

Saúde e Bem-Estar das Mulheres

Um Potencial a Alcançar

2022

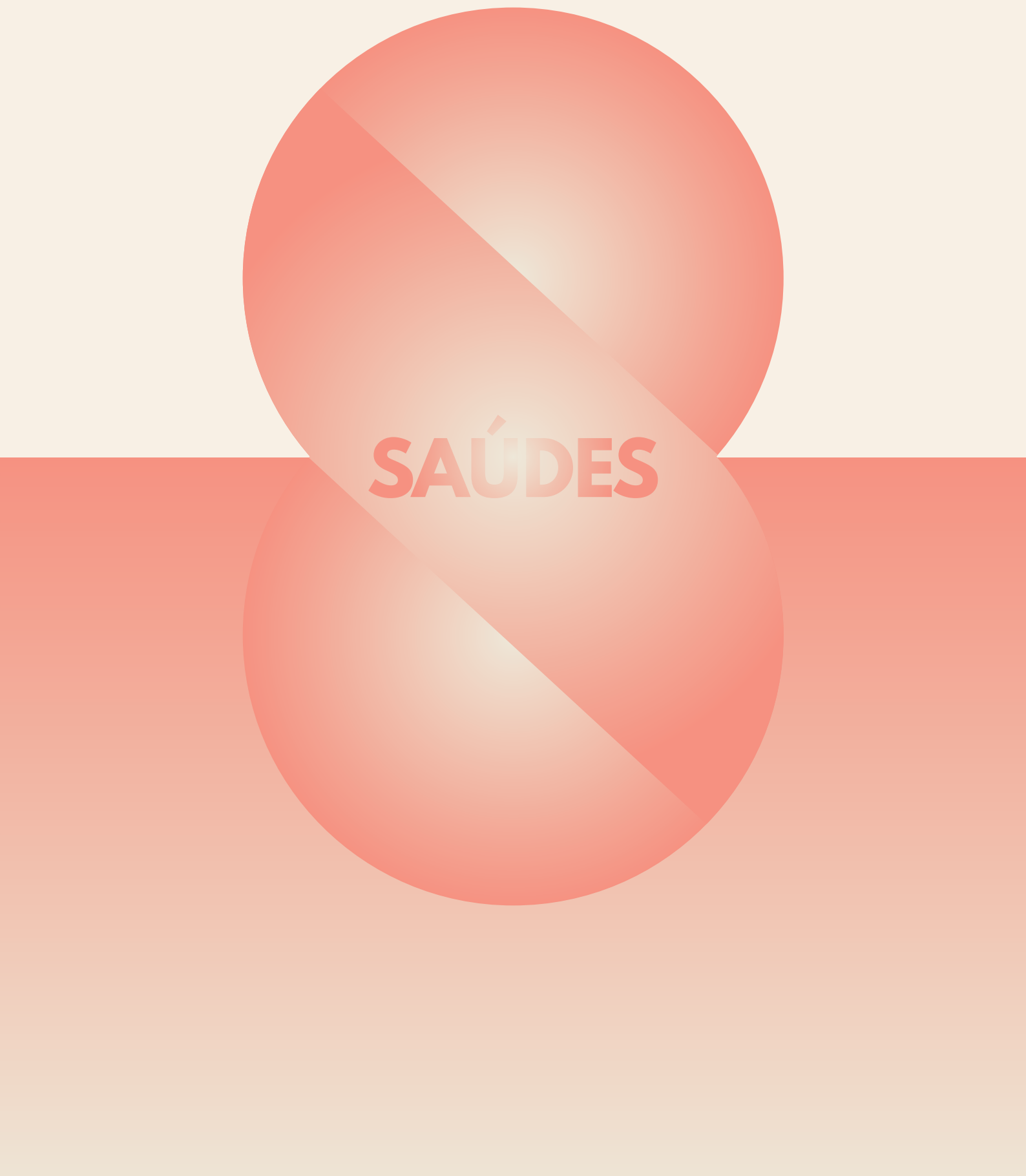


SAÚDES

Saúde e Bem-Estar das Mulheres

Um Potencial a Alcançar

2022



SAÚDES

ÍNDICE

5 NOTA PRÉVIA

6 PREFÁCIO

8 SOBRE A INVESTIGAÇÃO

SAÚDE E BEM-ESTAR DAS MULHERES

1. QUE DÉFICES FACE AOS HOMENS?

10 NA SAÚDE

12 — Na Doença

16 — Na Dor

22 — Na Auto-avaliação de Saúde

26 NO BEM-ESTAR

2. O QUE OS EXPLICA?

44 A SUB-COMPREENSÃO HISTÓRICA

56 A FISIONOMIA DO CICLO DE VIDA

3. COMO PODE SER POTENCIADA?

PERSEGUIR UM POTENCIAL DE BEM-ESTAR

78 — Menstruação

94 — Maternidade

116 — Menopausa

138 — Relação com o corpo

158 ANEXOS QUANTITATIVOS

168 BIBLIOGRAFIA

Nota Prévia

Com o presente estudo que aqui lançamos - “Saúde e Bem-estar das Mulheres, um potencial a alcançar” - damos mais um passo no sentido de realizar a ambição e a vocação do projeto Saúdes.

A eficiência e qualidade do sistema de saúde como um todo depende não apenas das infraestruturas e das capacidades (técnica e humana) instaladas, e do acesso às mesmas, mas também do grau de literacia em saúde. É aí que queremos atuar com o Saúdes. Lançado em 2021, na celebração dos 25 anos da Médis, este projeto nasce da vontade de ativar a nossa missão de “fazer bem à saúde de todos”, dando um contributo útil e relevante na produção de conhecimento e no estimular da reflexão pública sobre o tema da saúde. O seu objetivo é complementar os inúmeros estudos (clínicos e/ou estatísticos), trazendo uma índole mais sociológica e a visão individual e subjetiva, que tanto afeta (e muitas vezes condiciona) o comportamento de cada um no que toca à saúde.

Em Portugal, como em quase todo o mundo, a esperança média de vida das mulheres é maior do que a dos homens. Apesar disso, os dados do “A Saúde dos Portugueses, um BI em nome próprio – 2021”, o primeiro estudo do Projeto Saúdes, mostram-nos que no nosso país as mulheres têm maior prevalência de doença e maior pressão emocional. Tal acontece, também provado pelo referido estudo, apesar das mulheres serem, comparativamente aos homens, genericamente mais vigilantes e mais esforçadas na melhoria da sua condição de saúde. É precisamente deste contrassenso que nasce esta investigação. A coordenação da Return on Ideas, a quem entregámos por completo a condução do estudo, e o acompanhamento científico do Professor Doutor Miguel Oliveira da Silva, a quem muito agradecemos, garantem a excelência e também a independência do trabalho que aqui se apresenta.

Mais do que respostas definitivas, trata-se de uma tentativa de entender e explicar que pode dar-nos, a todos, valiosas pistas para mudar aquilo que a investigação deixa claro: o bem-estar das mulheres apresenta défices face ao dos homens e está aquém do que é possível em diferentes fases do seu ciclo de vida.

**Se mudamos hoje a saúde de amanhã, então,
é hora de nos juntarmos para realizar o potencial
por alcançar que é evidente na saúde
e no bem-estar das mulheres em Portugal.**

Eduardo Consiglieri Pedroso
Chief Healthcare Ecosystem Officer
Grupo Ageas Portugal

Prefácio

Miguel Oliveira da Silva

Professor Catedrático de Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e ginecologista-obstetra no Hospital de Santa Maria. Primeiro presidente eleito do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2009-2015), é coordenador de três projectos sobre saúde sexual e reprodutiva na União Europeia (2003-2010) e vice-presidente eleito do departamento de Bioética do Conselho da Europa (2018-2019).

Saúde e bem-estar não são, em bom rigor, conceitos idênticos - se bem que a clássica e datada definição de saúde da OMS (1948) exalte, como ideal a atingir, um absoluto, nunca existente e nunca possível estado de completo bem-estar físico, social e psicológico.

Neste documento - *Saúde e Bem-estar das Mulheres: um potencial a alcançar* – perpassa uma visão dinâmica da saúde – e é bom que assim seja: na saúde não deve nem pode haver uma visão estática, monolítica, suspensa no tempo e na idade: a saúde é um processo. E há nesta monografia, desde logo, duas perspetivas que se entrecruzam e importa sublinhar.

Em primeiro lugar, estudamos, debatemos e falamos sobre a saúde de mulheres, mulheres no plural, mulheres concretas que contam as suas histórias de vida na primeira pessoa. Em segundo lugar, pensamos a saúde destas mulheres ao longo do respectivo ciclo de vida, tendo a noção e o conhecimento que o ideal de saúde a atingir não pode ser o mesmo, na mesma pessoa, na mesma vida, com o passar dos anos.

O facto de estarem sujeitas a um ciclo de vida mais acidentado (porque reprodutivo) que os homens, não quer dizer que, necessariamente, as mulheres tenham que se “acomodar ao desconforto e normalização do sofrimento”, como nalguns casos indiscutivelmente sucede, por razões culturais, de educação, idiossincráticas, talvez, como se de uma fatalidade, de uma inevitabilidade se tratasse.

Em termos de auto-avaliação de saúde (p. 22) as mulheres pontuam ligeiramente pior que os homens, e consideram-se pouco saudáveis (17% vs. 13%) em maior número; a prevalência da dor crónica é indiscutivelmente superior na mulher (33% vs. 19%); e, em termos de saúde mental, também se prova serem mais propícias a episódios de esgotamento ou depressivos (50% vs. 31%) – sempre olhando o segmento etário entre os 40 e os 74 anos de idade.

Também no bem-estar subjectivo – a partir do indicador aqui desenvolvido – as mulheres apresentam uma desvantagem face aos homens (p. 34), experienciando menos frequentemente, ou de forma mais instável, sentimentos de tranquilidade ou energia e pontuando pior em termos de optimismo ou auto-estima, não obstante as diferenças na forma como homens e mulheres constroem percepções sobre si próprios ou sobre a sua vida.

Quanto à investigação científica há nela, é certo, uma óbvia sub-compreensão histórica: a Medicina, num imenso viés de género, absorveu e reforçou divisões de género socialmente construídas: a maioria dos investigadores e a maioria dos investigados são homens, como se a extrapolação de dados clínicos obtidos em homens para as mulheres não colocasse delicadas questões científicas no dia-a-dia em quem tem, pelo menos até à menopausa natural, grande variação de níveis de hormonas produzidas no hipotálamo, hipófise e ovário.

Este estudo demora-se com detalhe em aspectos essenciais da fisionomia dos ciclos de vida específicos de qualquer mulher (sem equivalente no masculino), como a menstruação, ciclos hormonais, menopausa, envelhecimento, aumento de peso, auto-imagem: tudo aspectos em que abundam inúmeros mitos (“o mito é o nada que é tudo”, como escreveu Pessoa na Mensagem), preconceitos, ideias-feitas que importa desconstruir, como aqui se faz, e bem, em muitos casos.

Começamos pelo princípio: nascem mais homens do que mulheres (51% dos partos são de recém-nascidos masculino), mas estas vivem mais que os homens (a esperança de vida à nascença entre nós é de 83,3 anos para as mulheres e de 77,6 anos para os homens). E, todavia, não quer isto dizer que vivam bem quando envelhecem, sem doenças várias, sem limitações significativas.

Embora a maior capacidade de sobrevivência seja uma característica notável da biologia feminina (quem sabe, uma chave para a longevidade humana), o tema permanece pouco investigado. É ainda hoje bastante especulativo saber por que motivos as mulheres vivem mais que os homens: uns,

num paradigma biológico, defendem que tal é devido a um sistema imunitário (estimulado por hormonas femininas várias, incluindo hormonas específicas da gravidez) mais susceptível de destruir células cancerosas e, assim, conferir maior protecção para determinadas patologias. Outros, num paradigma cultural, tentam explicar a maior e mais precoce mortalidade masculina devido a factores de risco vários e cumulativos: laborais, estilo de vida, alimentação inadequada, maior stress. Porventura, a verdade científica, sempre provisória, estará nos dois lados, interdependentes, e não numa visão isolada.

Sobre a menstruação e menopausa: não há actualmente qualquer razão científica para que continuem a ser vistas com apreensão, ansiedade, temor de sintomas desagradáveis, num quadro mais propício à depressão, instabilidade emocional.

Do ponto de vista clínico e farmacológico é hoje muito fácil aconselhar estilos de vida saudáveis e prescrever medicamentos que impeçam qualquer dor menstrual (quanto mais ter a adolescente e a mulher adulta que enfrentar dor incapacitante de realizar tarefas correntes, por exemplo) - sendo certo que em Espanha existe até já a figura legal de licença menstrual. Quanto à pré-menopausa e à menopausa (última menstruação), as respectivas alterações hormonais e sinais e sintomas associados são também hoje em dia inteiramente fáceis de prevenir, tratar, cuidar, desde logo em consulta da especialidade – o que não quer dizer que estejamos a viver tal situação no concreto, desde logo por dificuldades no acesso.

No caso da mulher ter estado grávida e ter sido mãe, a minha primeira constatação, com décadas de experiência clínica também nestas áreas, é que nenhuma mulher é a mesma depois de ter estado grávida, qualquer que tenha sido o desfecho dessa gravidez.

Desde logo, do ponto de vista biológico: há hormonas específicas que só existem na gravidez e cuja acção benéfica pode persistir por muitos anos e moldar por longo tempo diversos receptores (neuronaes, mamários, por exemplo) e condicionar até comportamentos. Sabe-se há muito que a gravidez de termo antes dos 28 anos de idade protege significativamente contra o risco de cancro da mama, por exemplo.

Claro que a maternidade não é um destino obrigatório de qualquer mulher saudável – é legítimo que uma mulher, que um casal heterossexual, escolha não ter filhos (por razões que seria interessante aprofundar biológica e culturalmente). Mas, na maioria dos casos, estar grávida voluntariamente, ser mãe e amamentar devem ser circunstâncias enriquecedoras na vida de uma mulher, deixando agora de lado o debate sobre se há ou não há da mãe para com o re-

cém-nascido um “amor incondicional espontâneo” (p.96), algo em que as diversas correntes psicanalíticas se disputam.

Em qualquer caso, há que prevenir a normalização do mal-estar, não sendo aceitáveis *a priori* experiências negativas e traumatizante na gravidez, indução do parto, parto, amamentação e da sexualidade no puerpério.

É ainda grande o défice de informação, sobretudo numa primeira gravidez, não sendo satisfeitas muitas necessidades de apoio (p. 107) por deficiente organização e implementação de cuidados de saúde globais e humanizados (e não apenas técnicos) - já para não falar no excruciante debate em curso sobre a prevenção da chamada *violência obstétrica* e discussão de *planos de parto*, no contexto de um novo, dinâmico e necessário equilíbrio entre autonomia materna e bem-estar fetal. Conviria aqui partilhar experiências entre diferentes hospitais públicos, entre estes e os hospitais privados e ainda com outros países europeus.

É certo que nem sempre assim acontece. Por isso, infelizmente, não são poucas as mulheres que sofrem e ficam traumatizadas pela forma como decorreu a respectiva gravidez (mesmo se voluntária), parto, amamentação e maternidade - seja porque os cuidados de saúde não foram os melhores, seja pela dinâmica familiar negativa, entretanto gerada, seja por problemas psicológicos, profissionais, entretanto emergentes ou dominantes.

Portugal sofre hoje de um imenso inverno demográfico, e os 80.000 a 85.000 partos (em 2021 foram apenas 79.500, efeito da pandemia) que temos tido anualmente são claramente insuficientes para compensar o muito maior número de mortos; ninguém inventa a roda: se não queremos viver numa sociedade cada vez mais envelhecida, com velhos cada vez mais doentes, com custos cada vez maiores a diversos níveis, ou a população residente tem mais filhos e mais cedo, e/ou se favorece a imigração jovem, desejavelmente qualificada e integrada social e culturalmente.

Por sobre tudo isto, na maior parte dos casos as mulheres ganham peso ao envelhecer e 2 em 3 delas já sofreram comentários pejorativos. Mas o ganho de peso às vezes nem é tanto como se julga (estando até dentro do adequado índice de massa corporal), sendo certo que, no conflito com o corpo, há um ideal de beleza, uma indústria da beleza que domina estereótipos, uma obsessão com o peso ideal, um culto da magreza.

Outras áreas – como a contracepção e a sexualidade feminina (ver anexo) - são abordadas nesta monografia, através de uma inovadora abordagem transdisciplinar que abarca os principais momentos da vida das mulheres. Eis aqui um excelente estudo que lança inúmeras pistas e não pode deixar de provocar novas iniciativas concretas a implementar.

Sobre a Investigação

Na investigação ‘A Saúde dos Portugueses: Um BI em Nome Próprio’ (2021), que inaugura o projecto SAÚDES, constatarem-se diferenças de género na relação com a saúde. As mulheres revelavam maior prevalência de doença e de descontrolo psicológico do que os homens sendo, ao mesmo tempo, quem mais vigiava a sua saúde; as mulheres registavam também uma ‘esperança média de vida’ superior, mas eram penalizadas no indicador de ‘esperança média de vida saudável’. As contradições levantaram uma série de questões:

«Poderão os aspectos biológicos e a vida sexual e reprodutiva das mulheres, por si só, explicar o desvio da sua saúde em relação à dos homens? Serão outros factores relacionados com o seu papel na família, nomeadamente o esforço superior que empregam em tarefas domésticas e no apoio a terceiros, que prejudicam a sua saúde? Ou haverá, como alguns investigadores sugerem, uma desvalorização histórica da saúde integral da mulher, ou mesmo, uma conotação de fraqueza que leva a que, não só os profissionais de saúde, como as próprias mulheres se revejam nesse lugar de (maior) fragilidade?»

Assim nasce a presente investigação, que pretende construir um novo olhar sobre a experiência feminina da saúde e, dessa forma, mobilizar a sociedade para soluções e narrativas que contribuam para o aumento de bem-estar das mulheres em Portugal.

Apesar de incidir sobre mulheres, e não sobre diferenças de género, o estudo envolveu perceber distâncias entre homens e mulheres. Em termos de incidência de doenças, de quadros de dor e de auto-percepção de saúde, confirmam-se os défices face aos homens. Em termos de atitudes e comportamentos, em relação à saúde em geral ou a doenças específicas, a comparação entre géneros revelou-se inconclusiva pelo difícil que se torna isolar o tema do género da história de cada um. A personalidade e a biografia de cada pessoa parecem mais determinantes que o género na relação com a sua saúde.

