

Doutora Julia: poderia ter adiado mais. Então essas coisas todas são tudo interligado a gente não tem só uma coisa que resolve, mas se a junção de várias coisas, mas sem dúvida a reposição hormonal eu acho que muda muito a qualidade de vida da mulher.

Regina Bittar: você considera isso importante?

rtante.

Miriam: apesar de muitos ginecologistas não sugerem que se faça?

Doutora Julia: pois é amor, mas como eu vejo muito essa questão de um todo da mulher e de ela estar em condição, porque eu acho o seguinte: você estar em condição mental, você estar numa fase em que você pode estar livre.

Regina Bittar: aí você acabou com as obrigações do dia a dia, de criar os filhos, você pode curtir.

Doutora Julia: você é independente, você tem dinheiro você tem que ter saúde para aproveitar “agora eu quero fazer outras coisas, pode fazer outros cursos, eu quero viajar, eu quero transar. “Vem cá meu bem”. Agora eu estou livre e não tem nem mais uma criança que vai entrar e vai falar 'mamãe'”.

Regina Bittar: você tem alguma expectativa em relação a menopausa? Eu sei que você não está próxima, mas você tem alguma expectativa, pensa como vai ser?

Mulher 1: eu fico preocupada com a diminuição da libido, é uma coisa que me assombra, o que vai acontecer.

Doutora Julia: porque você gosta muito disso, né?

Mulher 1: gosto.

Doutora Julia: então a libido faz parte da sua vida, então normalmente quando isso faz parte da sua vida isso vai continuar fazendo parte da sua vida. O que eu vejo que as pessoas estão, nisso eu posso te acalmar, entendeu?

Mulher 1: que bom.

Doutora Julia: então você pode relaxar porque o que você vai precisar fazer é isso, são manutenções, o seu ovário vai diminuir de produzir estrogênio, então tem que repor para que essa hidráulica continue funcionando, mas se você pensa em sexo a gente tem uma frase de caplam que diz assim “sexo é fantasia e fricção”. Você gostou, né?

Regina Bittar: resumido e simples.

Doutora Julia: então você tem que estar com o corpo preparado para isso e com a mente livre para pensar em sexo, para fantasiar e a fantasia nesse sentido gente é fundamental para a vida de homens e mulheres só que o homem está muito mais liberado para fantasiar só que nós não estamos, olha, ainda não tem nenhum hacker para entrar no nosso cérebro e saber das nossas fantasias, a gente pode fantasiar do jeito que a gente quiser, com quem a gente quiser, a gente pode fantasiar com um marciano em vênus.

Regina Bittar: mas a mulher acaba fantasiando uma coisa mais romântica, né? Um príncipe encantado e não de sexo em si e não a busca de prazer.

Doutora Julia: sabe o que eu vejo a gente fantasia pensando em transformar aquela fantasia em realidade. Você pode até fazer isso, mas não é o objetivo da fantasia, está entendendo? A

sexual.

Regina Bittar: que barba. Márcia: o que você está achando de tudo isso Márcia? Treino de fantasia em terapia sexual, porque, porque a mulher não está acostumada?

Doutora Julia: homens também não, eu atendo homens também.

Regina Bittar: eu achava que homens fantasiavam.

Doutora Julia: não, tem homens muito reprimidos também, sofrem muito. É porque tem muita mulher, mas também sofre. Então, o que acontece, o que eu vejo é as pessoas pensando “então eu vou fazer, vou pensar numa fantasia para poder fazer acontecer no real”. A função não é essa, a função é fazer com que eu pense em sexo durante o dia, então quando eu chego lá na hora eu não estou partindo do zero eu já pensei em sexo, eu já alimentei isso de alguma forma. As vezes um telefonemazinho na tarde “não fica cansadinho não amor, eu estou te esperando. Vem logo para casa”, um beijinho assim, uma pegada, um negócio isso já faz você pensar em sexo porque o que eu vejo muito nos casais, principalmente nos casais estáveis que estão juntos há muito tempo é assim: tem a vida, chega e discute sobre os filhos, a máquina de lavar quebrou e não sei o que é aí chega na cama e toim vamos transar e liga o botão e não funciona, não liga botão.

Regina Bittar: bom, e eu agradeço a presença de todos vocês no programa de hoje, especialmente você doutora Julia, foi muito importante você estar aqui dividindo toda essa sabedoria sexual com a gente.

Doutora Julia: foi um prazer estar aqui com vocês.

Regina Bittar: obrigada, viu. Bom, e você acabou de assistir ao programa expressão feminina da Bayer e eu agradeço a sua audiência.

28) O avanço da medicina na vida da mulher – bloco 3 – Gineco

Enviado em 1 de junho de 2010

Visualizações:54596

Tempo: 9:42

Programa expressão feminina

Regina Bittar apresentadora

Regina Bittar: agora no nosso terceiro bloco nós vamos conhecer um pouco mais de cada convidada e eu começo a perguntar a Tayane, Tayane quando foi a sua primeira menstruação? Como foi?

Tayane: foi com 10 anos de idade e eu não esperava porque minha irmã menstruou tarde, a minha mãe menstruou tarde ei pensei que ia menstruar tarde, aí menstruei com 10 anos e foi uma surpresa, mas eu fiquei feliz.

Regina Bittar: ficou, que bom, querida, Doutor José Bento quando é importante a jovem começar a ir ao médico regularmente, é na primeira menstruação?

Doutor José Bento: é na primeira menstruação, ela deve ir ao ginecologista, agora as meninas estão menstruando cada dia mais cedo. Existe uma característica genética. Se você quiser saber quando a sua filha vai menstruar e se a menina quer saber quando vai menstruar é só

irmã. Normalmente existe essa regra, mas não a Tayane, ela menstruou com 10 anos de idade e hoje o que nos estamos vendo principalmente no nosso país as meninas estão menstruando cada vez mais cedo, por causa da alimentação que é melhor e é mais calórica, pela falta de atividade física e pelos estímulos que ela recebe através de propaganda, de revista, de filme que tá acelerando o processo da menstruação, então a menina deve procurar um ginecologista anualmente a partir da primeira menstruação.