Várias investigações sugerem que as diferenças encontradas entre os cérebros da mulher e do homem são apenas resultado de sermos todos únicos. Pesquisas feitas em rapazes e raparigas revelam poucas diferenças psicológicas entre os sexos e assinalam que tais diferenças resultarão mais da cultura do que da biologia. As grandes questões sobre a influência do sexo na saúde continuam a não ter resposta e, sobretudo no que respeita às diferenças biológicas que explicam comportamentos e aquilo que o cérebro estará mais programado para fazer, ainda estamos no campo da especulação.

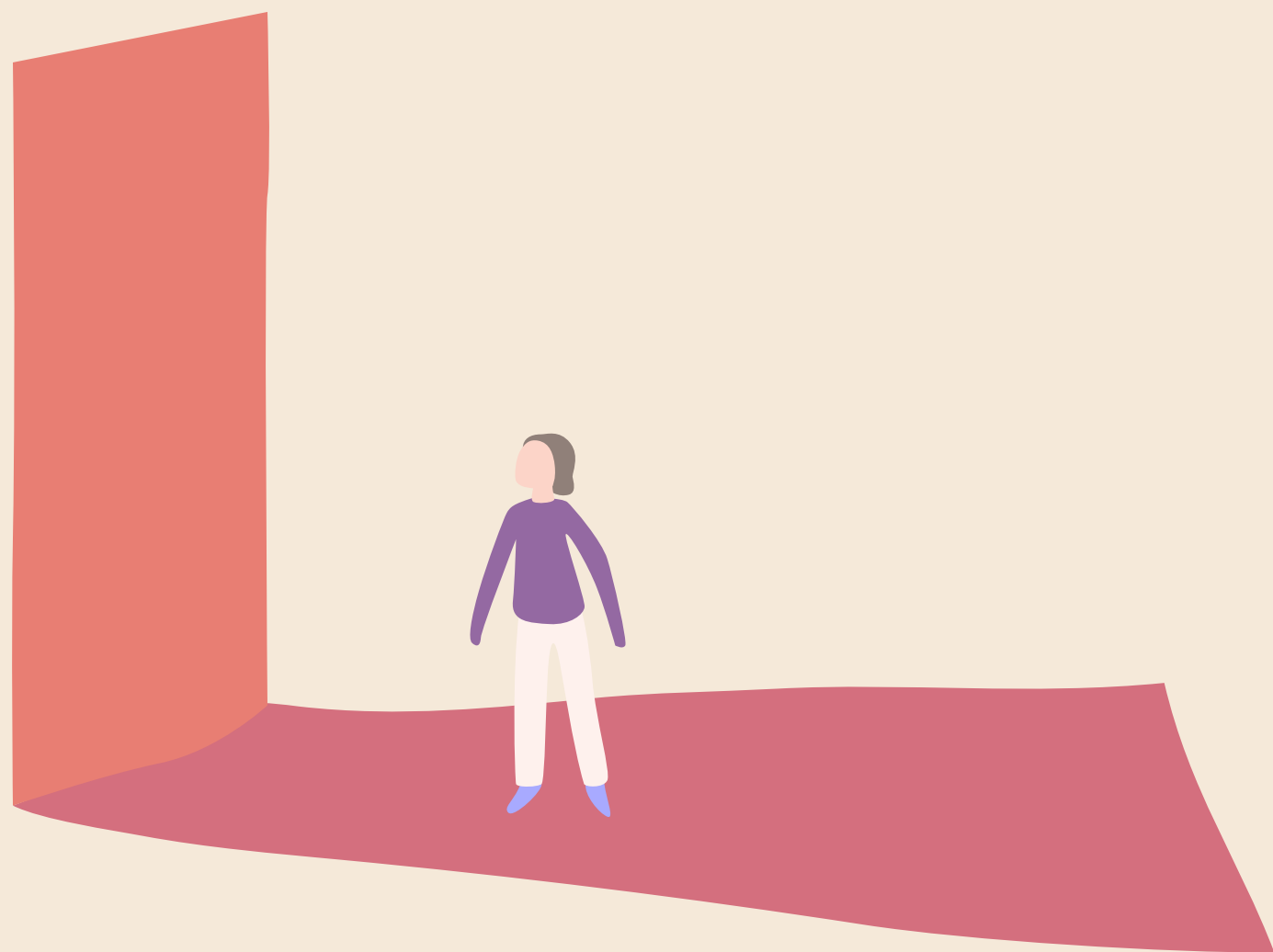
Por mais que tenhamos presente esta proximidade entre os sexos, o facto é que, se pretendemos melhorar a saúde e bem-estar das mulheres, temos de perceber como é afectada pelas diferenças biológicas e pelos estereótipos de género a que está exposta e dos quais ainda não está socialmente desvinculada. Aí estão explicações para as distâncias na saúde entre os sexos, mesmo que alguns resultados nos deixem em campos cinzentos.

Esta investigação tem dois propósitos: por um lado, compreender melhor as variáveis objectivas e subjectivas que podem explicar o diferencial de saúde entre os sexos e, por outro, perceber o que pode estar a contribuir para tão pouca ambição em relação ao bem-estar das mulheres, designadamente entre as próprias.

A intenção não é fazer um retrato da saúde das mulheres portuguesas à data nem compreender um desafio de saúde específico, mas oferecer uma visão sobre a saúde das mulheres ao longo do seu ciclo de vida. Com esta abordagem pretende-se identificar os momentos em que as mulheres (por serem mulheres) tendem a sentir-se mais fragilizadas, perceber os aspectos que mais contribuem para essas bolsas de mal-estar e sugerir espaços de actuação para potenciar o seu bem-estar.

NOTA DE LEITURA:

Para analisar distâncias entre os sexos, foi introduzido na amostra um grupo de controlo de homens entre os 40 e os 74 anos, de forma a ter uma população naturalmente representativa de homens portadores de doença. Embora a amostra de mulheres seja representativa da população entre os 20 e os 74 anos, por correcção de análise, sempre que o objectivo é a comparação entre sexos, recorre-se a uma sub-amostra de mulheres entre os 40 e os 74 anos.



Que défices face aos homens?

Na Saúde

O déficit na doença

Em quase todo o mundo, as mulheres vivem mais do que os homens. A esperança de vida à nascença é de 83,3 anos para as mulheres e 77,6 para os homens portugueses.¹ Um recém-nascido do sexo feminino é estatisticamente mais resistente do que um do sexo masculino; estima-se que os rapazes têm um risco de morte 10% superior ao das raparigas. Esta capacidade de sobrevivência acompanha a mulher ao longo da vida e acentua-se na velhice; nas listas de super-centenários disponíveis, as mulheres superam muito desproporcionalmente os homens. Alguma coisa no corpo e na psicologia da mulher torna-a naturalmente melhor concebida para sobreviver.

Para além da cultura, que induz mais os homens a comportamentos de risco, têm-se procurado respostas para essa diferença de sobrevivência na biologia. Uns sugerem que ter duas versões de um gene (cromossoma x) pode proteger as mulheres de algumas doenças. Outros defendem que é possível que as alterações hormonais que afectam o sistema imunitário da mulher durante a gravidez também funcionem durante o seu ciclo menstrual.

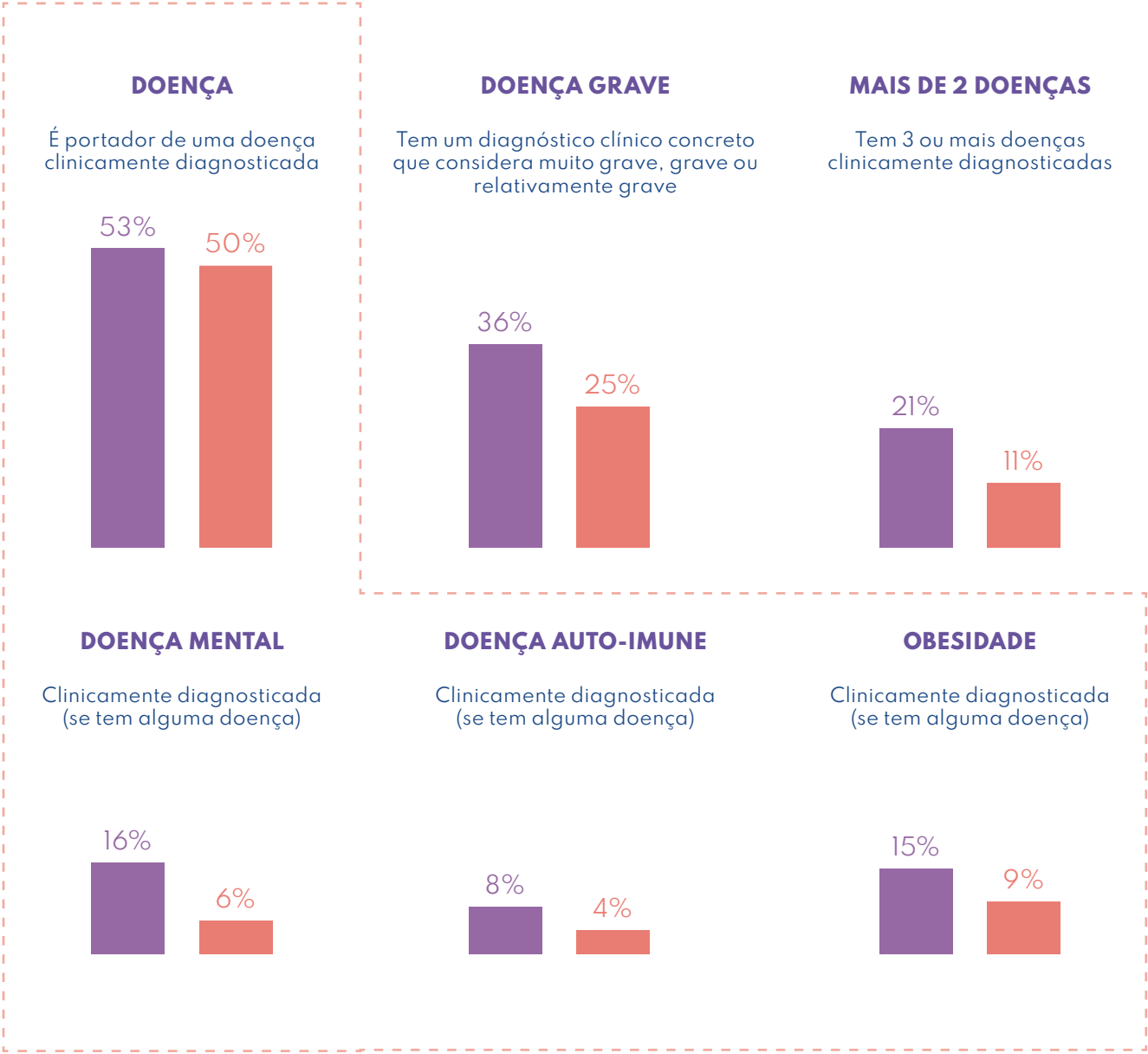
Embora faltem estudos, o que essa hipótese sugere é que, por poderem engravidar, as mulheres têm uma resposta imunitária mais robusta. Não significa que não adoçam, mas que as doenças não as matam com a mesma facilidade ou rapidez com que matam os homens. Isso poderia ser uma explicação (para além dos hábitos de consumo de álcool e tabaco) para o facto de o número de vítimas mortais da Covid'19 ser mais elevado entre os homens (76,4 vs. 62,5 por 100 mil habitantes) e de estes terem morrido mais cedo (79,9 vs. 83,4 anos).²

Apesar de terem uma maior esperança média de vida, as mulheres não são mais saudáveis que os homens. Pelo contrário, estatisticamente elas adoecem mais e, com frequência, mais gravemente.

Na população idosa, a percentagem de mulheres que tem pelo menos uma limitação em actividades habituais de cuidado pessoal ou doméstico é sempre superior à dos homens, sendo Portugal o país da UE onde a diferença entre homens e mulheres é maior (68% das mulheres vs. 53% de homens com 65 ou mais anos).

As mulheres também tendem a ter doenças mais dolorosas nos músculos e nas articulações. Entre outras causas, esses males podem estar relacionados com o custo físico da gestação ou com as mudanças hormonais da menopausa, que as mulheres suportam. Sabe-se ainda que tendem a ser mais lentas a processar comida nos intestinos, a ter uma percentagem maior de massa gorda e menor altura do que os homens, o que eventualmente as torna num alvo mais fácil para determinadas patologias.

Prevalência de doença



Q: Tem alguma doença clinicamente diagnosticada?



Mulheres
40 a 74 anos
N=478



Homens
40 a 74 anos
N=253

45%
N=707
das mulheres tem pelo menos uma
doença clinicamente diagnosticada

¹ Dados Pordata
² Óbitos em que a causa básica de morte, ou seja, a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte, foi a doença Covid'19, no ano 2020, INE

Alguns investigadores acreditam que parte da razão pela qual há mais mulheres em más condições de saúde pode estar no facto de as mulheres terem sobrevivido em condições que teriam morto os homens e, portanto, os homens equivalentes já morreram.

Por outro lado, um sistema imunitário mais poderoso será mais susceptível de atacar as próprias células, tornando as mulheres mais propensas a doenças auto-imunes ou a desenvolver sintomas mais severos perante uma infecção.

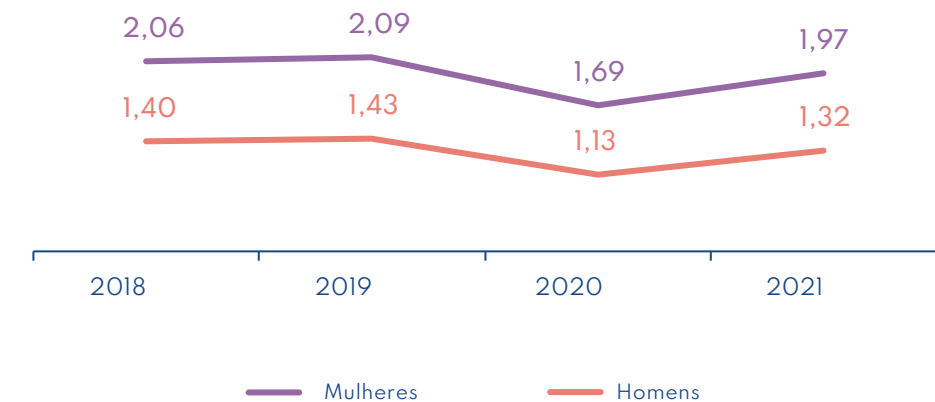
Independentemente das hipóteses que se avançam, cada vez mais se consensualiza que não é possível isolar os aspectos biológicos dos outros efeitos que influenciam a saúde. As condições de vida, a educação e o ambiente podem ter um impacto muito maior na saúde do que a biologia. Uma mulher a adiar a ida ao médico quando sente dores no peito é mais o produto de uma cultura que enfatiza os problemas cardíacos nos homens do que um viés biológico; uma mulher que sacrifique o seu jantar para que o marido e os filhos comam melhor não está a obedecer a uma instrução genética, mas a um impulso socialmente construído.

No presente estudo, confirma-se a existência de uma diferença de género na saúde, em prejuízo das mulheres, no que respeita a dor crónica, doenças crónicas ou doença mental. E embora seja perceptível uma tendência para estarem mais atentas à sua saúde, não parecem ceder mais do que os homens ao estatuto da doença.

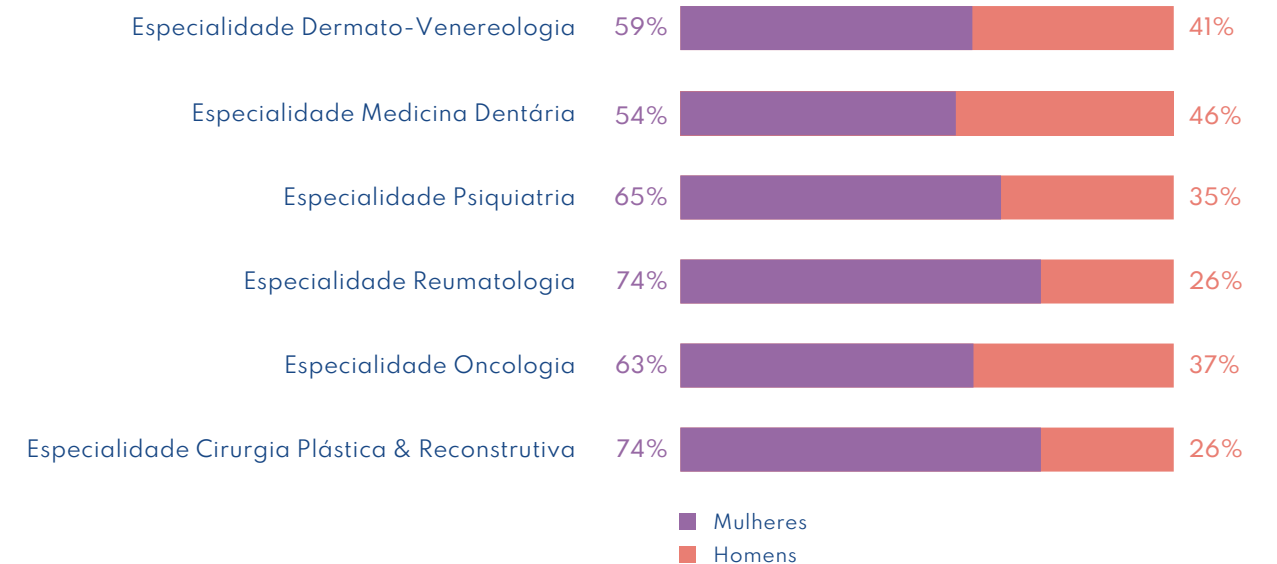
As mulheres mais vigilantes da sua saúde

Clientes Médis: análise de actos clínicos com recurso a seguro de saúde

Número médio de consultas de especialidade (Mulheres vs. Homens)



Distribuição de homens e mulheres por consultas por especialidade (dados 2021)



Fonte: dados internos Médis

O défice na dor

Num estudo conduzido em Portugal¹, estima-se que cerca de 37% da população adulta portuguesa tenha dor crónica. O estudo expõe uma distribuição desigual da prevalência da dor, indicando que perto de 46% das mulheres e 27% dos homens adultos terão queixas de dor compatíveis com a definição de dor da IASP [“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em tais termos”].