Regina Bittar: anualmente, ok, Silvia agora você, você pretende ter filhos em breve ou vai esperar, como é que está o seu planejamento?

Silvia: eu tenho que esperar alguns anos para ter alguma estabilidade financeira e toda uma estrutura.

Regina Bittar: existe doutor alguma idade limite para parar de tomar a pílula e esse retorno a fertilidade ele é imediato? Porque você para de tomar a pílula e você tem um retorno da fertilidade?

Doutor José Bento: na verdade o que está acontecendo com a Silvia está acontecendo de uma maneira muito uniforme, as mulheres estão engravidando mais tarde, elas querem ter uma estabilidade financeira, desejam ter uma estabilidade moral, ela não falou, profissional, emocional e quer saber se aquele parceiro vale a pena e se quer ter filhos com aquele parceiro e eu chamo isso de test drive, muitas mulheres moram junto antes de casar realmente e estabelecer no papel, e tem tudo isso. Hoje as mulheres querem casar com apartamento já montado, com toda uma estrutura como ela falou muito maior e isso vai protelando a idade, a mulher vai ficando mais velha, mas é compreensível porque hoje nós vivemos até 90 anos de idade então porque vamos ter filhos com 20.

Regina Bittar: mas existe? Porque eu ouço falar “tomei pílula durante alguns anos, e parei de tomar a pílula e tenho problema de fertilidade”.

Doutor José Bento: isso é um absurdo, eu não sei de onde veio isso, pelo contrário, a pílula protege a fertilidade da mulher, a pílula ela cura a endometriose, eu estou cansado de tratar no consultório a endometriose.

Regina Bittar: das mulheres que não tomam pílula e vão engravidar mais tarde?

Doutor José Bento: exatamente, então, elas acham que por não tomarem pílula estão protegendo a fertilidade delas, não, é uma besteira isso, pelo contrário, o fato delas não tomarem a chance de elas terem endometriose é muito maior e a endometriose é uma doença terrível que debilita a mulher e que muitas vezes ela diagnostica porque ela está querendo engravidar, não consegue e acaba diagnosticando a endometriose. A mulher que toma pílula ela tem mais chances de engravidar do que aquela mulher que não toma pílula. Quando para? Ela deve parar e em dois meses ela já está apta, em dois meses ela já começa a produzir ácido fólico para proteger o bebê daquelas doenças de má formação do tubo neural e nesses dois meses ela evita ou com uma tabelinha ou com um preservativo para depois poder engravidar.

Regina Bittar: e falando em tabelinha Ana eu queria perguntar para você, você acabou de ter neném. Você pretende ter mais filhos?

Ana: está muito cedo ainda para pensar nisso, mas eu acho que não, eu acho que um vai ser suficiente.

Ana: não, parei já.

Regina Bittar: e está tomando pílula?

Ana: não também não.

Regina Bittar: você está usando que método?

Doutor José Bento: precisa tomar cuidado, ela não está tomando pílula.

Ana: eu estou usando preservativo e vou colocar DIU em breve.

Regina Bittar: eu gostaria de fazer uma pergunta também doutor José Bento porque ela não está amamentando, mas se ela estivesse amamentando ela não poderia usar pílula, poderia?

Doutor José Bento: existem algumas pílulas de anticoncepcionais de baixa dosagem que são permitidas, eu particularmente não gosto, eu gosto de um dispositivo intrauterino que tem um pouco de hormônio que age localmente, existem os métodos de barreira também que é o preservativo, o diafragma, o espermicida, esses também podem ser usados, agora tabelinha não. Porque tabelinha não funciona e a mulher pode engravidar na amamentação, é mais difícil, mas pode.

Regina Bittar: ela pode engravidar na amamentação? Mas desde o pós-parto ou existe um período longo?

Doutor José Bento: a mulher tem que evitar ter relações sexuais durante os primeiros 40 dias.

Regina Bittar: certo, que é a quarentena. Agora eu queria perguntar para Adriana, Adriana você acha que em especial para as mulheres existe uma pressão para o casamento? Eu estou te perguntando isso porque você está com 31 e o pessoal deve ficar perguntando “você não vai casar? Não vai ter filhos?” Você sente essa pressão da sociedade?

Adriana: sim, bastante, quando eu vou almoçar na casa da minha avó inclusive “e aí quando você vai casar”? Mas é uma coisa que a pergunta é quando você vai casar, mas quando têm outros netos que já são casados a pergunta é “e aí quando vão ter filhos”? E com os que já têm filhos “e quando vai ser o segundo”. Então é sempre uma pressão.

Doutor José Bento: uma cobrança infinita.

Adriana: infinita, nunca acaba então eu levo na boa, eu não tenho problema com relação a isso porque não tenho pressa.

Regina Bittar: doutor José Bento aí a gente entra naquele assunto que eu acabei entrando com a Sílvia que é até quando é o limite para você esperar para ter uma gravidez? Qual é a faixa etária e quais são os riscos de uma gravidez tardia?

Doutor José Bento: primeira coisa, se você for perguntar para natureza ela quer que você engravide com 17, 18 anos de idade, você está no auge da sua fertilidade, do ponto de vista de maturidade, de cabeça da mulher, hoje a gente sabe que a menina de 18, 19 anos ela pode

a não tem maturidade para isso, então essa maturidade a Adriana fala, já é uma mulher mais madura. Com 35 anos de idade eu acho que ela está no auge da maturidade, mas a fertilidade está caindo porque a natureza quer que engravide com 18. Então é importante a mulher saber que existe esse limite, ela vai perdendo a fertilidade a partir dos 20 anos e quando chega ao 35 a queda é abrupta, quando chega os 40 é um abismo, então ela deve pensar nisso e procurar ter o seu filho a partir dos 30 até os 35 anos de idade ela tem que estar com a prole constituída. “Ah, não vai dar, eu estou com 34, vou fazer MBA, vou fazer doutorado, vou fazer isso, vou fazer aquilo”. Está bom congela os óvulos porque isso a medicina pode te oferece, pega seus óvulos e deixa guardadinho e quando você estiver com 40, 43 você pega os seus óvulos lá e ainda com 35 anos de idade.