Neste estudo, à questão “sofre de alguma condição de saúde que provoque dor crónica ou prolongada, i.e., uma dor recorrente ou que persista durante meses ou anos?” responderam afirmativamente 33% das mulheres e 19% dos homens entre os 40 e os 74 anos.

Vários estudos sustentam que a dor afecta mais mulheres do que homens. As mulheres têm um risco aumentado de desenvolvimento de dor crónica, estão sujeitas a quadros de dor predominante ou exclusivamente femininos (quando ligados a patologias relacionadas com a saúde feminina, como a endometriose) e, mesmo nalgumas patologias não ligadas ao sexo feminino – enxaqueca, fibromialgia, articulação temporomandibular, síndrome de intestino irritável, entre outras –, a prevalência de dor é superior nas mulheres.

Sendo influenciada por aspectos biológicos, psicológicos e emocionais, a dor é um conceito de difícil definição e avaliação. A forma como cada pessoa percebe e lida com a dor está intimamente ligada não só à sua saúde física, mas também à sua saúde mental e à sua forma de viver o mundo. Onde, a maior vulnerabilidade feminina à depressão

são ou estados de ansiedade (que o presente estudo confirma) acrescenta às explicações para as mulheres revelarem mais sintomas de dor.

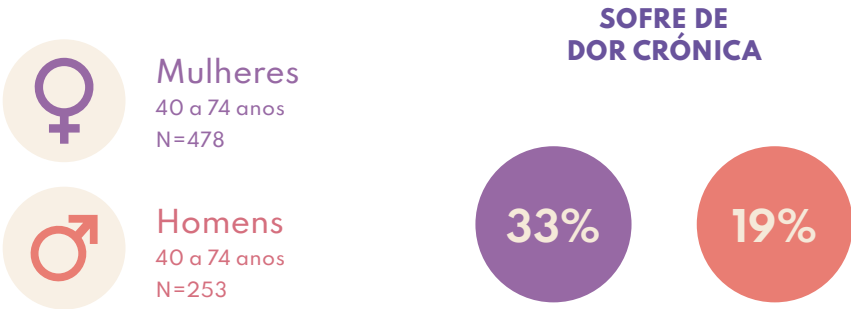
Do que é possível aferir, há diferenças entre os géneros na própria experiência da dor. As mulheres, em geral, são mais sensíveis à dor quando submetidas a testes em laboratório. Os fenómenos psicológicos e sociológicos, assim como as hormonas (ou a interferência do ciclo menstrual), são mecanismos que parecem explicar, pelo menos em parte, essas diferenças.

Finalmente, a manifestação da dor será diferente entre os géneros. Por um lado, é possível que a sensação de dor seja de facto diferente. Estudos sugerem sensações mais neuropáticas [i.e., que afecta os nervos ou o sistema nervoso periférico] na experiência de dor das mulheres, levando a descrições de dor mais exuberantes. A dor “afiada”, “aguda”, “cortante” [“como se fosse uma faca a espetar-se”] foram expressões que surgiram espontaneamente nos relatos de dor de diferentes mulheres entrevistadas.

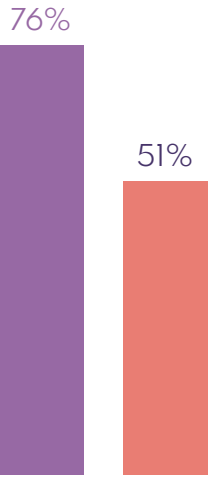
Por outro lado, o ajustamento a normas de género, que estabelecem que o homem deve ser estóico e tolerar experiências dolorosas e a mulher mais sensível, condicionam a abordagem à queixa da dor. No caso masculino, levando a que a dor seja menosprezada pelo paciente. No caso feminino, a associação da mulher à fragilidade física e psíquica, pode levar a que as suas queixas sejam desvalorizadas pelos próprios médicos e sub-tratadas. Vários estudos identificam este viés, particularmente na dor aguda; no nosso estudo, as mulheres que sofrem de dor crónica reconhecem bastante mais que as suas queixas já foram desvalorizadas por algum médico ou profissional de saúde (22% “muitas vezes”, vs. 13% da amostra global).

¹ Epidemiologia da Dor Crónica, de Luís Filipe Azevedo, referido por Dr^a Ana Pedro, presidente da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) a quem foi feita uma entrevista no decurso da investigação para sustentar as ideias aqui explicitadas

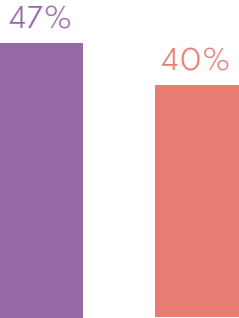
Mulheres Vs. Homens 40 a 74 anos



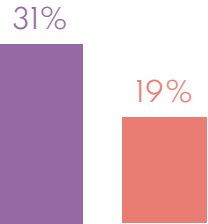
SENTIU DOR RECENTEMENTE (no próprio dia ou no mês anterior)

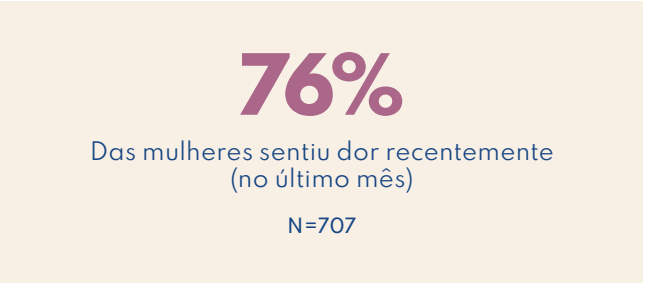


2 OU MAIS DORES se tem dor crónica ou admite dor recente (N=502)

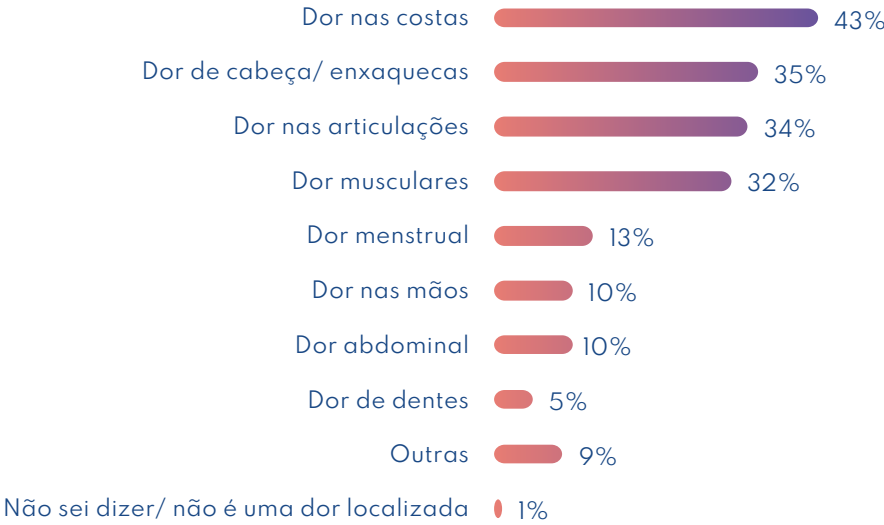


DOR INTENSA, MUITO INTENSA OU INSUPORTÁVEL se tem dor crónica ou admite dor recente (N=502)

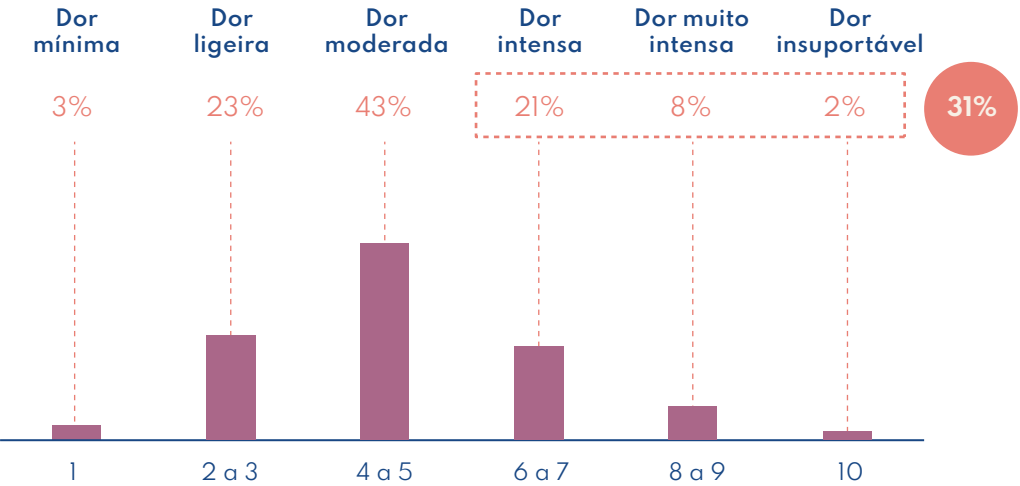




Que tipo de dor?
N=544

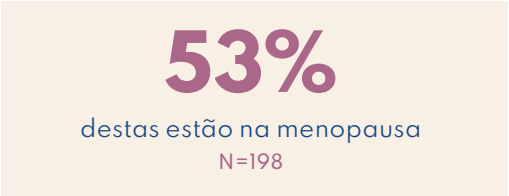
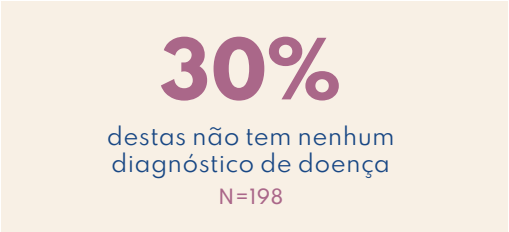


Qual o grau de intensidade da dor que refere?
(N=544, escala de 1 a 10)

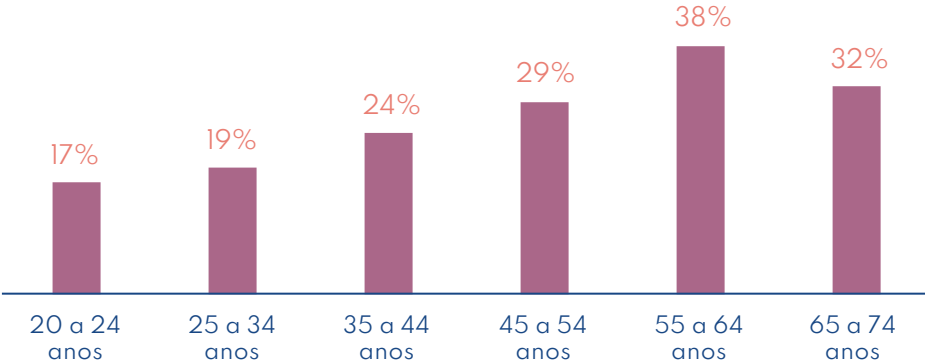


Dor Crónica

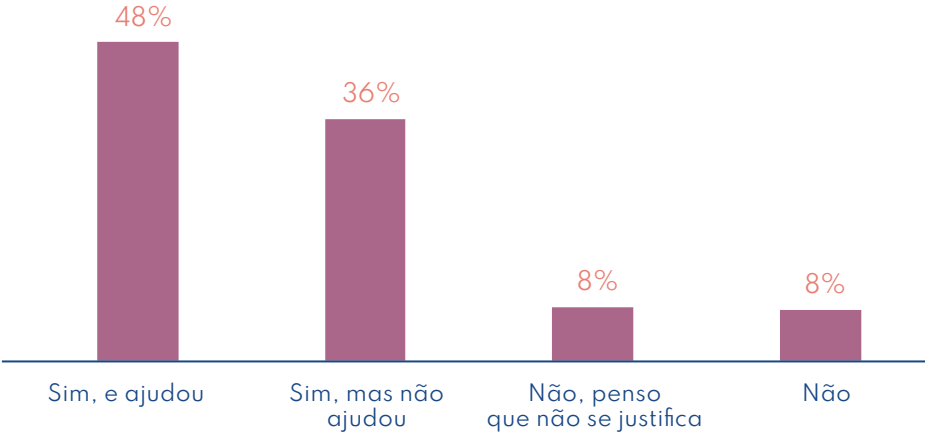
N=707



Q: Sofre de alguma condição de saúde que
provoque dor crónica ou prolongada. i.e.
uma dor recorrente ou que persista durante
meses ou anos?



Procurou ajuda de profissionais para tratamento/ alívio da dor?
N=198

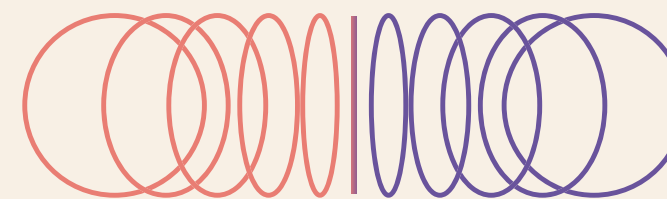


Nas conversas tidas com mulheres, a dor surgiu com uma frequência inesperada. Foram vários os relatos de mulheres que falaram de dores que as acompanham ao longo de anos, muito para além de eventos em que ela é expectável e, em vários casos, tendo começado antes da menopausa, altura em alguns tipos de dor se tornam mais frequentes.

Em inquérito, 28% das mulheres portuguesas reconhece viver com dor cronicamente.

Seja porque a dor ainda é negligenciada por parte das mulheres e de alguns profissionais de saúde, seja porque se torne difícil actuar sobre a sua causa, porque faltem terapêuticas no âmbito da saúde pública ou porque as próprias mulheres sejam relutantes na toma de analgésicos, muitas queixas de dor parecem estar a ser inadequadamente tratadas.

O resultado é a acomodação ao desconforto e a normalização do sofrimento.



“Tenho uma hiperlordose lombar, uma esclerose cá em baixo e outra cá em cima. Eu já estou tão habituada a dores, aos 16 anos soube que tinha este problema. (...) A partir daí, foi aprender a viver com dores.”

M, 53 anos, divorciada, 3 filhos, na menopausa

“Eu não vou dizer que sou 100% saudável, tenho muitas dores. Há dores que eu consigo controlar com medicação e há outras que são diárias. Vivo com elas, aceito-as. São dores físicas, na coluna, porque eu trabalho muitas horas, 12, 14 horas por dia. Mas tenho outro tipo de dores... as dores da alma, que são as dores das emoções que carregamos ao longo da vida e que nunca foram tratadas, e que depois também se reflectem nas dores físicas.”

M, 60 anos, divorciada, 1 filho, na menopausa

“Descobri que tinha fibromialgia, tomo muita medicação, tenho dores horríveis de vez em quando. (...) Trabalho normalmente, não tenho nenhum horário em especial... há dias em que quase não me consigo mexer, mas a maior parte das pessoas não sabe. A única pessoa que realmente percebe que eu tenho dores é o meu marido.”

M, 53 anos, união de facto, sem filhos, na menopausa

“Já é do tempo das nossas avós. Eu se tenho dores, aguento as dores, mas pela minha médica eu todos os dias tomava um comprimido para as dores. Não tomo, depois vamos aumentando as doses e ficamos viciadas naquilo.”

M, 57 anos, casada, 1 filho, na menopausa

O défice na auto-avaliação de Saúde

Na investigação “A Saúde dos Portugueses, um BI em nome próprio”, foi criado um Indicador a partir da auto-apreciação que cada pessoa faz do seu estado de saúde. Em 2021, as mulheres pontuavam ligeiramente pior o seu estado de saúde do que os homens, estando a maior diferença na proporção dos que se consideravam pouco saudáveis (17% mulheres vs. 13% homens). Entre as mulheres, era também perceptível uma maior sensação de falta de controlo sobre o seu estado de saúde, nesse aspecto pesando, mais do que nos homens, temas psicológicos. A instabilidade na forma como se sentiam e a sensação de não conseguir controlar as emoções não eram exclusivas, mas distanciavam-nas dos homens.

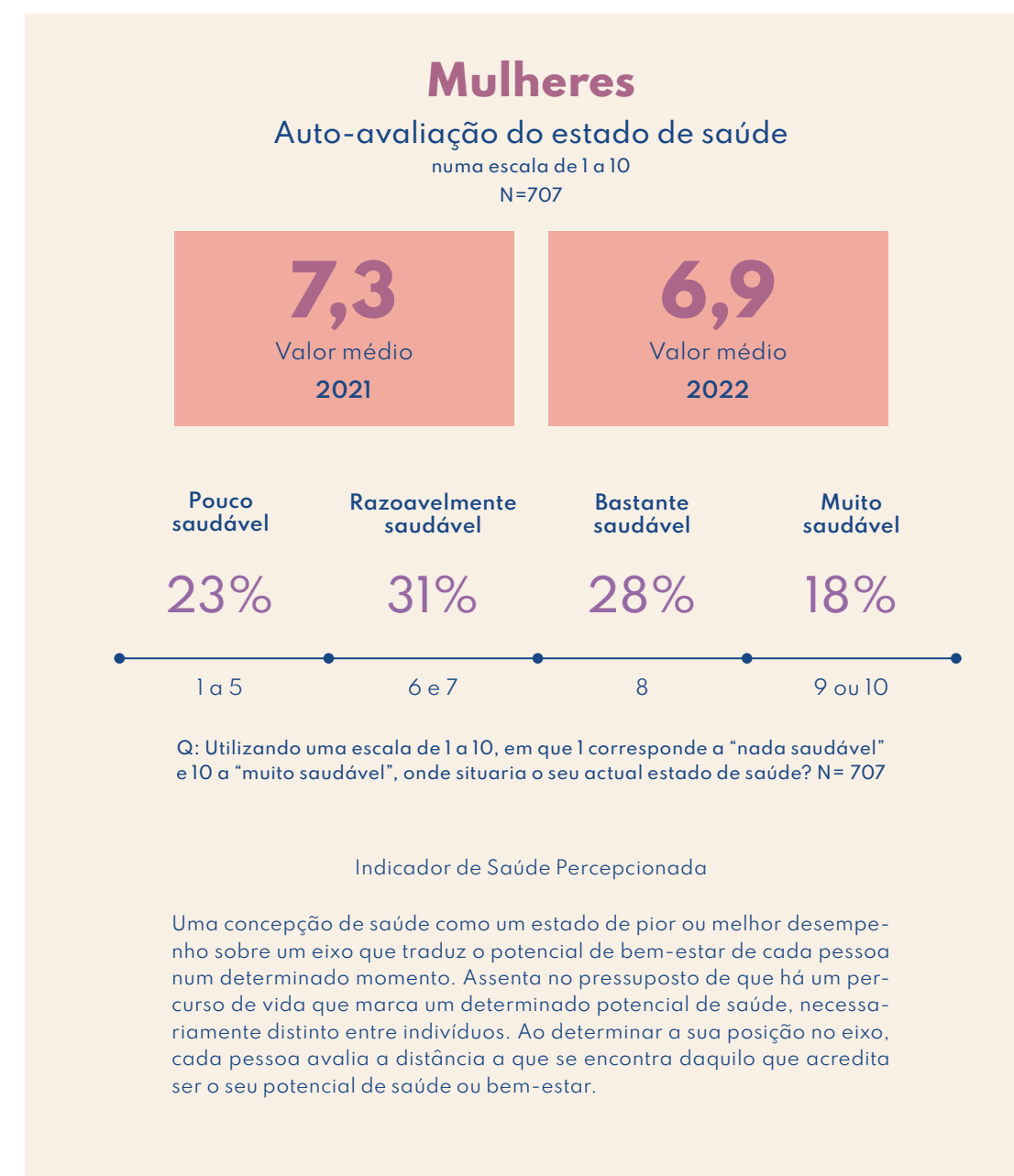
No presente estudo, não só a saúde das mulheres se revela pior face ao ano anterior, como a distância aos homens ganha profundidade. O peso das que se consideram pouco saudáveis passou de 17% em 2021 para 23% em 2022. Entre as mulheres com 40 ou mais anos, essa percentagem sobe para 25%, face a 13% dos homens com as mesmas idades, sendo esse degrau de distância visível tanto na saúde física como na saúde mental.