Silvia: e não tem mais risco de a mulher engravidar com 43, 45?

Doutor José Bento: tem, a mulher pode engravidar, mas é muito, muito mais difícil, eu faço um tratamento de fertilidade na minha clínica e a mulher com 35 anos de idade tem 60% de chance de engravidar numa técnica de fertilização em vitro, uma mulher de 42, 43 anos de idade não passa de 10% a chance de ela engravidar.

Regina Bittar: e quais são os riscos de gravidez após os 35, 40, começa a ter risco?

Doutor José Bento: começa. Hoje a medicina oferece para mulher uma segurança muito grande, mas ela tem mais chance de ter eclampsia que é uma característica que pode aparecer durante a gravidez, é uma doença hipertensiva especifica da gravidez, pode ter diabetes gestacional, pode ter hipertensão arterial, ela pode ter um descolamento de placenta, ela pode ter uma placenta prévia, então ela tem algumas alterações, a incidência é maior, mas por outro lado são mulheres maduras, são mulheres que aceitam muito mais a orientação do médico, então são mulheres muito mais responsáveis.

Regina Bittar: bom, no próximo bloco a gente conhece um pouco mais das nossas convidadas.

29) Terapia hormonal, Sintomas TPM - O avanço da medicina na vida da mulher - Bloco 2 Gineco

Enviado em 23 de abr de 2010

Visualizações:32219

Tempo: 9:47

Programa expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: para iniciar o segundo bloco do programa expressão feminina da Bayer eu queria perguntar o doutor José Bento quando a gente deve iniciar a terapia hormonal, qual é a faixa etária em que se começa a menor pausa e que devemos iniciar o uso da terapia hormonal?

Doutor José Bento: Regina, depois dos 30 anos de idade a natureza pega o nosso certificado de garantia e faz assim 'quiiq' , então depois dos 30 anos começam as pausas é uma maneira que a natureza arrumou de avisar ao nosso organismo que terminou que a gente precisa morrer porque tem outro chegando por ai, então começam as pausas a tire pausas, a somato pausas, a adreno pausa, a menopausa, a andropausa no homem, então são várias pausas, depois dos 30 anos, 40 anos de idade a partir do momento em que o médico identificar dosagens hormonais ou através de sintomas ela deve procurar fazer a modulação hormonal.

a menopausa, dessas pausas?

Doutor José Bento: por exemplo, irritabilidade excessiva, mesmo uma tensão pré menstrual, uma agressividade antes da menstruação é uma maneira de as vezes você identificar a insuficiência da progesterona que é um hormônio, é uma pausa, dificuldade para dormir, diminuição da libido, aumento de peso, secura vaginal, então são todos os sintomas que a mulher deve procurar ajuda médica, deve procurar porque hoje nós sabemos que a mulher precisa do estrógeno- o hormônio feminino, assim como precisa dos outros hormônios também, para memória, para se sentir bem.

Regina Bittar: nós temos duas convidadas aqui que já estão na faixa. Qual o seu caso Celina, você está com 57, você já passou pela menopausa?

Celina: na realidade e nem passei pela menopausa porque com 45 anos eu tive que retirar o útero por causa de miomas, então eu não sei como são esses calores, esses mal-estares da menopausa, mas eu precisei fazer a reposição hormonal depois que eu retirei o útero, mas eu não tive problema nenhum.

Regina Bittar: mas você, como é que você se sentiu você disse que não teve os sintomas, mas com a reposição da terapia hormonal como é que você se sentiu?

Celina: maravilhosa.

Regina Bittar: em que sentido?

Celina: em todos os sentidos principalmente sexualmente.

Doutor José Bento: com a reposição hormonal ela desabrocha, vamos assim dizer.

Regina Bittar: foi assim com você Zilda?

Zilda: da reposição hormonal? Eu não faço ainda a reposição hormonal.

Regina Bittar: mas você já entrou na menopausa?

Zilda: eu já entrei, já tenho alguns sintomas, de uns dois anos para cá eu sinto uns calores, mas eu não sinto nenhum outro sintoma e tem meses que eu menstruo e tem meses que não, então eu estou bem próxima da menopausa, mas ainda não estou fazendo a reposição, estou fazendo a alimentação com soja, com coisas mais naturais.

Regina Bittar: mas você se sente bem ou se sente cansada com algumas coisas?

Zilda: não, não, por isso que eu ainda não estou fazendo. Porque eu sei que estou me aproximando, mas eu ainda não tenho secura, não tenho nenhum problema sexual.

Regina Bittar: mas os sintomas ainda não apareceram?

Zilda: só os calores e um pouco de irritabilidade, eu sempre fui muito irritada na TPM e aumentou só um pouquinho.

Regina Bittar: doutro, isso é outra coisa que eu queria saber. Quais são os sintomas da TPM?



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

M, quais são os sintomas da TPM? Porque se cria um irritabilidade está com TPM, daí tem outros problemas que a

Doutor José Bento: daí que veio o nome, tensão veio daí da irritabilidade que está na TPM, mas não é só a irritabilidade que está na TPM, existem mais de 150 sintomas.

Regina Bittar: mas nós não temos tempo para falar de todos. Quais os principais?

Doutor José Bento: os principais são os sintomas físicos e emocionais, os emocionais são a irritabilidade, a agressividade, a depressão, o desânimo, a dificuldade para dormir antes da menstruação.

Regina Bittar: dor de cabeça e enxaqueca também?

Doutor José Bento: são sintomas físicos: dor de cabeça, dor nos seios, dor no abdômen, pode dar inchaço, principalmente inchaços nos membros inferiores, esses são os sintomas físicos, agora as características dos sintomas síndrome pré-menstrual, dos sintomas pré-menstruais é que aparece na segunda fase do ciclo menstrual e quando vem a menstruação ele desaparece por completo como se fosse uma mágica. Aparece uma semana antes, 10 dias, até que 15 dias antes, mas ele tem que desaparecer depois com a menstruação se não desaparecer pode ser outra coisa, mas não é síndrome pré-menstrual.

Regina Bittar: quais são as terapias existentes para TPM?

Doutor José Bento: existe várias, a pílula anticoncepcional, por exemplo, é uma terapia que todos os médicos conhecem muito bem e as mulheres hoje em dia estão aprendendo mais a entender e falam “poxa vida, quando eu tomo pílula eu tenho menos TPM”. Porque a mulher tem TPM? Porque ela tem uma variação hormonal e essa variação hormonal é fisiológica toda mulher tem, mas para algumas, algum neuro-receptor, alguma área do cérebro acaba agindo de uma maneira que ela tenha irritabilidade, que ela tenha agressividade, que ela tenha esse inchaço, essas dores no corpo, então é a variação hormonal fisiológica e a pílula impede essa variação, diminui essa variação, então tem uma quantidade uniforme de hormônio. O homem não tem TPM porque tem uma quantidade uniforme de testosterona e quando o homem vai ficando mais velho vai diminuindo a quantidade de testosterona, mas é contínuo. A mulher é um mar revolto e o homem não, é um rio calmo e tranquilo.

Regina Bittar: Mariana você é um mar revolto ou é um rio calmo e tranquilo, você tem TPM?

Mariana: eu tenho e passei a ter a partir dos 29 anos, não tinha essa questão da irritabilidade, não tinha a menor ideia do que era, nem dores e nada disso e a partir dos 29.

Regina Bittar: quais são os sintomas que você tem?

Mariana: dores nas costas, às vezes nas pernas, irritabilidade, faltam de paciência absurda.

Doutor José Bento: quanto mais a mulher tem responsabilidades na sua vida maior a quantidade de TPM que ela tem, é uma característica, então quanto mais velha você for ficando porque como você falou com 29 anos eu comecei a ter, pode ser que ai você adquiriu responsabilidades no seu trabalho, na sua casa, com companheiro, com filhos, com pais, com avós que você acaba tendo que cuidar, tudo isso e com tanta responsabilidade você acaba tendo mais síndrome pré menstrual, é uma característica, as vezes as novinhas tem mais

s dependendo da situação.

Regina Bittar: e verdade.

Doutor José Bento: vestibular, faculdade, trabalho, o ambiente de trabalho, o mercado de trabalho, o ambiente de casa.

Regina Bittar: você tem?

Mulher I: eu fico um pouco irritada e fico com dor no seio, mas depois que eu menstruo para, mas eu fico bastante irritada.

Regina Bittar: e você tem Silvia?

Silvia: olha, eu fico mais chorona.

Regina Bittar: e te prejudica no trabalho, você sente uma queda no seu rendimento?

Silvia: Prejudica sim, qualquer broquinha do chefe é motivo para ir ao banheiro dar uma choradinha e secar e pronto! Estou boa posso voltar já. Um filme, qualquer coisa me faz chorar.

Regina Bittar: e você tem que lidar com isso. Você faz o uso da pílula para poder controlar isso, você já experimentou?

Silvia: eu faço o uso da pílula anticoncepcional.

Regina Bittar: e mesmo assim ainda tem?

Silvia: e mesmo assim ainda tenho.

Regina Bittar: imagine se ela não tomasse doutor?

Doutor José Bento: você sabe que tem umas pílulas que foram registradas na ANVISA justamente para tratar a tensão pré-menstrual e é uma coisa que você pode falar com o seu ginecologista para trocar o tipo de pílula para tratar a TPM e será um contraceptivo com a mesma eficácia e tratará a tensão pré-menstrual.

Regina Bittar: Ana, e você antes de engravidar tinha problemas com TPM ou não? gora você já está na fase boa, você voltou a ter o período, as regras?

Ana: Eu já voltei. Eu ainda não tive nenhuma crise grave de TPM, antes eu tive, mas muito de sensibilidade como ela falou de levar uma bronquinha do chefe e já ir encher os olhos de lágrimas e os físicos: dor de cabeça, um pouco de cansaço. E isso atrapalha bastante.

Regina Bittar: e profissionalmente mesmo que a gente não queira.

Doutor José Bento: e 10% da síndrome pré-menstrual são uma síndrome chamada disfônica pré-menstrual, é uma síndrome pré-menstrual grave que a mulher deixa de trabalhar, deixa de fazer suas coisas por causa da síndrome pré-menstrual e ela precisa de tratamento intensivo e as vezes até com avaliação do psiquiatra.

Regina Bittar: bom, no próximo bloco a gente vai conhecer um pouco mais da história de cada



PDF Complete
*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

30) Pílula anticoncepcional - O avanço da medicina na vida da mulher - Bloco 1 – Gineco

Enviado em 23 de abr de 2010

Visualizações: 33971

Tempo: 9:24

Programa Expressão feminina

Regina Bittar- apresentadora

Regina Bittar: oçá, eu sou Regina Bittar e estou aqui para apresentar o programa expressão feminina da Bayer e no programa de hoje nós vamos falar da evolução da medicina no universo feminino e para isso tenho aqui do meu lado o Doutor José Bento que é ginecologista e obstetra do hospital Albert Einstein do hospital São Luís em São Paulo. Obrigado pela presença doutor.

Doutor José Bento: eu que agradeço.

Regina Bittar: e as nossas convidadas, obrigada meninas pela presença de todas, a Taiane, a Ana, a Adriana, Silvia, Celina e Zilda. Acertei o nome de todas, ainda bem. Obrigada pela presença de vocês.