À excepção da geração entre os 20 e os 24 anos, que já acusava pior estado de saúde, em todos os escalões etários se percebem quebras na saúde das mulheres. As mulheres entre os 35 e os 44 anos estarão em maior perda a todos os níveis, com um golpe muito pronunciado na saúde mental [vide páginas seguintes].

Estes resultados acompanham outros estudos que revelam que a experiência da pandemia está a ter consequências que afectam desproporcionalmente as mulheres. Segundo o Índice de Saúde Mental Headway 2023¹, realizado em países da UE e do Reino Unido, 83% das mulheres reconhece que a pandemia impactou negativamente a sua saúde mental, em comparação com 36% dos homens. “Mulheres grávidas, mulheres no período pós-parto ou vítimas de traumas, como aborto espontâneo ou abuso de parceiros íntimos, foram consideradas as mais susceptíveis aos impactos psicológicos da pandemia. O peso das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos também teve um impacto significativo no bem-estar mental das mulheres, com 44% das mulheres com filhos menores de 12 anos a relatar terem tido dificuldades nas responsabilidades domésticas, em comparação com apenas 20% dos homens”, lê-se no relatório.

Este indicador de Saúde Percepcionada não mede a saúde por oposição à doença, mas a distância a um potencial de saúde, que é diferente de pessoa para pessoa. A saúde é um processo e as mulheres não estão resignadas ao seu estado actual de saúde. A impossibilidade de melhoria só é uma fatalidade para 4% das mulheres; 85% tem a ambição de o melhorar, mesmo que metade dessas admita ser difícil.

Mulheres Vs. Homens 40 a 74 anos



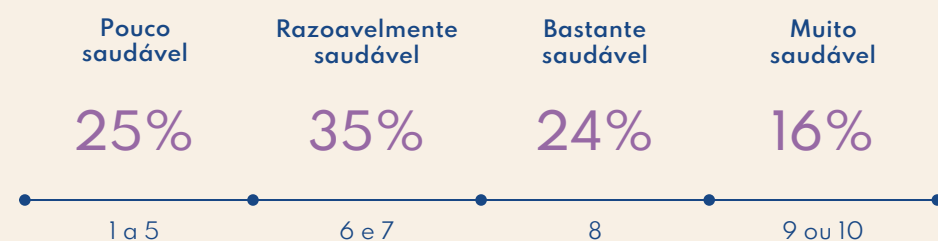
¹ Headway 2023 Mental Health Index, desenvolvido pela The European House – Ambrosetti em parceria com a Angelini Pharma (2021)



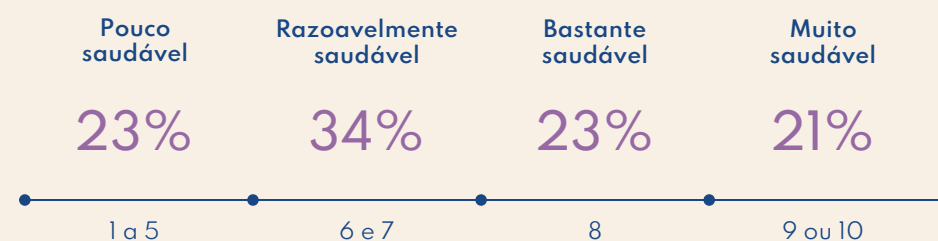
Mulheres
N=707

Numa escala de 1 a 10
onde situaria o seu estado actual de

SAÚDE FÍSICA



SAÚDE MENTAL



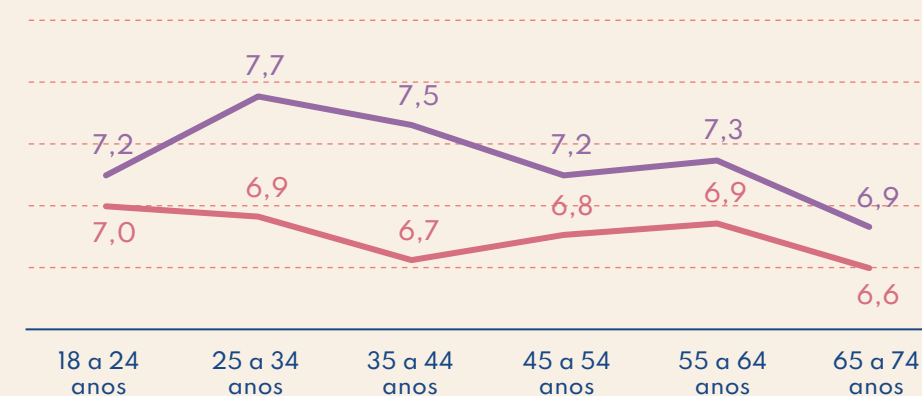
Q: Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “nada saudável” e 10 a “muito saudável”, como avaliaria isoladamente a sua saúde física e a sua saúde mental?

Distribuição por idade

SAÚDE FÍSICA

7,3
2021

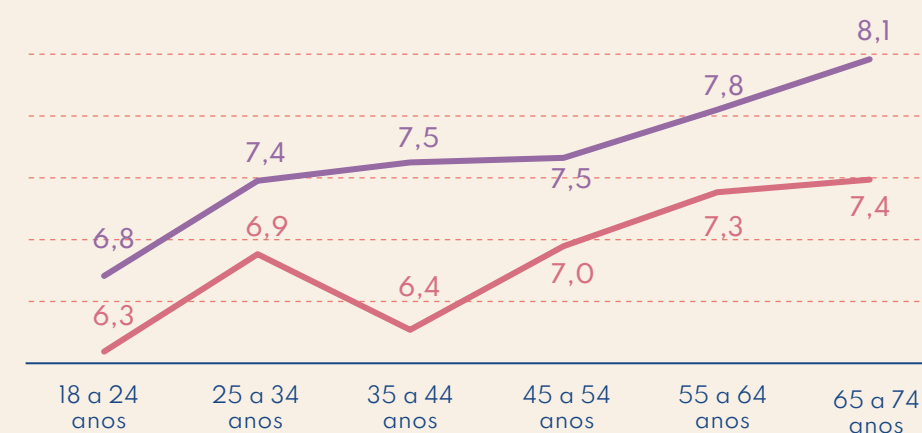
6,8
2022



SAÚDE MENTAL

7,6
2021

6,9
2022





Que défices face aos homens?

No Bem Estar

Bem-Estar Subjectivo

Um Enquadramento Teórico

O bem-estar é um conceito abrangente, complexo e de difícil operacionalização. Reconhecido desde a Antiguidade como um fundamento de uma vida saudável, tem sido alvo de interesse da Filosofia e de outras ciências sociais, sendo recentemente um domínio da investigação da Psicologia Positiva. Nesse campo, também porque as necessidades básicas tendem a estar resolvidas, tem-se desenvolvido o conceito de “Flourishing”, ou Bem-Estar Subjectivo (BES), que expressa a percepção das pessoas sobre a sua vida, podendo ser, nessa medida, um importante indicador de progresso.

Contrariando a tendência da Psicologia para o estudo da infelicidade e do sofrimento humano, o Bem-Estar Subjectivo interessa-se pelas condições que distinguem pessoas ligeiramente felizes de pessoas moderadamente felizes ou extremamente felizes, partindo das experiências internas dos indivíduos e não de critérios ou avaliações externas.

A intenção leva a que se procurem perceber estados de bem-estar a longo prazo e não apenas humores momentâneos, procurando uma avaliação global e não circunscrita a um domínio ou fase da vida específicos.

Como indicador, assenta no princípio de que, da mesma forma que se assume que sendo possível identificar as circunstâncias externas que levam as pessoas a ser felizes, se podem tentar criar essas condições para toda a gente, também identificando os processos mentais envolvidos em altos níveis de satisfação com a vida, se pode ajudar outros indivíduos a tentar replicá-los.

Com esta abordagem não se pretende sugerir que os esforços para promover o bem-estar se concentrem em características psicológicas, mas que essa intervenção ao nível individual pode acrescentar ao bem-estar objectivo, i.e., às circunstâncias estruturais, materiais e políticas (tais como a liberdade, o acesso a cuidados médicos, a emprego ou a determinados padrões de habitação), na formação de oportunidades para o indivíduo florescer.

Por olhar não só à satisfação com a vida, mas também a características pessoais e estratégias psicológicas perante as adversidades, foi desenvolvido nesta investigação um indicador de Bem-Estar Subjectivo, inspirado numa construção que permite uma comparação internacional. A intenção é ganhar visibilidade sobre os aspectos que podem estar a inibir um alto nível de bem-estar nas mulheres.

Mais do que o alívio do sofrimento, o Bem-Estar Subjectivo procura compreender os factores positivos que permitem aos indivíduos desenvolver-se, prosperar e florescer.

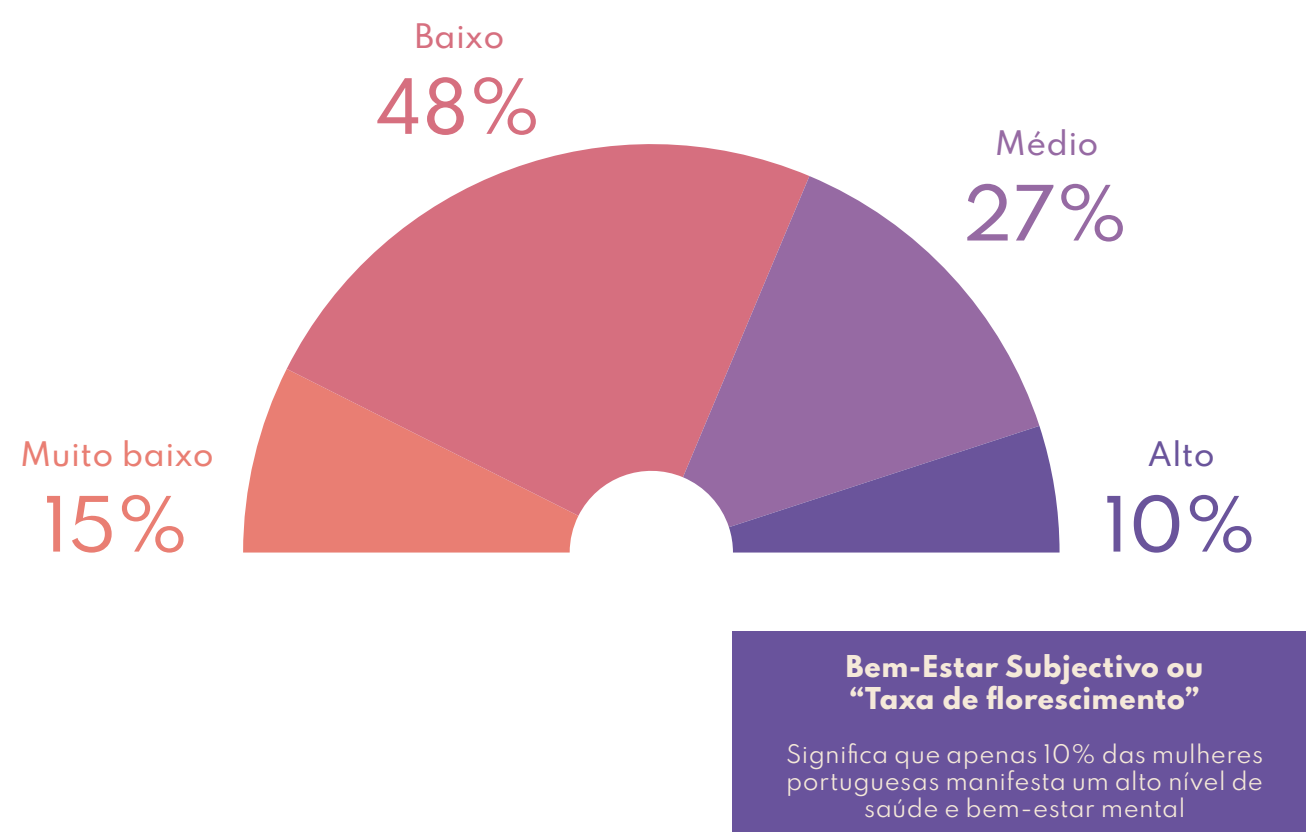
Essa “taxa de florescimento” resulta de uma combinação entre o “sentir-me bem” e o “funcionar eficazmente”, sendo sinónimo de um alto nível de bem-estar e saúde mental.

Sendo esta investigação orientada a potenciar saúde, e tendo extraído do estudo anterior [A Saúde dos Portugueses, Um BI em Nome Próprio] que a saúde está intimamente relacionada com a sensação de bem-estar, foi desenvolvido nesta investigação um indicador de Bem-Estar Subjectivo.

Bem-Estar Subjectivo

Taxa de Florescimento

Resultados para as mulheres portuguesas
N=707



O que representa?

De um modo geral, refere-se a uma avaliação acerca do que as pessoas pensam e sentem relativamente à sua vida. Pretende medir até que ponto as pessoas julgam de maneira favorável a qualidade da sua vida como um todo, com base nos seus próprios critérios.

Inclui uma avaliação geral de satisfação com a vida que, em teoria, reflecte o quanto os indivíduos consideram estar distantes ou próximos das suas aspirações, mas também uma avaliação das características psicológicas e do próprio funcionamento, ou seja, do “quão bem me sinto” e do “quão bem funciono”.

Como é medido?

Neste estudo, a definição de bem-estar subjectivo constrói-se como o exacto oposto da depressão e da ansiedade. Mais do que a ausência de uma desordem mental, mede a presença de sentimentos e funcionamentos positivos: competência, envolvimento, significado, optimismo, relacionamentos positivos, resiliência, auto-estima, vitalidade, estabilidade emocional e emoção positiva.

Da mesma forma que não é necessário ter todos os sintomas para cumprir um diagnóstico de depressão, só é necessário que estejam presentes algumas dessas características para assumir que as pessoas têm um alto nível de bem-estar subjectivo.

Embora o indicador se concentre nos que se enquadram nesse alto nível de bem-estar, para este exercício criaram-se outros “níveis de bem-estar”, de forma a criar diferentes graus de distância à referência de bem-estar e saúde mental.

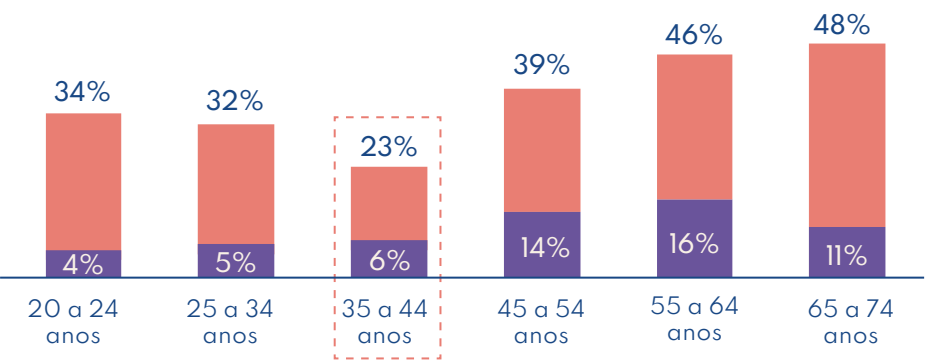
O que revela?

Apenas 10% das mulheres portuguesas pontua na “taxa de florescimento”, ou seja, considera-se feliz em relação à sua vida e sente ser capaz de realizar uma boa parte das suas potencialidades. O valor alinha com a pesquisa que inspirou a construção do indicador [Vide pág. 166 dos anexos], que coloca Portugal na última posição entre 23 países europeus (à data do estado, Portugal revelava uma taxa de “florescimento” de 9,3%, por oposição aos 40,6% na Dinamarca, com o maior valor), sugerindo fortes associações entre esse baixo nível de bem-estar e baixo nível de educação, a distância entre ricos e pobres e um baixo nível de confiança social.