Para começar o programa de hoje eu vou pedir ao Doutor José Bento para que faça um histórico da pílula anticoncepcional, quando ela começou, quando ela entrou no mercado e quais as diferenças dos produtos até o dia de hoje. O que a gente tem de mais moderno no dia de hoje?

Doutor José Bento: ginecologista e obstetra.

Doutor José Bento: olha é uma boa pergunta por que parece que já veio prontas, nós vamos ao médico e ele prescreve uma pílula anticoncepcional, nós vamos a farmácia e está lá aquelas caixinhas, aqueles comprimidos e nós não fazemos ideia do que aquilo representou evolução para mulher. Desde que nós descobrimos que o responsável pela mulher engravidar era os espermatozoides, porque antes não sabiam antigamente eles achavam que dentro dos espermatozoides tinham pequenos homenzinhos e esses homenzinhos entravam no útero e eles acabavam evoluindo. Não sabia que a mulher tinha óvulo, tinha uma célula germinativa e participava também geneticamente da constituição do neném, achava-se que só o homem. Depois que se descobriu que o homem era responsável junto com a mulher. Nós médicos cientistas pesquisávamos uma maneira da mulher poder ter relações sexuais sem engravidar.

Regina Bittar: mas doutor José Bento, na verdade desde que colocou, foi mais ou menos 1950 que entrou.

Doutor José Bento: 1960.

Regina Bittar: isso condiz com a evolução do movimento feminista, né que foi um grande arranque.

Doutor José Bento: foi a liberdade das mulheres que começaram a tomar pílula, o homem não sabia que elas estavam tomando pílula, ela tomava quando queria e então ela podia controlar a fertilidade dela.

ar, nós temos justamente uma convidada aqui, ela é a
ntão nos anos 60 você estava participando de todo esse
movimento. Qual a idade de cada uma de vocês estava em 65?

Celina: nesse tempo eu tinha 8 anos.

Regina Bittar: no Brasil um pouco mais. Como você percebe você vê a importância da pílula no movimento feminista, na liberdade da mulher?

Maria Celina Ferreira Nogueira, empresária, 57 anos.

Celina: não tenho dúvidas, ela fez toda a diferença na vida da mulher já desde aquela época não só na prevenção da gravidez, mas no bem-estar dela em evitar cólicas, melhorar a TPM, a mulher teve uma liberdade maior de se projetar até profissionalmente, de uma segurança maior.

Doutor José Bento: mas você sabe Celina que as primeiras pílulas que foram comercializadas tinham uma quantidade de hormônio muito grande.

Regina Bittar: o que já não acontece hoje.

Doutor José Bento: não, a quantidade de hormônio é mínima e os efeitos colaterais são muito pequenos e hoje nós sabemos que nós temos uma experiência de 50 anos da pílula anticoncepcional e hoje nós sabemos dos benefícios que a pílula causa para mulher. Ela não tem câncer do ovário, são 65% de chances de não o ter quando toma pílula anticoncepcional, tem menos chances de ter cisto, tem menos chances de ter miomas, tem menos chances de ter endometriose que hoje é a maior causa de infertilidade da mulher, endometriose, as mulheres hoje estão deixando para engravidar com 35 anos de idade.

Regina Bittar: é verdade, é verdade, aliás, é o caso da Adriana que está com 31, né Adriana, você ainda não casou, mas você pretende ter filhos, você pretende engravidar?

Adriana Sobral de França, diretora de arte, 31 anos.

Adriana: claro, eu acho que é o sonho de toda mulher, eu acho que é importante para a vida da mulher e do casal também, acho que é legal?

Regina Bittar: mas você está planejando em função da sua carreira?

Adriana: sim.

Regina Bittar: e você pretende ter um parceiro certo e casar?

Adriana: sim.

Regina Bittar: a oportunidade de planejar a maternidade é realmente um avanço no mundo feminino. Mas a gente vai falar do uso da pílula como uma terapia para a TPM e uma série de outras coisas sem ser o uso anticoncepcional. Mas eu queria perguntar também antes de a gente finalizar esse bloco. Eu queria perguntar para você Zilda, você está com 50 anos, você sentiu a diferença da conquista da mulher através da descoberta da pílula?

Zilda Marlene Costa, Gerente de produto, 50 anos.

Desde que eu comecei a minha vida sexual até eu ter a minha primeira filha e operar depois de ter a segunda, então a pílula me acompanhou até os meus 38 anos, que eu tive a minha filha com 38 anos e para mim foi um marco porque eu pude fazer o que eu quis, eu me formei, eu me programei na minha carreira, eu me programei para casar e ter filhos e foi graças a pílula porque senão eu teria que ficar naquela neura de tabelinha e tem coisas que nunca dá certo.

Regina Bittar: então você já é de uma geração que faz parte do início da pílula e você utilizou a pílula para se planejar e você queria engravidar e tomou a vida inteira?

Zilda: claro, a vida inteira até não precisar mais.

Regina Bittar: então você acha que isso faz uma diferença total?

Zilda: sim, sim. Quando eu comecei a tomar pílula tinha o problema de muito hormônio e eu me adequava, então hoje eu acho que está muito melhor. Eu aconselho que usem.

Regina Bittar: e Sílvia, essa mudança no dia a dia da mulher teve conquistas muito grandes em função da pílula. Você acha que a mulher está de igual para igual com o homem no universo do trabalho?

Sílvia Ormelezzi, publicitária, 24 anos.

Sílvia: eu acho que há muita diferença em relação ao salário e até mesmo do cargo a ser ocupado nas empresas.

Regina Bittar: você sente ainda a diferença, você sente que existe?

Sílvia: existe.

Regina Bittar: Ana eu queria perguntar para você. Ana você está com 31 anos, acabou de ter neném agora e está em licença maternidade agora. A licença maternidade é uma conquista para mulher, é uma conquista no universo feminino. Isso é bom, é ruim, tem um lado de preconceito nas pessoas na hora da contratação em função disso?

Sílvia: sem dúvida é muito importante para a mulher, muito bom.

Regina Bittar: para sociedade, para mulher.

Ana Barcelos Antoniazzi, diretora de contas, 31 anos.

Ana: sem dúvidas. O direito de você escolher se quer voltar a trabalhar ou não é muito importante, mas também tem o lado negativo porque acaba sendo custoso para as empresas, então é sem dúvidas um ponto para hora da contratação, principalmente a partir dos 30 anos que se espera que, não tem tanta cobrança, mas quando você chega ali entre os 30, 35 já sabe que em algum momento isso vai acontecer, então com certeza acaba sendo negativo também.

Doutor José Bento: eu acho que a Ana tem razão, é um ponto negativo. Mas um bom profissional, a mulher sendo uma boa profissional a empresa fica esperando de braços abertos, isso que é verdade.

essa, acho que isso é um ponto, quando você mostra. Por que não? Se você tiver resguardado, que você pode voltar quando quiser e na hora da constatação eu acho que faz diferença sim.

Doutor José Bento: é responsabilidade do próprio empregador saber, dar uma contribuição a sociedade porque é importantíssimo a presença da mãe do lado do recém-nascido porque a gravidez continua só não está dentro do útero, está fora do útero, mas para amamentação, para atenção, nada como a mãe.

Regina Bittar: e você Tayane como representante da nova geração o que você acha que falta ainda para mulher conquistar?

Taiane Brito Ângelo, 15 anos.

Taiane: muita coisa ainda, a mulher ainda precisa conquistar mais o seu espaço, provar mais que ela tem um pouco mais de capacidade como homem, mas isso é com o tempo, como no caso dela que era diferente e mudou muito e daqui para frente vai mudar muito mais ainda.

Regina Bittar: tem muita coisa pela frente.

Taiane: muita coisa.

Regina Bittar: e no próximo bloco nós vamos falar sobre o uso da terapia hormonal e da TPM na vida da mulher.

31) Menopausa - O avanço da medicina na vida da mulher - Bloco 4 – Gineco

Enviado em 23 de abr de 2010

Visualizações:23802

Tempo: 9:59

Programa expressão feminina
Regina Bittar- apresentadora.

Regina Bittar: nesse último bloco nós vamos continuar conhecendo um pouquinho mais das nossas convidadas. Bom Zilda, agora é com você eu queria saber quais os exames de rotina que você está fazendo para se cuidar, para controlar porque você está entrando na menopausa, o que você tem feito?

Zilda: eu vou periodicamente ao ginecologista a cada 6, 8 meses e exames eu fiz a mamografia.

Regina Bittar: fez como, foi a primeira ou não?

Zilda: foi a primeira, está tudo ótimo.

Regina Bittar: você não gosta muito de ir ao médico?

Zilda: não gosto de remédio, não gosto de ir ao médico, mas graças a Deus tenho uma saúde ótima.

Regina Bittar: mas doutro Jose Bento quais são os exames que ela deveria está fazendo e quando a gente precisa começar a fazer com periodicidade de 6 em 6 meses os exames femininos?

Ninguém gosta de ir ao médico, muito menos tomar remédios né Zilda. Mas precisa ir e a mulher sabe disso. O homem é muito mais difícil, eu acho que o homem é que não vai ao médico até para o urologista que ele precisar ir depois dos 50 anos é o terror do homem. Mas a mulher tem muito temor do câncer de mama, então por isso que procura fazer a mamografia como a Zilda fez e deve mesmo começar a fazer a partir dos 40 anos de idade se não tiver nenhuma incidência na família, se não tiver nenhum caso na família a partir dos 40 anos de idade anualmente fazer a mamografia. Existe uma coisa que mata muito mais do que câncer de mama na mulher e sabe o que é que é a osteoporose.

Regina Bittar: nossa, doutor! A osteoporose?

Doutro Jose Bento: a osteoporose, como a osteoporose vai matar a mulher, não é um problema ósseo, não cria poro no osso, não quebra o osso? Exatamente. E sabe qual é um dos ossos que mais quebram? É o fêmur. E quando quebra o fêmur 30% das mulheres que quebram o fêmur morrem no primeiro ano depois da quebrada do fêmur de embolia porque elas ficam acamadas, não podem se movimentar e aí pode surgir então essa embolia. 30%, e tem muitas mulheres morrendo de osteoporose e a causa mesmo não é a fratura e sim a osteoporose. Existe uma coisa também que mais mata mulheres no mundo do que a osteoporose e câncer de mama. Sabe o que é? As doenças cardiovasculares, então a mulher tem medo do câncer de mama, mas não faz atividade física, não toma cuidado com a sua alimentação e não frequenta o cardiologista.

Regina Bittar: a mulher tem uma vida mais sedentária que o homem?

Doutor Jose Bento: a mulher tem uma atenção maior quanto a sua saúde, então ela procura ficar mais ativa, mesmo porque em questão de tempo ela consegue administrar melhor e as empresas sabem disso tanto é que as empresas estão contratando mais mulheres em cargos de chefia porque sabe que a mulher sabe administrar a casa, a mãe, o filho, o marido, então ela consegue fazer todas essas e ela consegue fazer essa administração e é isso que ela faz numa indústria, por exemplo numa empresa, então ela sabe administrar a sua saúde, o seu tempo, então ela procura fazer mais atividade física, mas basicamente o que ela deve fazer é um exame clínico e pelo menos uma vez por ano ir ao ginecologista e aí o ginecologista vai orientar de acordo com a idade que tipo de exame ela irá fazer.

Regina Bittar: e você Celina, eu queria saber de você, no seu caso da terceira idade porque você está com 57 então você está entrando que eu não sei se é desejada ou temida. O que para você é envelhecer bem?