Alto ou médio nível de Bem-Estar Subjectivo

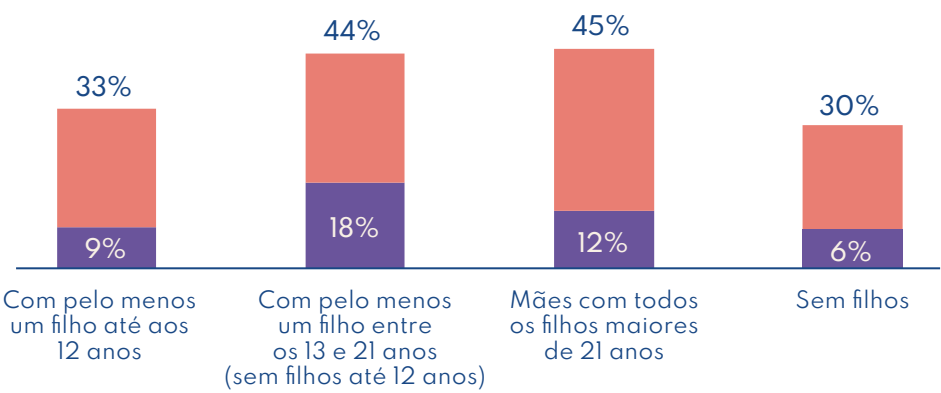
N=707

Pela perspectiva da idade



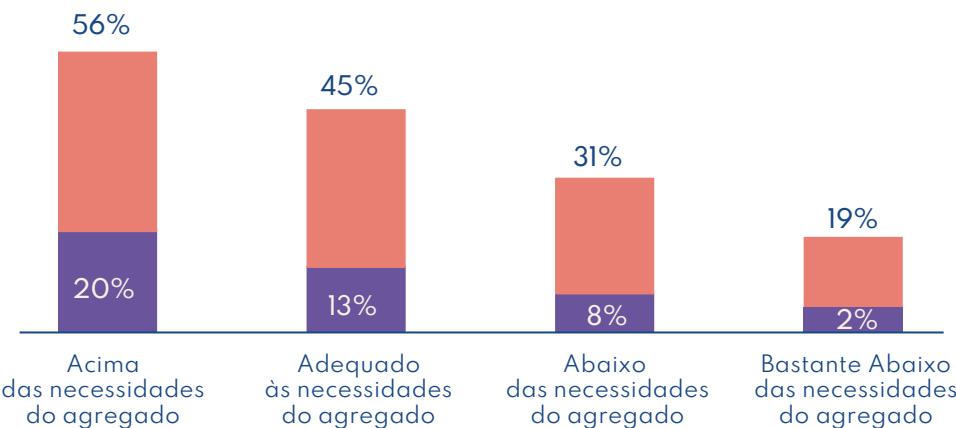
50% das mulheres entre os 35 e os 44 anos tem pelo menos 1 filho com menos de 12 anos e 85% trabalha - por conta de outrem (76%) ou por conta própria (9%)

Pela perspectiva dos filhos



■ Bem-Estar Subjectivo Alto (ou taxa de florescimento)
■ Bem-Estar Subjectivo Médio

Pela perspectiva do rendimento



A experiência de bem-estar subjectivo não é uniforme ao longo da vida. Alguns aspectos sinalizam uma tendência de melhoria com o evoluir da idade da mulher, designadamente, a auto-estima e o sentido de propósito.

As mulheres mais novas revelam menos auto-estima, e sentem significativamente menos propósito e estabilidade emocional, sendo também menos resilientes. É a fase da vida em que as relações sociais mais penalizam o bem-estar. Pelo contrário, é entre os 25 e os 34 anos que a vida amorosa mais parece contribuir para o bem-estar, embora o optimismo esteja menos presente.

A grande quebra no bem-estar subjectivo dá-se no segmento entre os 35 e 44 anos. Estas mulheres reconhecem significativamente menos competência, estabilidade emocional, vitalidade e emoção positiva. Não são as que avaliam pior o seu estado de saúde nem as que acumulam mais doenças – isso evolui tendencialmente com a idade; no entanto, é

onde se observa um dos maiores “saltos” a nível de doenças diagnosticadas (passando de 24% nos 25 a 34 anos, para 40% nos 35 a 44 anos). Concentrando o maior segmento de mulheres com filhos mais novos, serão as que maiores desafios enfrentam no que toca ao equilíbrio da vida profissional e pessoal.

Entre os 45 e os 54 anos, o domínio do tempo volta a melhorar e a resiliência atinge o máximo. É quando a vida profissional mais afecta positivamente o bem-estar das mulheres, tendo também um grande poder de influenciar negativamente, prova da importância que é dada a esse aspecto nesta fase. Entre os 55 e os 64 anos, é onde as mulheres começam a reconhecer mais sentido de propósito, embora a vida profissional comece a perder importância.

Entre os 65 e os 74 anos - em linha com a tese de que pessoas mais velhas tendem a julgar as suas vidas de forma mais positiva -, as mulheres assinalam significativamente mais auto-estima, mais propósito, vitalidade e estimulação, e indicam mais domínio do tempo.

Nuances de género no Bem-Estar Subjectivo

Entre portugueses com mais de 40 anos, a “taxa de florescimento” é de 14% no universo masculino e de 12% no universo feminino. Esta distância entre homens e mulheres alinha com a maioria da investigação desenvolvida, que sugere a existência de diferenças ligeiras entre os géneros (com interações diferentes em função da idade) e expõe níveis de taxas de florescimento bastante baixas em Portugal face a outros países europeus.

Apesar da proximidade entre os géneros, há discrepâncias nos resultados de alguns estudos que sugerem diferenças na forma como homens e mulheres experienciam bem-estar. Para além de apresentarem níveis de bem-estar geralmente inferiores aos dos homens, as mulheres parecem manifestar mais variações entre elas, ou seja, manifestam, simultaneamente, os níveis mais elevados de mal-estar e os níveis mais elevados de bem-estar, mesmo que o valor do bem-estar global se aproxime, na média, ao dos homens. Uma das hipóteses que se avança é a de que as mulheres têm experiências emocionais mais intensas, o que poderia explicar maior vulnerabilidade à depressão, mas, também, níveis de felicidade superiores aos dos homens (que alguns investigadores atribuem ao facto de desempenharem mais frequentemente o papel social do cuidado, mais afectivo e emocional).

Um estudo de 2015 financiado pela UE1 sobre diferenças de género no bem-estar subjectivo conclui que, sobretudo em países em que o rendimento per capita é elevado (onde será mais provável que homens e mulheres experimentem condições semelhantes, por ex., em termos de rendimento ou trabalho) as mulheres reportam um nível de satisfação com a vida mais elevado que os homens, mas pontuam pior em indicadores que avaliam emoções de curto prazo, estando mais expostas à má saúde mental do que os homens.

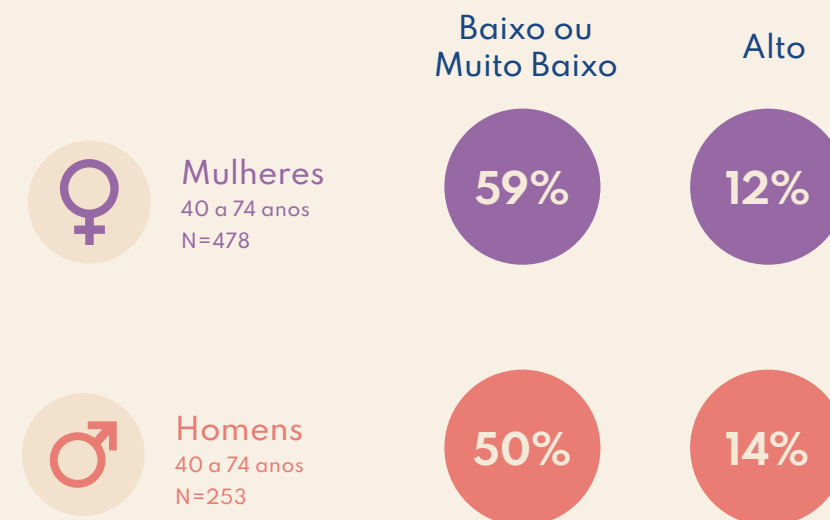
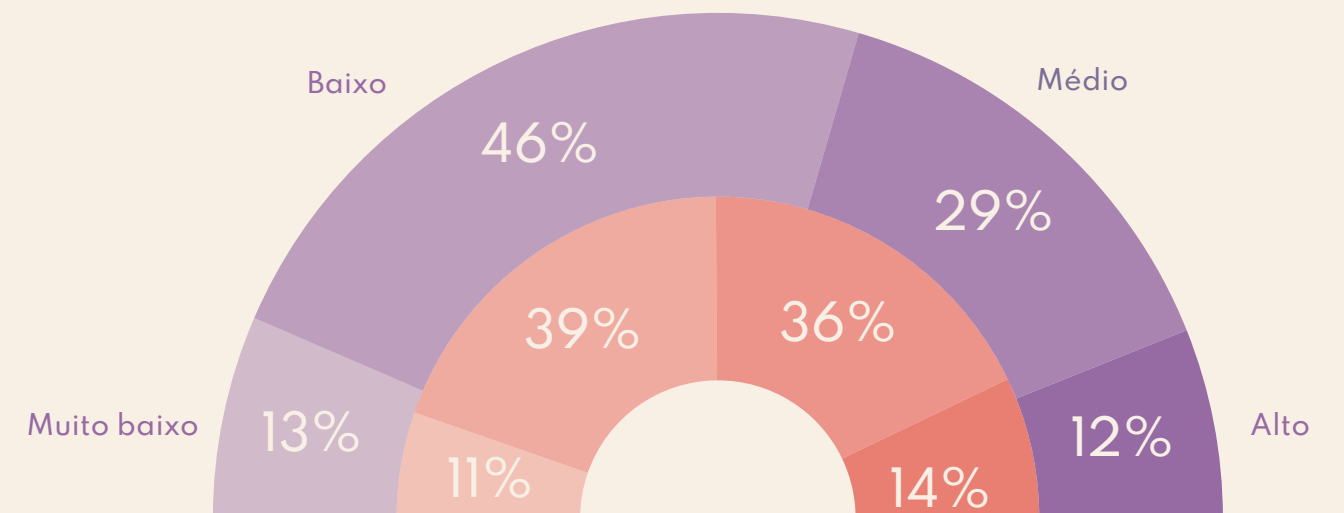
Também neste estudo, mais do que no “funcionamento”, é na experiência de curto prazo, designadamente na estabilidade emocional e na vitalidade, que as mulheres pior pontuam face aos homens, sugerindo que experienciam menos frequentemente, ou de forma mais instável, sentimentos de calma e serenidade ou energia. Os homens também parecem envolver-se mais frequentemente do que as mulheres em actividades que consideram interessantes, apesar de não se registar nenhuma distância de género na vontade de envolvimento e aprendizagem.

Os homens superam ainda as mulheres na avaliação das suas características pessoais, em particular, o optimismo e a auto-estima, aspectos frequentemente apontados como importantes preditores de bem-estar e satisfação com a vida.

Bem-Estar Subjectivo

“taxa de florescimento”

Mulheres Vs. Homens



¹ Gender Gaps in Subjective Wellbeing, Claudia Senik, 2015
Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) em parceria com Istituto per la Ricerca Sociale (IRS).

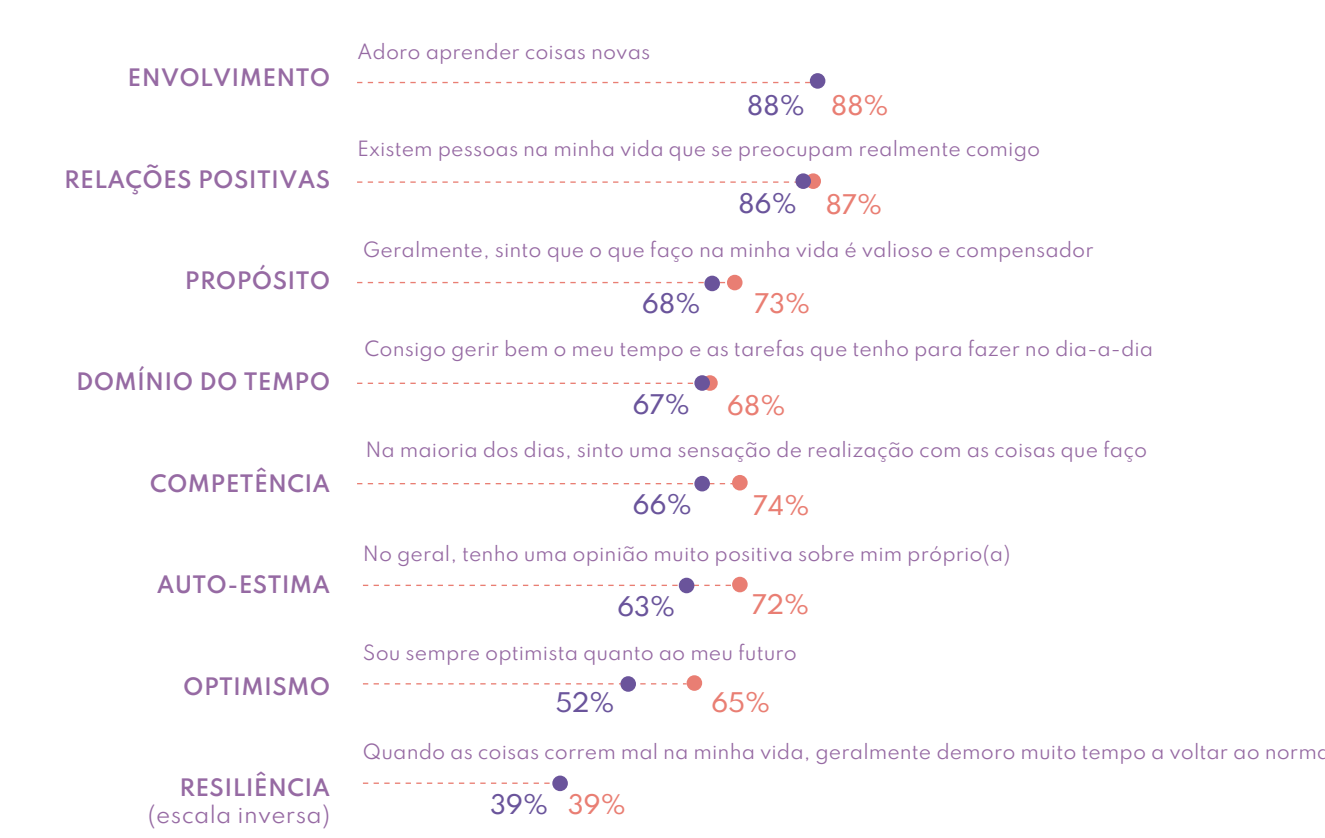
Bem-estar Subjectivo

construção do indicador

N=731

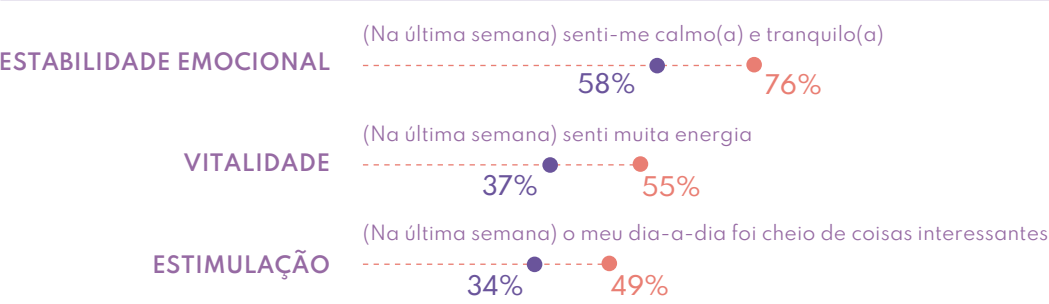
Características pessoais

escala de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo totalmente). Respostas TOP 2



Experiência de curto prazo

escala de 1 (nunca ou quase nunca) a 4 (sempre ou quase sempre). Respostas TOP 2



Felicidade

escala de 0 (extramente infeliz) a 10 (extremamente feliz). Respostas TOP 3



Mulheres Homens

Embora este exercício de comparação entre os géneros permita concluir e expor uma desvantagem das mulheres face aos homens portugueses, existem inúmeras complexidades envolvidas na análise do bem-estar subjectivo que impedem uma resposta directa sobre este assunto. Como sugerido em várias investigações desenvolvidas, à questão ‘os homens experienciam melhor bem-estar subjectivo que as mulheres?’, a resposta continua a ser: depende.

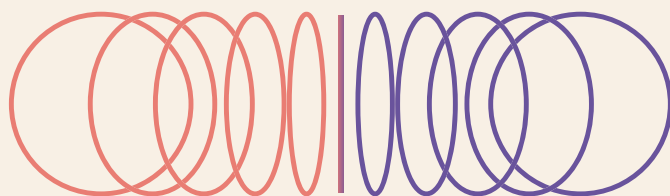
Para além dos aspectos biológicos, e da evolução ao longo do ciclo de vida, as expectativas em torno dos papéis de género levam a diferenças na forma como homens e mulheres constroem percepções acerca da sua vida e das suas próprias características. Sabemos que a satisfação com a vida é sempre uma declinação da realidade face às expectativas construídas – que em aspectos como trabalho ou família podem ser muito distintas entre géneros (e entre culturas).

Homens e mulheres não atribuem o mesmo peso às diferentes vertentes da sua vida nem se avaliam da mesma forma. Mesmo que possamos, por exemplo, concluir que a auto-estima é um dos aspectos que penaliza o bem-estar subjectivo das mulheres, a forma como homens e mulheres constroem auto-estima é distinta.

Isto não significa que o exercício seja inválido, mas que há um trabalho substancial sobre o tema que deve ser prosseguido para promover a compreensão do género e do bem-estar.

A construção de auto-estima

Na perspectiva de uma mulher



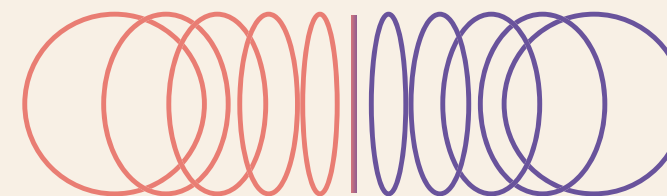
“Eu sempre achei que não ia ter uma família... Por vários motivos, porque nunca tive relações muito duradouras, porque tinha muitos problemas comigo própria, por ser pesada, por ser grande... Era o que lhe estava a dizer, eu vou aos médicos e eles dizem – Você é pesada, mas disfarça muito! – Porque tenho 1,75 cm, sou alta, mas detesto que me digam isso. Eu sou grande, sou o que sou! (...)”

[Ser pesada] afectava muito o psicológico, as pessoas não notavam porque eu nunca mostrei... agora consigo mostrar, mas na altura, não. Ai de alguém que me dissesse alguma coisa que eu ficava extremamente ofendida e por dentro estava-me a roer toda! Mas fazia-me sempre [forte], tinha uma capa e isso por vezes é o pior porque não exteriorizamos aquilo que sentimos...

Isso foi uma coisa que eu fiz, quando me juntei, que foi a aceitação. Ele, se queria estar comigo, aceitava-me como eu era. Vocês agora pensam que eu tenho uns 300 quilos. Não é o caso, mas para mim, é como se tivesse.”

M, 42 anos, união de facto, 2 enteados, com problemas de obesidade

Na perspectiva de um homem



“Eu acho que as mulheres nesse aspecto [da imagem] entram mais em competição, de comparação. Nos homens nunca senti isso. Os homens é mais a componente comportamental. Como partilhei convosco, tenho algumas características de líder... as pessoas não me vêem gordo, magro, alto, mas pelo que sou. As mulheres têm esse grau comparativo, grau competitivo.