Celina: eu quero dizer o seguinte que eu acho que estou entrando na melhor idade e para mim ela é muito bem-vinda porque não existe mais uma menstruação, eu já tenho as minhas filhas criadas, então eu já não tenho certas preocupações nesse sentido, então eu sou uma mulher que trabalho, eu pratico esportes, faço ginástica e sou sexualmente ativa. Então eu acho que estou na melhor idade, mesmo porque na minha cabeça eu não estou com 57 anos, na minha cabeça eu estou com 35, 40, então para mim é a melhor idade e deveria ser para todas as mulheres.

Adriana: eu tenho medo de envelhecer.

Regina Bittar: você tem medo de envelhecer Adriana depois desse exemplo maravilhoso?

Adriana: é um exemplo ótimo, eu estou vendo esse exemplo para mim e de outras pessoas que eu conheço, mas é estranho você passar dos 30 e dizer “nossa! Ainda tem mais um pedaço

Doutor Bento: Então Adriana, eu acho que o envelhecimento para nós é um presente. Nós vivemos em 2010 e você com 30, eu com 50, a Celina com 57 nessa alegria toda, nessa saúde toda que ela tem. Na Roma antiga a gente atingia os 17 anos, então a gente era pó se vivesse na Roma antiga e toda essa viagem de casar e ter filhos tinha que fazer em 17 anos. Em 1930 tão pertinho da gente a 40 anos de idade, então hoje a gente vive até os 90, então a Celina pode fazer uma viagem com 57 para onde ela quiser, vai para o Egito, vai para o Marrocos, vai para o Japão, vai para onde ela quiser, ela faz o que quiser, tanto que o conceito de saúde hoje mudou muito.

Regina Bittar: eu queria te perguntar qual o conceito de medicina de envelhecer bem?

Doutor Jose Bento: não é só não ter doença, é ter qualidade de vida, então é gostoso você ter a maturidade de 57, mas num ânimo, num corpo, numa vivacidade de 30. Esse é o ideal. Mas para isso se precisa trabalhar. Ela não acordou e está com esse corpão aí, está bem, está ótima.

Regina Bittar: você malha, né?

Doutor Jose Bento: tem que fazer atividade física.

Celina: eu não malho muito não, eu faço caminhada.

Doutor Jose Bento: com isso você afasta as doenças da terceira idade que são: hipertensão arterial, obesidade, diabetes, porque apesar de a gente está vivendo 90 anos a incidência continua a mesma de hipertensão arterial, mas para as pessoas que não se cuidam. A partir do momento que você se cuida você pode chegar até os 80, 90 anos de idade muito bem, então tem vários exemplos que a gente vê por aí de pessoas que estão ótimas vivendo muito bem por aí com 60, 70 anos de idade.

Regina Bittar: mas doutor tem uma coisa que pode prejudicar isso e eu queria voltar a falar disso. Eu sinto que a Adriana com a pressão dos 30 anos, com carreira e eu sinto que a mulher alcançou vários papéis na sociedade, hoje ela é mãe, mulher, esposa, é uma profissional de sucesso, ela tem vários papéis na sociedade causa uma pressão e um stress maior e eu queria saber as consequências disso no envelhecimento, na vida da mulher, na qualidade de vida da mulher e o que pode ser amenizado, o que a gente pode fazer para amenizar isso?

Doutor Jose Bento: quando você tem muito stress sua adrenal começa a produzir uma quantidade muito grande de hormônio que é o cortisol, esse cortisol uma das funções dele é ocupar os receptores de progesterona que é o hormônio feminino e ocupando os receptores de progesterona não tem para onde ir, ocupa os receptores e acaba na TPM que é exatamente o que a Adriana tá tendo, então aumenta o stress aumenta a tensão pré menstrual e não é só isso esse stress também vai criando no nosso organismo uma inflamação, uma inflamação subclínica que é detectada através de exames, mas que a gente não percebe. E essa inflamação subclínica diminui o sistema imunológico aí você fica mais sujeita a câncer, você fica mais sujeito a infecções, você fica mais sujeita as modificações hormonais, então nós precisamos diminuir esse cortisol, nós precisamos diminuir esse stress. E como a gente faz isso? Atividade física, namorando, passeando.

Regina Bittar: trabalhando a cabeça também. Você não é estressada não é Zilda?

Zilda: eu não.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Celina: mais ou menos. Eu sou muito agitada, mas estressada não, não.

Regina Bittar: bom, o nosso programa de hoje vai ficando por aqui. Eu agradeço a todos vocês pela presença, foi muito gostoso o nosso bate papo, foi muito bom está aqui com vocês. Obrigado. Mas antes de terminar eu gostaria de perguntar ao doutor José Bento das publicações que o senhor tem, quais são elas?

Doutor Jose Bento: eu tenho um livro sobre a história da anticoncepção que tem toda essa história da pílula anticoncepcional e todos os fatos curiosos que a história nos conta, tenho um sobre gravidez e um muito interessante sobre TPM. TPM é muito interessante. São todos publicados pela aquela Editora Alaude, então se alguém se interessar é: www.alaude.com.br

Regina Bittar: Alaude.

Doutor Jose Bento: ou através do meu site Dr. José Bento.com.br.

Regina Bittar: mas o senhor tem o da menopausa?

Doutor Jose Bento: tenho, tenho também o da menopausa.

Regina Bittar: quantas publicações no total?

Doutor Jose Bento: já tenho 10 livros publicados.

Regina Bittar: 10 livros, então vai dar uma relação você entra no site e procura www.drjosebento.com.br porque vale a pena. E eu te espero no próximo programa.

32) Bayer promove evento para comemorar o Dia do Homem 2015

Publicado em 4 de set de 2015

Visualizações: 235

Tempo: 2:27

Jornal da Band- Boris Casoy- apresentador

No dia do homem um dado alarmante 62% dos brasileiros que fazem uso de estimulantes sexuais não buscam orientação médica, e o mais grave metade dos homens nunca foi ao urologista.