Há uma senhora que num determinado local de trabalho, entra num processo de emagrecimento, torna-se mais gira – os homens também são assim, no pico do yoyo, fico diferente – mas não dou relevância a isso. As senhoras dão mais... aquela senhora emagreceu, fica mais gira e depois entram já oito [em dieta] a seguir. Isso aconteceu em vários contextos.

Nos homens, a experiência que eu tenho é diferente... mesmo nas fases mal do yoyo, ia jogar à bola, sempre tive jeitinho, mas a condição física é importante. Em torneios, os adversários vinham dizer ‘como é que tu jogas tanto?’ Não era... tens de emagrecer, não, vinham enaltecer a forma como eu, com aquela condição tinha rendimento. Nas senhoras...acho que é aquela coisa, ‘não tem cuidado, desleixou-se’. Apanha-se esse tipo de conversas..”

H, 50 anos, casado, 1 filho, com problemas de obesidade

As mulheres (ainda) sofrem pressões de stress acentuados

Num estudo da FFMS sobre as mulheres em Portugal¹, identificaram-se três “frentes” com influência significativa na vida das mulheres: a “frente” do trabalho pago, a “frente” da vida em casal e a “frente” dos filhos. As mulheres que acumulavam a frente do trabalho e dos filhos eram as que dispunham de menos tempo para si e o facto de viverem em casal não as libertava de uma única hora de trabalho por dia. Em casal ou não, as mulheres com filhos trabalhavam à volta de 13 horas por dia, das quais pouco mais de 7 remuneradas e à volta de 6 não pagas (gastas em tarefas domésticas, cuidado dos filhos e em compras/ recados).

Noutro estudo recente da FFMS sobre os jovens², que auscultou portugueses entre os 15 e os 34 anos, lê-se que, embora as distâncias diminuam à medida que se vai descendo na idade, as tarefas relacionadas com a casa e os filhos continuam a ser “muito mais da responsabilidade das mulheres do que dos homens”.

Por mais que a sociedade esteja a evoluir, e mesmo reconhecendo que homens e mulheres têm diferentes percepções acerca do contributo de cada um, permanece um desequilíbrio de género no desempenho de tarefas domésticas. É precisamente na partilha e no uso do tempo que o Instituto Europeu para a Igualdade de Género entende que as desigualdades de género são mais acentuadas em Portugal e onde há mais margem para melhorar.

A pressão a que as mulheres estão sujeitas tem explicações que ultrapassam as suas condições de vida. Estudos feitos no Reino Unido e nos EUA³ revelam que enquanto o número de horas de trabalho doméstico realizadas pelos homens diminui à medida que a sua contribuição para o rendimento das famílias aumenta, o mesmo não se verifica nas mulheres. Na verdade, o seu envolvimento doméstico também vai decaindo mas, a partir do momento em que o seu contributo financeiro iguala ou supera o do homem, deixa de decair e, muitas vezes, volta a aumentar (algo que alguns investigadores lêem como uma forma de “doing gender”, ou seja, de a mulher compensar a sua predominância numa esfera tipicamente masculina).

A necessidade de cumprir com distinção em todas as “frentes” – pessoal, amorosa, familiar e profissional - é paga em bem-estar emocional. Na amostra, é no grupo entre os 35 e os 44 anos, onde se concentram metade das mulheres com pelo menos um filho com menos de 12 anos, que se encontram mais mulheres vítimas de ansiedade – 35% reconhece viver “num estado de tensão” vs. 26% da amostra global; é também o segmento etário em que mais mulheres referem a vida profissional como algo que penaliza o seu bem-estar.

A diferença nos papéis domésticos também afecta a formação de referências e expectativas. Mesmo entre os jovens, o aspecto da conciliação entre o trabalho e a vida pessoal tornou-se num dos aspectos mais valorizados pelas mulheres quando se referem ao «emprego ideal», com distância aos homens.

A sacralização do equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, sugerida por diversos estudos sobre mulheres, é lógica e bem intencionada, mas esconde alguns perigos.

Por um lado, sugere que o equilíbrio não só é alcançável como é algo que depende do esforço da mulher. A ênfase no equilíbrio pode até criar maior pressão e desafios ao seu bem-estar por sugerir que a conciliação é possível, quando é quase inatingível num contexto repleto de exigências profissionais e de expectativas de género não alteradas.

Por outro lado, a narrativa do equilíbrio pode reduzir a discussão do emprego e do trabalho ao número de horas, descurando que a necessidade de desafio e de expressão através do trabalho é igualmente válida para as mulheres. De facto, estudos provam que o conteúdo do trabalho é um aspecto que interfere no seu bem-estar (pela optimização do potencial e propósito), mesmo se tendem a ter “modelos de carreira” ao longo da vida menos tradicionais do que os homens.

Na verdade, chegar a territórios de género neutro só será possível se, para além da participação dos homens em casa, forem criadas novas narrativas de sucesso, que ajudem a aliviar a tensão que hoje existe entre as identidades pessoais e profissionais das mulheres.

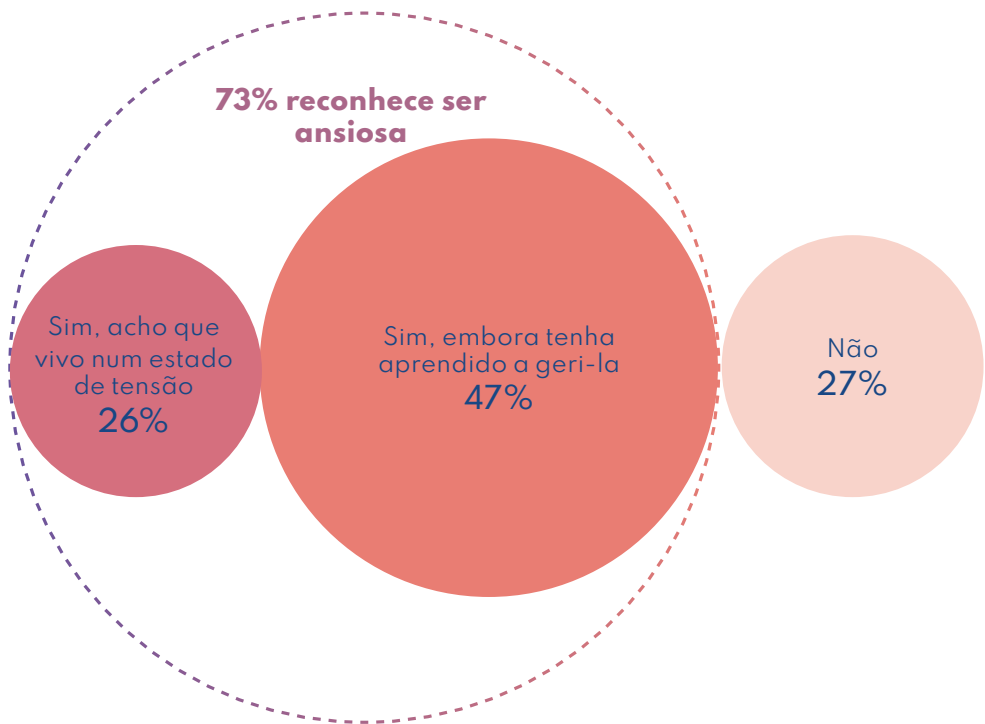
¹ As mulheres em Portugal, hoje: quem são, o que pensam e como se sentem, FFMS, Fev 2019

² Os jovens em Portugal, hoje: Quem são, que hábitos têm, o que pensam e o que sentem, FFMS, Nov 2021

³ Gender Gaps and Subjective Wellbeing, Research Report prepared by Claudia Senik, Publication Office of the European Union, 2015

Sente ser uma pessoa ansiosa, que sente nervosismo, preocupação ou apreensão de forma frequente e intensa (muitas vezes em situações que não o justificam)?

N=707



“Acho que vivo num estado de tensão”

Porcentagem	Género	Idade	N
24%	Mulheres	40 a 74 anos	N=478
15%	Homens	40 a 74 anos	N=253

A ansiedade é o factor que mais associação apresenta com o nível de bem-estar subjectivo, à frente da doença grave, da dor crónica e mesmo da depressão. 91% das mulheres que acusam nível de bem-estar subjectivo muito baixo reconhecem ser ansiosas.

Nesse aspecto, a distância de género é grande: 24% das mulheres entre os 40 e os 74 anos admite “viver num estado de tensão” face a apenas 15% dos homens com as mesmas idades. A consequência física da ansiedade é também diferente entre os géneros, sendo os problemas físicos da ansiedade não só mais comuns como em maior número entre as mulheres do que nos homens.

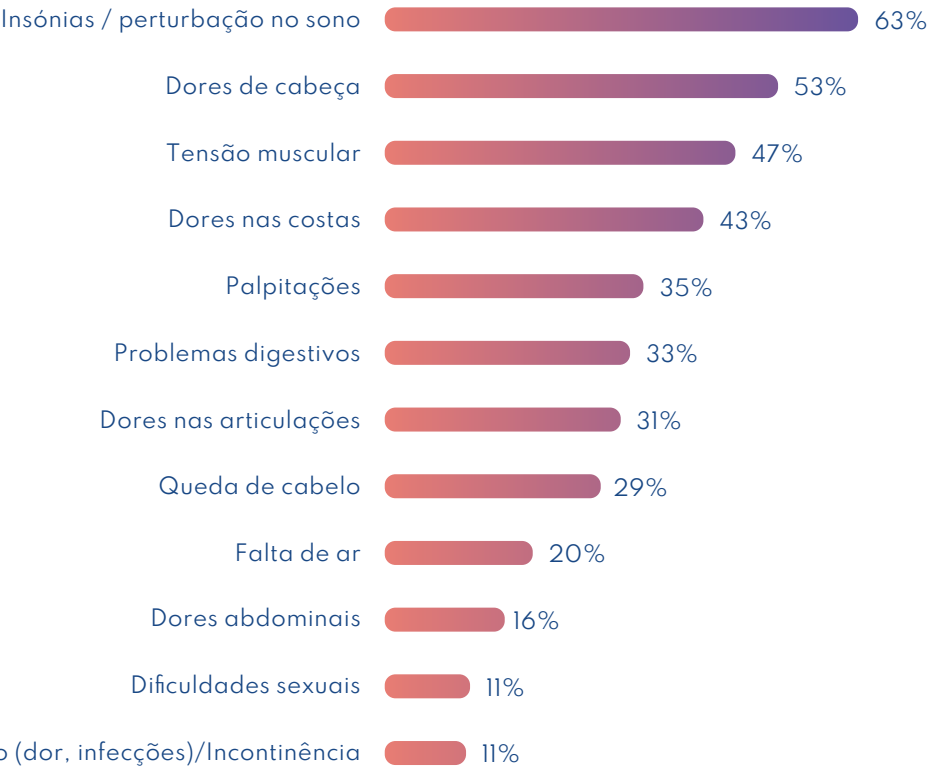
37%

Das mulheres que se reconhecem ansiosas sente que o seu stress ou ansiedade é causador de problemas físicos

N=517

Que tipo de problemas físicos?

N=319



de problemas físicos que sente (em média)

Porcentagem	Género	Idade	N
3,88	Mulheres	40 a 74 anos	N=218
2,83	Homens	40 a 74 anos	N=82



O que os explica?

A sub-compreensão
histórica

A sub-representação na investigação

A saúde da mulher parte em desvantagem, desde logo, por ter sido preterida ao homem na investigação, desde os primeiros esforços de mapeamento do corpo humano. O mais antigo relato conhecido de uma dissecação pertence ao grego Teofrasto (? – 287 a. C.), a quem se atribui a origem do nome Anatomia, que hoje engloba todo o campo da biologia que estuda a forma e a estrutura dos seres vivos. A invisibilidade do corpo feminino na anatomia e na investigação em geral tem eco na própria história da ilustração científica. Qualquer pesquisa do Google sobre anatomia (que envolve dissecação) ao longo dos séc. XV, XVI ou XVII nos devolve imagens em torno de corpos masculinos.

O preconceito que manteve as mulheres fora da esfera da ciência afectou a própria ciência. As crenças sociais de que a mulher era um ser inferior intoxicou a investigação durante séculos. Darwin (séc. XIX) e os seus seguidores

sustentavam que a mulher nunca poderia aspirar igualar-se aos homens a nível intelectual. Esta convicção, tornada prova quando inscrita no discurso das autoridades científicas, não dista muito da que, muitos séculos antes, levou Aristóteles a defender que a mulher seria uma espécie de desvio relativamente a um tipo mais perfeito que se concretizava no homem. O homem seria a medida da humanidade e a mulher uma falha, um homem incompleto ou mesmo mutilado.

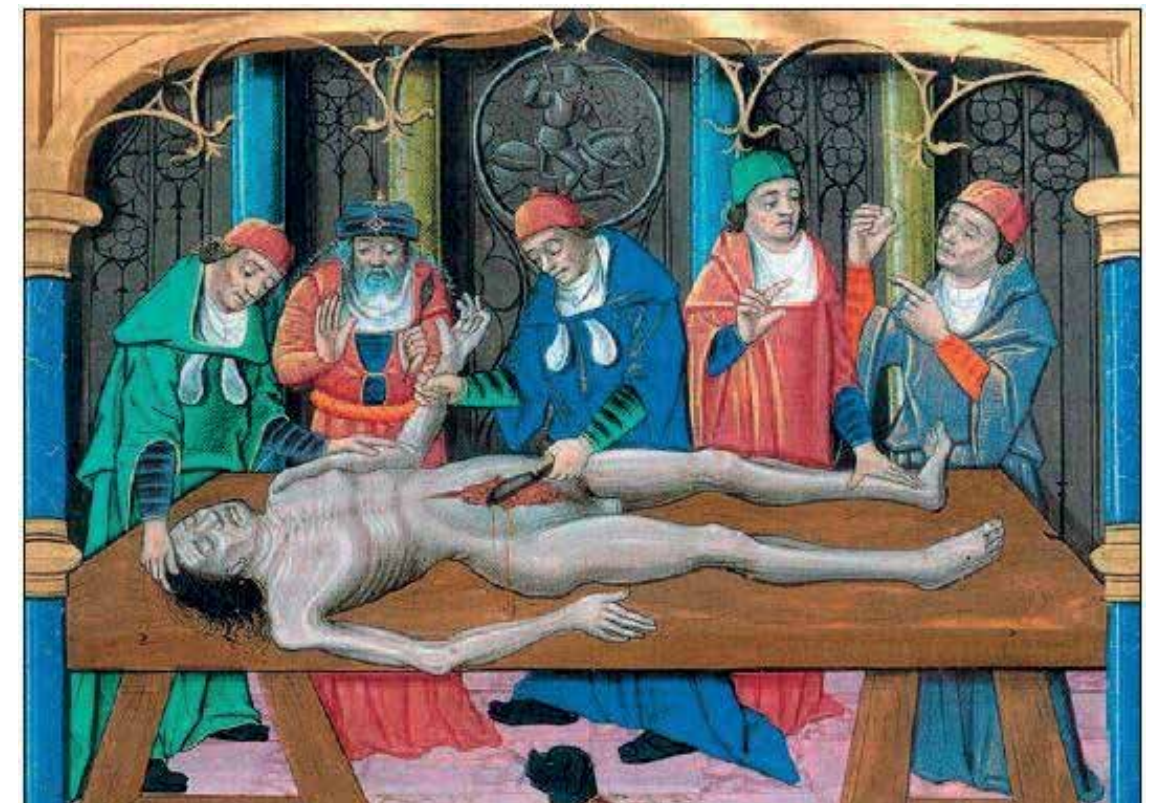
Na área das ciências biológicas, em espécies em que há mais do que uma forma sexual, o macho é considerado o exemplar-padrão; da mesma forma, a representação de um corpo masculino tende a ser a ilustração da espécie humana. A representação da figura feminina, quando surge, é sobretudo associada a temas específicos – órgãos reprodutores e gestação.

“A exclusão dos corpos femininos dos livros didácticos de anatomia, excepto os especificamente obstétricos, revela a falocentricidade do discurso anatómico, ainda no séc XX. O corpo masculino é entendido como o modelo anatómico ‘universal’, sendo as homologias com o corpo masculino tanto físicas como visuais.”

Petherbridge & Jordanova, 1997

«A fêmea é, por assim dizer, um macho mutilado»

**Aristóteles
(384-322 a.c.)**



Dissecação de um cadáver, pintura do séc. XV

No Renascimento, as dissecações tornaram-se uma prática central no ensino e na investigação médica. Até 1800, eram realizadas em público uma vez que se considerava que o seu valor não se confinava à comunidade médica, mas a toda a sociedade.



Imagem de cima: ilustração do livro *The Human Body: What It Is And How It Works* (1959). Golden Press.
Imagem de baixo: Biosphera, Imagem do software *Introdução à Anatomia Humana 3D* (2012).

Num estudo¹ que se debruça sobre a representação histórica do corpo feminino na ilustração científica expõe-se como, para além das características anatómicas de cada sexo, se recorre habitualmente a representações de género. Embora o sexo, por si só, não determine à nascença uma identidade feminina ou masculina, e os aspectos culturais sejam desnecessários para a compreensão da biologia do corpo, as ilustrações de anatomia estão longe de ser neutras, importando mensagens, ideias e valores socioculturais.

Seja pela linguagem corporal, o modo de vestir, a pose, o cabelo ou a silhueta, as imagens científicas estão impregnadas das características que se consideram “adequadas” a cada sexo e do próprio ideal de beleza e saúde vigentes. Na verdade, a investigação científica não só não se conseguiu afastar de estereótipos de género, como foi ajudando a perpetuar problemáticas inerentes a discriminações com base no sexo. Em cada estágio da sua longa história, e muito para além da representação figurativa, a medicina absorveu e reforçou as divisões de género socialmente construídas.

**“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher.
Nenhum destino biológico, psíquico,
económico, define a forma que a fêmea
humana assume no seio da sociedade.”**

Simone de Beauvoir

Durante séculos, a medicina foi persistindo na crença de que, à excepção dos órgãos reprodutivos, todos os outros órgãos e funções funcionariam da mesma forma em homens e mulheres, pelo que não havia necessidade de as estudar. O conhecimento sobre a biologia feminina centrava-se na capacidade de reprodução das mulheres. Isso definia e restringia o significado de ser mulher.