Homens fogem do urologista

Tanta informação disponível e o tema ainda é tratado como tabu.

Jornalista: você já falhou alguma vez na hora H?

Homem I: que pergunta mais indiscreta.

Homem II: não, não, até agora não.

ia não se incomoda em afirmar que já fez usos de

Homem III: um pedacinho é o suficiente, uma vez só.

Jornalista: uma pesquisa feita pela sociedade de urologia em 8 capitais mostra que 62% dos homens que tomam remédios para melhorar a performance sexual fazem isso por conta própria, 39% confessam comparar na farmácia, enquanto 5% confessam adquirir em camelôs.

Alfredo Romero- sexólogo.

Alfredo: A maioria dos homens que nos procuram com uma disfunção erétil já tomaram a maior parte dos comprimidos existentes na praça, em quantidades muitas vezes absurdas. Ele apenas está retardando um tratamento que realmente possa ser feito com efetividade por não procurar ajuda médica.

Luiza Zanchetta- São Paulo

Luiza: metade dos brasileiros ouvidos na entrevista admitem nunca ter ido no urologista, a maioria por falta de tempo, outros por medo de descobrir algum problema de saúde, para mudar essa realidade e despertar o interesse dele em procurar ajuda um mutirão de profissionais oferece atendimento gratuito em uma estação de metrô daqui de São Paulo.

A ação aproveitou o dia do homem para incentivar dezena deles para medir a pressão, o peso, a circunferência abdominal e os níveis de testosterona - hormônio que diminui com o passar da idade. Esses seriam os exames obrigatórios para determinar se o paciente precisa ou não de estimulante sexual, além de uma avaliação psicológica.

Pedro Cortado- médico urologista.

Pedro Cortado: Existem 4 fatores que influenciam na parte sexual. Podem ser fator neurológico, endocrinológico, vascular ou psicológico, então ele precisa fazer uma análise desses 4 fatores para aí sim a gente saber qual é o melhor tratamento do paciente.

33) Bayer para Homens - O que é DAEM? - Dr. Aguinaldo Nardi - CRM 4590

Publicado em 3 de julho de 2013

Visualizações: 1689

Tempo: 2:45

Bayer para homens.

DAEM o que é?

A testosterona é o principal hormônio do corpo do homem, ela é responsável pelo desenvolvimento de características masculinas no organismo e pela função sexual, com a chegada dos 40 anos a produção desse hormônio sofre um leve declínio. Porém, fatores como hábitos alimentares e sedentarismo podem agravar essa deficiência. A diminuição do nível de testosterona no caracteriza o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino o DAEM que está diretamente ligado a qualidade de vida do homem.

Dr. Aguinaldo Nard- Urologista.

Dr. Aguinaldo Nard: A diminuição do hormônio masculino no homens pode caracterizar vários

de vida, astenia, cansaço, apatia, diminuição da força e aumento da adiposidade visceral e também distúrbios sexuais como diminuição do desejo e em casos menores impotência sexual ou disfunção erétil como nós preferimos chamar.

Para o diagnóstico do DAEM é necessário mais de um desses sintomas e de exames laboratoriais que comprovem a diminuição da testosterona no organismo.

Tratamento.

Dr. Aguinaldo Nard: o DAEM é tratado facilmente através de uma injeção que pode ser aplicada a cada 3 meses, é uma injeção intramuscular. Esses tratamentos são altamente eficazes e tem muito pouca complicação.

A reposição hormonal supre as deficiências da testosterona no organismo diminuindo os sintomas desse distúrbio, mas fique atento.

Dr. Aguinaldo Nard: é importante salientar que a reposição de hormônio no homem não causa câncer de próstata, mas ela pode muito bem acelerar o crescimento de um tumor caso o paciente tenha, por isso é importante que o homem antes de tomar o hormônio ou fazer qualquer tipo de tratamento procure o urologista.

34) Bayer para Homens - Diminuição da Testosterona - DAEM - Dr. Aguinaldo Nardi - CRM SP 45490

Publicado em 12 de julho de 2012

Tempo: 2: 23

Doutor Aguinaldo Nardi- presidente da associação brasileira de urologia

Doutor Aguinaldo: após os 40 anos de idade o hormônio masculino que se chama testosterona pode diminuir em torno mais ou menos de 1% ao ano, ao redor de 15% dos homens vão sofrer as consequências da diminuição desse hormônio e isso vai levar a um quadro que era muito conhecido como andropausa, cujo o nome está errado porque diferentemente das mulheres que a menopausa faz uma parada da produção dos hormônios nos homens isso não ocorre. Existe só uma diminuição, então o nome correto desse conjunto de sinais e sintomas foi traduzido como distúrbio androgênico do envelhecimento masculino ou DAEM. O DAEM se caracteriza por uma série de sintomas que aparecem no homem e vamos falar de alguns deles aqui: fadiga, mal-estar, desânimo, apatia, algumas vezes depressão, aumento da adiposidade de gordura no abdome formando a barriga, diminuição da massa muscular e principalmente diminuição do desejo sexual e algumas vezes queda da ereção. E esse conjunto de sinais e sintomas quando estiver associado ao baixo nível de hormônio no sangue que é a testosterona é feito então o diagnóstico de DAEM. E quem tem DAEM precisa ser tratado. A reposição da testosterona hoje em dia é um processo seguro, eficaz e com muita tranquilidade o homem pode repor voltando aos seus níveis normais de testosterona e evitando com isso que ocorra queda com fraturas ósseas, diminuição da massa muscular, alterações da memória, alterações espaciais que nós chamamos de alterações cognitivas além de uma qualidade de vida saudável. É benéfica tanto no seio familiar quanto no sentimento de cada um. Todo homem após os 40 anos de idade que tenha algum sintoma deve procurar o médico urologista porque essa reposição de hormônio pode ser muito benéfica e proporcionar uma velhice saudável.