Por outro lado, não podia descartar-se a possibilidade de uma gravidez, pelo que não só as mulheres em idade fértil como as fêmeas em geral eram preteridas por machos (roedores) em laboratório, designadamente em testes de medicamentos.

Não deixa de ser um desafio à lógica que a diferença de género que justificava a não inclusão das mulheres nos estudos não fosse depois considerada quando se extrapolavam para as mulheres resultados de testes feitos apenas em homens.

Mesmo durante o século XX, muitos estudos provam a sub-representação da mulher na investigação. Até à década de 90, pelo argumento de que o ciclo menstrual e a variação dos níveis hormonais introduziria demasiadas variáveis e afectaria a consistência dos resultados, a participação exclusiva de homens em ensaios clínicos era comum.

¹ O corpo feminino na ilustração científica: uma reflexão visual em torno de convenções e padrões de representação, Marta Jerónimo Miranda Afonso, Dissertação de Mestrado, 2014

Uma sub-compreensão histórica... ainda não recuperada

O facto é que ainda há desconhecimento sobre a mulher. A inclusão do género como uma variável a considerar durante uma investigação é relativamente recente na medicina e, apesar de cada vez mais o financiamento obrigar a inclusão de mulheres em ensaios clínicos, não é possível afirmar que já estão igualmente representadas.

Não se sabe como o ciclo menstrual pode afectar a toma de um medicamento. Não se sabe quão diferente pode ser a sintomatologia de algumas doenças entre homens e mulheres. Tem-se tornado evidente que, por terem queixas diferentes, e por ser maior a probabilidade de associarem os seus sintomas físicos a perturbações mentais, há sub-diagnóstico de doenças cardíacas nas mulheres.¹

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia refere que 80% das mortes por doença coronária – a principal causa de morte das portuguesas – pode ser prevenida com alterações nos estilos de vida e educação, mas acrescenta que “a doença coronária na mulher está sub-diagnosticada e há um reconhecido sub-tratamento”.

É consensual que continua a haver um viés de género – na investigação, na prática clínica e nos próprios pacientes –, que leva a que as doenças que se apresentam de forma diferente nas mulheres sejam muitas vezes mal diagnosticadas, e outras que afectam principalmente as mulheres permaneçam em parte um mistério, com efeitos na prática médica e na saúde da mulher.

“A “natureza” e as capacidades das mulheres foram vigorosamente investigadas por uma comunidade científica da qual as mulheres (e o feminino) estavam quase totalmente ausentes. Como consequência, as mulheres tiveram poucas oportunidades de empregar os métodos da ciência para reexaminar ou refutar as afirmações emergentes sobre a natureza das mulheres. (...) Assim surgiu um paradoxo central para a história da ciência moderna: as mulheres (e o que as mulheres valorizam) foram em grande parte excluídas da ciência, e os resultados da ciência muitas vezes foram usados para justificar a sua contínua exclusão.”

Schienbinger, 1987

¹ Declarações de Cristina Gavina, Vice-Presidente da SPC (Sociedade Portuguesa de Cardiologia), 2021

Viés de género na medicina

Cegueira de género

A sub-representação da mulher em ensaios clínicos, extrapolando linearmente resultados de testes feitos em homens (ou machos) para as mulheres (ou fêmeas) – que persiste. Um estudo que analisou 20.020 ensaios clínicos nos EUA, entre 2000-2020 revelou que as mulheres estão sub-representadas em ensaios clínicos de cardiologia, oncologia, neurologia, imunologia e hematologia¹. Segundo a Yale School of Medicine, dos 25 participantes num estudo feito em 2015 sobre o ‘Viagra Feminino’, 23 eram homens². Este viés explica porque nem sempre se relacionam sintomas com doenças nas mulheres ou porque nelas há maior incidência de efeitos adversos graves de medicamentos (a prática clínica é marcada por ajustes apenas relativos ao peso, quando outros aspectos, como o trânsito gastrointestinal, pode ter importância na absorção de fármacos).

Viés de masculinidade

Uma perspectiva masculinizada da investigação que se reflecte na escolha dos problemas a estudar. De acordo com uma pesquisa da PubMed, há cinco vezes mais pesquisas sobre disfunção erétil, que afecta 1 em cada 5 homens, do que sobre a síndrome pré-menstrual, que afecta a esmagadora maioria das mulheres³. É também responsável pelo desconhecimento sobre o que causa algumas doenças femininas, como a endometriose, que afecta 1 em cada 10 mulheres [no Reino Unido, por exemplo, estima-se uma média de sete anos e meio entre o primeiro momento em que as mulheres consultam um médico por causa dos seus sintomas e a recepção de um diagnóstico firme de endometriose⁴].

Ideologia do papel de género

Uma atitude do médico e do próprio doente que decorre de estereótipos construídos em torno do homem e da mulher. No paciente, pode influenciar a forma como expressa sintomas ou mesmo se procura atendimento médico. Nos profissionais de saúde, significa que a forma como os diagnósticos são feitos sejam distintos em função do género. Um estudo de 2018, apurou que é frequente médicos considerarem os homens com dor crónica como “corajosos” ou “estóicos” e as mulheres com a mesma sintomatologia como “emotivas” ou “histéricas”⁵. Estas representações também podem ser prejudiciais aos homens – por exemplo, em situações de depressão ou osteoporose, doenças mais comuns nas mulheres.

¹ Northwestern Medicine, Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials Between 2000 and 2020, publicado a 18 de Junho 2021 no JAMA Network Open

² A Drug for Women, Tested on Men, Yale School of Medicine, 2016.

³ The female price of male pleasure, The Week, 2018.

⁴ Endometriosis in the UK: Time for Change - APPG on Endometriosis Inquiry Report 2020, com base num inquérito realizado a 2890 mulheres com endometriose

⁵ “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain, 2018.

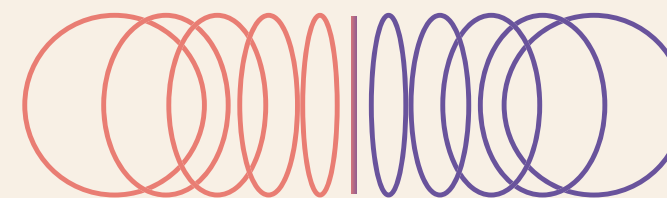
A fragilidade feminina: uma concepção cultural a desconstruir?

O viés de género, que pesou no avanço da medicina, atravessa naturalmente a forma como cada um dos géneros manifesta o seu mal-estar. O facto levaria a supor que as mulheres, na sua posição culturalmente associada a fragilidade, cederiam mais facilmente a esse papel. No entanto, em relatos de mulheres que entrevistámos, encontramos precisamente o contrário: a tentativa de fuga do lugar de fragilidade, mesmo quando o mal-estar era evidente.

Nas mulheres portuguesas, sobretudo entre as mais velhas, sente-se a herança de um tipo de mulher que soube resistir estoicamente num país que durante muito tempo não a soube proteger de uma profunda desigualdade de género e, tantas vezes, da pobreza e da doença. Essas mulheres foram mães e avós das portuguesas que entrevistámos e a sua fibra ainda interfere na sua construção identitária e naquilo que se assumem ser virtudes femininas.

Serão as mulheres, considerando o mais que (naturalmente) sofrem na comparação com os homens, efectivamente mais frágeis? Sobre esta matéria, a opinião da amostra divide-se. Mesmo que “fragilidade” se disponha a diferentes interpretações, a investigação sugere que metade das mulheres tende a distanciar-se dessa associação, mesmo (ou sobretudo) na comparação com os homens. Entre as mulheres inquiridas, 53% não se vê num lugar de maior fragilidade que o homem, um número que sobe ligeiramente junto das mulheres entre os 45 e os 54 anos; 39% admite sentir-se em geral mais frágil que os homens à sua volta, embora seja difícil generalizar; apenas 8% admite que o homem é mais forte e a mulher não devia contrariar a sua fragilidade.

Por mais que o reconhecimento de fragilidade possa significar que as mulheres se tornam mais defensivas em relação a eventos que perturbam o seu bem-estar (admitindo que é mais susceptível a desarranjos que o do homem), permanece, na maioria das mulheres portuguesas, a fuga dessa condição que (culturalmente) sempre as colocou num papel de inferioridade.



“Há pouco tempo um primo meu teve um AVC e ficou paralisado do lado direito. A pessoa tem uma trombose ou um AVC e fica. E eu penso assim: ai meu deus, será que algum dia isto me pode acontecer? E será que eu, com um braço, vou ser capaz de puxar o outro? Eu penso assim... (...) Se lhe acontecer alguma coisa [ao marido] vou ser capaz de o ajudar... massagens, exercícios para trás e para a frente, acho que vou ser capaz de o ajudar. Ao contrário, não sei... acho que não. Ele chora, chora e não vai lá. Tenho que ser eu a puxar o braço ou, se estiver em condições, dizer-lhe: Marido, puxa-me o braço!”

M, 72 anos, casada, 2 filhas, entrevista aprofundada

“A minha mãe também era [forte], não era tanto como eu, mas a minha mãe era uma mulher lutadora. Essa postura de sermos fortes também está errada, nem sempre é bom. (...) Nós temos mais mazelas, eu costumo dizer que temos mais mazelas na barriga do que eles no corpo todo. Nós temos toda a parte hormonal, toda a parte fértil da mulher é muito mais complexa do que a do homem... Já viu o que é que eles têm? Uma infecção urinária, isso para nós é uma brincadeira! (...) Eles têm muito mais força do que nós, é preciso que se note, mas nós somos muito mais perseverantes, somos mais resistentes.”

M, 56 anos, divorciada, 3 filhos, entrevista aprofundada



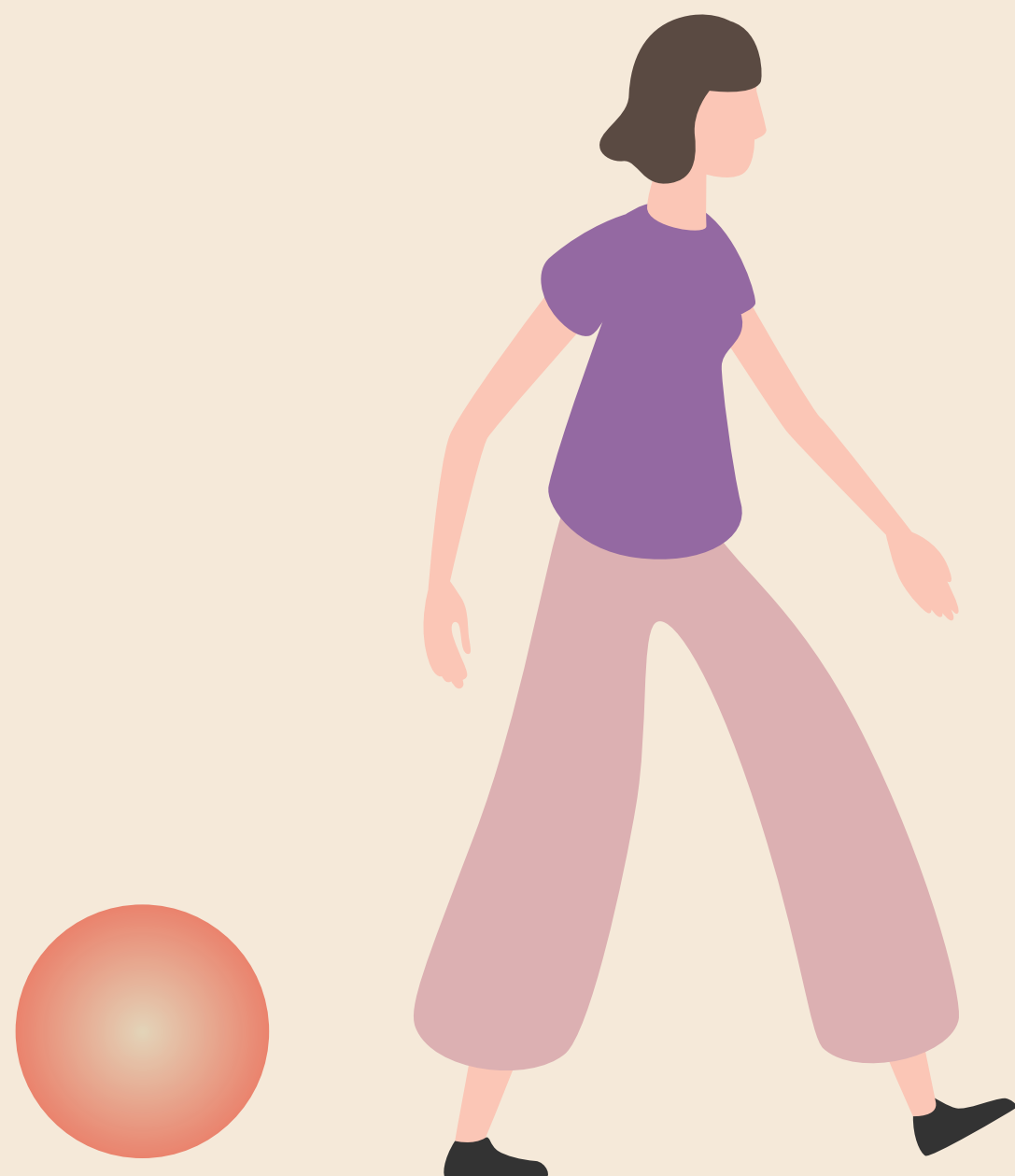
Frida Kahlo:

De um lado, a documentação da sua fragilidade, e, do outro, do seu espírito de força, nesse caso recorrendo à imagem masculina.

Todo o percurso de vida de Frida Kahlo foi marcado pela dor física resultante do acidente sofrido em criança e das cirurgias a que foi sendo submetida. A honestidade e frieza na representação da dor humana são marcas da sua obra mas, sendo verdade que se expôs frágil, Frida também parece ter renunciado ao género feminino – quando se representava vestida de homem e de cabelo cortado – na representação da sua força perante as dificuldades.

É evidente o défice de saúde e bem-estar que as mulheres declaram ter face aos homens. Poder-se-á dizer que, por visitarem mais o médico, diagnosticam mais doenças. Ou que, como alguns especialistas sugerem, é culturalmente mais fácil à mulher a assimilação do papel de doente. Ou, ainda, que a sub-compreensão histórica do corpo e da saúde feminina ainda não foi totalmente ultrapassada.

Não pretendendo negar nem confirmar essas hipóteses, esta investigação concentra-se em procurar compreender melhor as variáveis subjectivas de bem-estar que podem explicar este diferencial e, em particular, provar a existência de bolsas de saúde e bem-estar que a mulher não potencia por falta de informação ou consciência dessa possibilidade ou pela normalização do mal-estar associado à sua saúde reprodutiva.



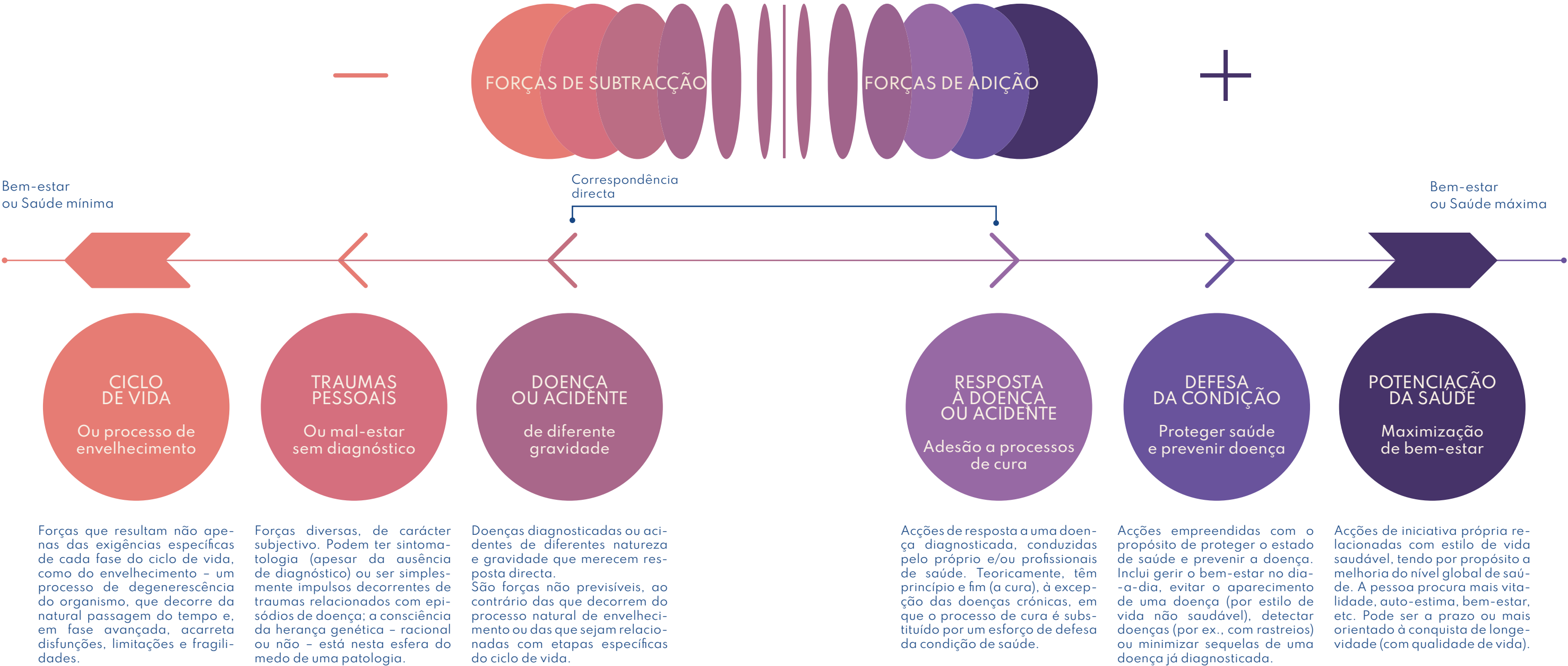
O que os explica?

A fisionomia dos ciclos
de vida

Estado de saúde: uma condição itinerante (recuperando o conceito)

Na investigação de 2021 “A Saúde dos Portugueses: um BI em nome próprio” representou-se a saúde como um eixo contínuo que se estabelece entre dois pólos: a saúde máxima (sem limite objectivo), e a saúde mínima, que culmina na morte. Todas as pessoas se colocam algures entre estes dois pólos, não sendo essa posição firme no tempo. Por mais exuberante que seja a saúde, todos experimentam oscilações no eixo de saúde ou bem-estar ao longo da vida.

De modo comum, vai-se deslizando no eixo à medida que a idade avança. Através desta modelização - uma simplificação de uma equação subjectiva e extremamente complexa -, procura destacar-se forças de sentido contrário que desencadeiam movimentos no eixo de bem-estar ou saúde. Do lado esquerdo, os factores que podem retirar bem-estar; do lado direito, a acção da pessoa, mais ou menos induzida por profissionais de saúde.



Mal-estares femininos sem equivalente no masculino

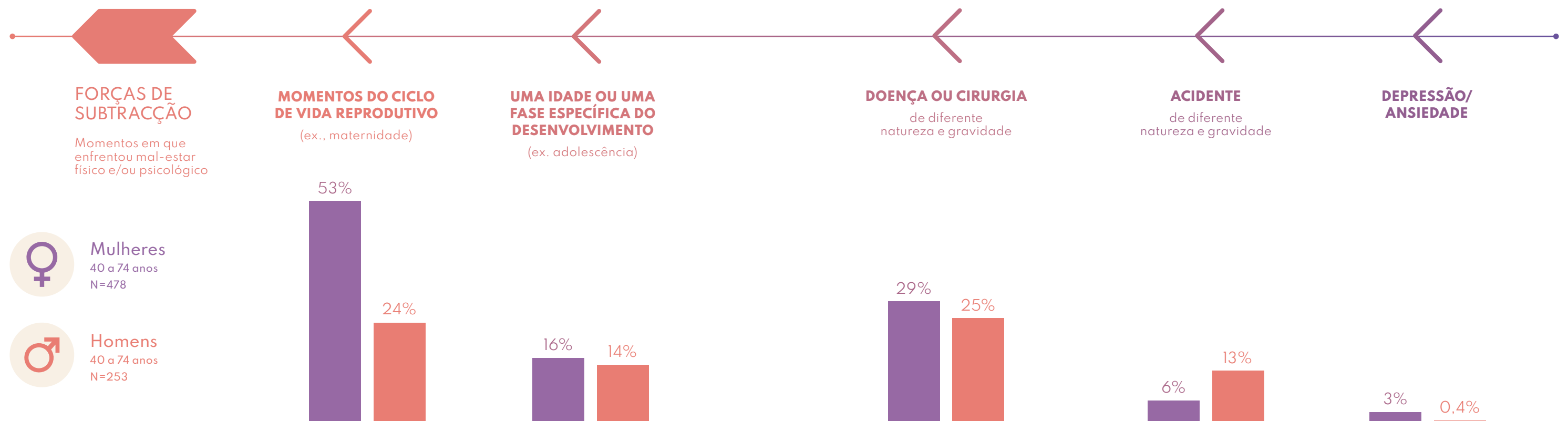
Há condições e experiências ao longo do ciclo de vida que são exclusivas da mulher. Gravidez e parto não são doenças, mas são processos que podem ter implicações negativas na saúde. Questões relacionadas com menstruação, contracepção, gravidez indesejada, aborto ou problemas de fertilidade têm repercussões apenas no corpo da mulher. Por mais que se reconheça que os homens são parte envolvida e sensível em alguns desses processos, há uma dicotomia de género inultrapassável em tudo o que envolve a saúde reprodutiva da mulher.

Se retirarmos as doenças, as cirurgias e os acidentes à lista de eventos que estiveram na génese de um momento de profundo mal-estar físico ou psicológico, percebemos que há forças de subtracção de saúde ou bem-estar ao longo do ciclo de vida da mulher, como a gravidez, que não têm equivalente masculino e, mesmo naquelas em que essa equivalência é possível, como o pós-nascimento de um filho, a depressão no bem-estar da mulher é muito mais profunda e o processo de recuperação muito mais exigente.

A dimensão da divisão entre os sexos em termos de bem-estar é nos dada pelo peso dos que reconhecem pelo menos um momento em que enfrentaram mal-estar ao longo da vida: 72% das mulheres vs. 48% dos homens entre os 40 e os 74 anos. A diferença é expressiva e aumenta quando olhamos ao detalhe dos eventos que estão na sua origem. Não só as mulheres reconhecem, em média, maior número de eventos, como esses terão tido nelas consequências mais nocivas, físicas e/ou psicológicas. 16% das mulheres que atravessaram episódios de mal-estar refere que os mesmos deixaram sequelas graves (no corpo ou na mente) com que lidam actualmente, por oposição a 8% dos homens.

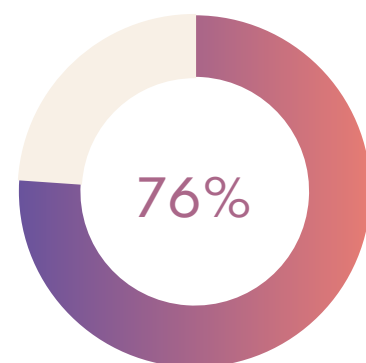
O facto de as mulheres estarem naturalmente sujeitas não só a mais forças de subtracção, como a forças de subtracção mais poderosas, será uma explicação para que não se reflecta na sua condição (e percepção) de saúde o esforço suplementar que fazem para se manterem saudáveis. A contra-força a que se propõem (por exemplo, sendo mais regradas na alimentação ou nos hábitos de consumo de álcool e tabaco) não chega para compensar a perda adicional de bem-estar a que são submetidas.

Bem-estar
ou Saúde mínima



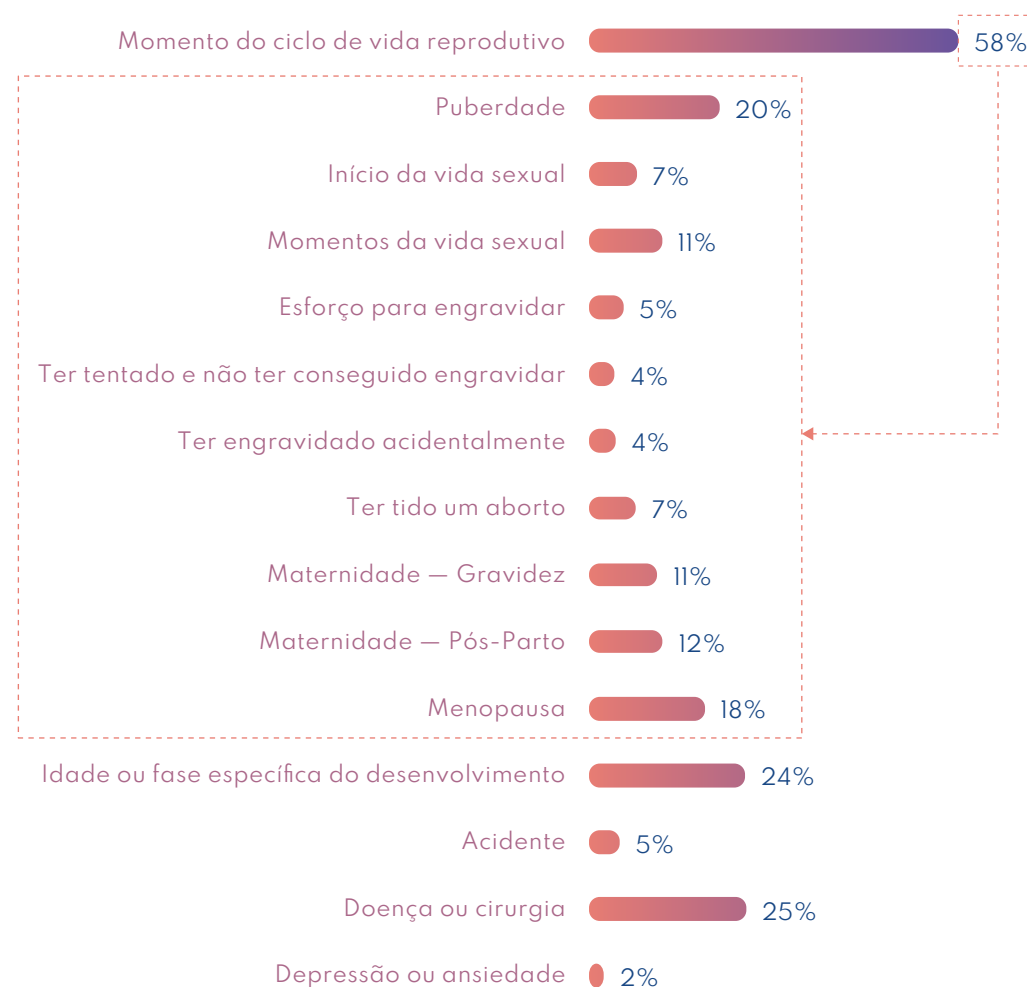
Reconhece momentos em que tenha enfrentado mal-estar relacionado com alterações expressivas do seu corpo ou algum outro aspecto físico ou psicológico

N=707



Momentos em que enfrentou mal-estar físico e/ou psicológico

N=707



Embora importantes para identificar momentos em que se podem sentir mais fragilizadas, estes dados não nos dão uma escala segura nem do número de mulheres que atravessou períodos de mal-estar, nem da intensidade desse mal-estar.

O facto de estarem em diferentes fases do ciclo de vida altera o peso relativo de cada evento. Muitas mulheres ainda não passaram pela experiência da maternidade e a maioria está longe da idade da menopausa. Por outro lado, à distância de 30 anos, é difícil recuperar o que se viveu na puberdade. É na aproximação da idade ao momento em que os eventos ocorrem que se consegue perceber (melhor) a escala da perturbação. A puberdade, por exemplo, é referida como um momento de mal-estar por 62% das mulheres entre os 20 e os 24 anos; já a menopausa é indicada por 48% das mulheres entre os 55 e os 64 anos.

O exercício depende também da memória e a memória não é fiel aos factos vividos; ou tem elementos a mais, porque

as experiências foram reinterpretadas, ou tem elementos a menos, porque se seleccionam factos e se elimina o que não interessa para a história, para o próprio sentido de continuidade. Dificilmente, numa amostra em que 66% das mulheres tem filhos, apenas 12% sentiu mal-estar durante o período de pós-parto. A memória que querem construir de um evento que foi profundamente marcante nas suas histórias de vida — ter um filho — impede uma apreciação objectiva sobre o impacto que a maternidade teve no seu estado de saúde físico ou mental. Não por acaso, foi entre mulheres que tiveram gravidezes não planeadas, mal acolhidas pelas famílias ou que foram deixadas pelos companheiros que os relatos do puerpério surgiram mais dramáticos.

Finalmente, embora as alterações hormonais que as mulheres experimentam ciclicamente tenham uma série de efeitos físicos, psicológicos e emocionais, o que a investigação sugere é que as mulheres nem sempre são capazes de relacionar os sintomas de mal-estar com eventos do seu ciclo de vida reprodutivo.

“As mulheres têm dois cromossomas X e os homens têm um X e um Y, o que faz uma diferença considerável. Isso vai fazer com que as mulheres tenham uma configuração somática diferente e necessidades somáticas diferentes dos homens. Não se pode querer que funcionem da mesma maneira. Funcionam de formas parecidas, mas não exactamente iguais.

Enquanto os homens passam pela puberdade e depois pela senescência e não têm ciclicidades periódicas de modificações hormonais, nas mulheres é bem diferente. Depois da puberdade começam os ciclos mensstruais que trazem a menstruação e a ovulação, há a gravidez, o parto, o pós-nascimento da criança e ainda a menopausa.

Grande parte das alterações do sono nas mulheres estão relacionadas com estes períodos porque algumas têm insónias com a menstruação, outras têm hipersónia ou insónia na gravidez e muitas mulheres começam as suas insónias a seguir ao nascimento de um filho (muitas vezes, o primeiro). Depois, quando chegam à menopausa, voltam a ter insónias relacionadas com as perturbações hormonais por deixarem de produzir estrogénios. Tudo isto torna, em termos hormonais, as mulheres mais susceptíveis de terem mais alterações do sono do que os homens.”

Teresa Paiva, professora e médica neurologista especialista em medicina de sono

Lisbon Sleep Summit, 2018

Um ciclo mais propício a instabilidade emocional

As mulheres em idade reprodutiva passam por uma série de acontecimentos que provocam instabilidade de humor. Sendo ou não negativos, envolvem variações hormonais que podem afectar a resposta emocional a esses acontecimentos, muitas vezes causando ansiedade ou tristeza.

Não sendo doenças, a menos que se revelem excessivamente intensos ou duradouros, esses sintomas afectam o bem-estar e exigem grandes exercício de adaptação.



Um ciclo mais propício a perturbações depressivas

A relação entre eventos da saúde reprodutiva da mulher e as desregulações de humor é uma evidência. As hormonas sexuais são importantes reguladores da actividade neuronal, pelo que as alterações que decorrem de eventos como puberdade, gravidez, pós-parto, menopausa, aborto ou, simplesmente, o ciclo menstrual, podem levar a variações no funcionamento do cérebro, tornando as mulheres mais susceptíveis de desenvolver perturbações depressivas ou ansiosas.

Embora as causas não estejam totalmente estabelecidas e essas perturbações resultem de uma combinação de diferentes factores, é na adolescência que surgem as diferenças de género nos sintomas depressivos – a tendência para a depressão psicológica é significativamente superior nas raparigas -, sendo essa maior vulnerabilidade algo que acompanha as mulheres ao longo da vida.

Se a maternidade é, em si e só por si, um factor de risco para o estado de saúde psicológica da mulher é um tema que tem gerado aceso debate; faltam estudos que provem, por exemplo, que a depressão pós-parto esteja apenas relacionada com aspectos biológicos. Não obstante, diferentes investigações apontam o pós-parto como a fase da vida de uma mulher com maior risco para o início ou ressurgimento

de uma doença mental, estimando que a depressão pós-parto possa afectar entre 10% a 20% das mulheres gestantes (o número varia em função da metodologia e dos instrumentos de diagnóstico de cada estudo).

Para além da biologia, a própria biografia de saúde da mulher pode ser um factor de risco para a depressão. Problemas prévios relacionados com uma gravidez, como a infertilidade ou um aborto, tornam o risco de depressão pós-parto mais elevado. As profundas modificações no corpo durante o período da maternidade, e a consequente insatisfação com a imagem pessoal, podem estar relacionados com sintomas depressivos durante a gestação e o pós-parto.

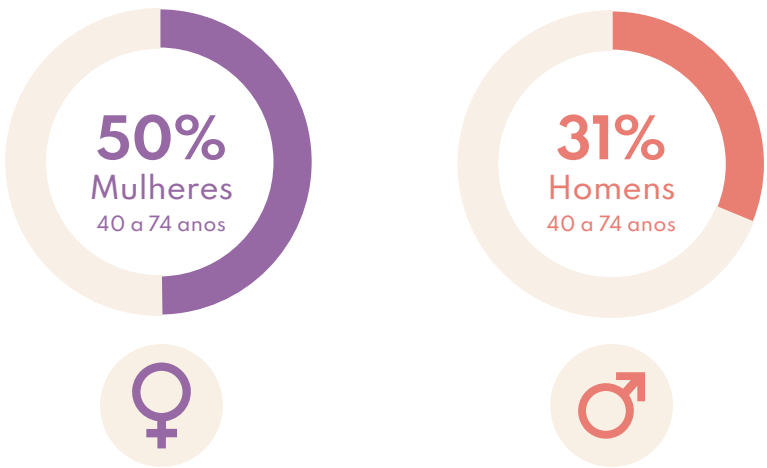
A menopausa será também outro momento crítico para a saúde mental da mulher. Para além do aspecto hormonal, a perda de capacidade reprodutora ou as alterações no corpo podem causar ansiedade e depressão.

Mesmo que a propensão genética para a depressão possa ser idêntica entre os sexos, o ciclo reprodutivo atribui à mulher um factor de risco adicional. O presente estudo não só sustenta a maior prevalência de depressão na mulher, como prova que, na sua génese, estão frequentemente temas relacionados com esses eventos.

Já teve algum episódio de esgotamento psicológico ou depressão

Respostas: 'Sim, tenho actualmente'; 'Sim, tive'; 'Não foi diagnosticado, mas acho que sim'

N=731



Esse episódio está ou esteve relacionado com algum evento específico?

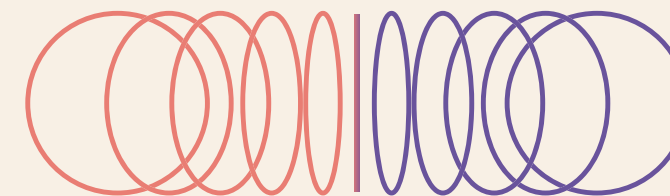
(se reconhece algum esgotamento ou depressão)

N=317





Dorothea Tanning
Maternity, 1946-47



Ninguém me tinha falado em depressões pós-parto, apenas me disseram para me preparar porque podia ficar um bocadinho triste. Mas chorar compulsivamente porque todo o meu corpo estava numa confusão (...). Para as pessoas, eu estava ótima ao fim de um mês após o parto, eu também não engordei muito durante a gravidez. ‘Mas eu não estou ótima! Estou magra porque vomito quase tudo o que entra. À noite o meu corpo começa a vomitar tudo, de choque... não estou ótima!’ Acho que ninguém percebe e, quando eu dizia isto, as pessoas ficavam chocadas. ‘Mas não estás contente por ser mãe?’ Eu gosto muito da minha filha e não, não estou contente por ser mãe, não estou a conseguir gerir isto. (...) A minha mãe passou a vida a dizer: ‘Sentes um amor avassalador pela tua filha, ainda ela está na tua barriga, e quando ela nasce, tu olhas para ela e aquilo é imediato!’ Mas eu nunca fui de emoções imediatas... processo, tenho que racionalizar tudo o que está a acontecer e sempre gostei da minha filha, mas não tive aquela vontade avassaladora (...). Aquilo correu tudo tão mal... eu tinha crostas de queimadura e pensava: ‘Mas quem é que é capaz de gostar disto? Eu devo ter um problema porque não é natural eu chorar tanto porque o meu corpo está todo queimado! É tudo natural, a minha própria mãe faz disto tudo natural.’

Acho que somos educadas a ser super-mulheres e que conseguimos tudo e eu sempre fui muito forte, as minhas amigas diziam que eu era a Madona porque tinha tudo muito controlado. Mas não é suposto ser assim.”

M, 34 anos, casada, grávida e com 1 filha de 2 anos
Diagnóstico de depressão pós-parto



**Como
pode ser
potenciada?**



Embora o mundo subdesenvolvido revele problemas endémicos em relação às mulheres e se assista à reversão de alguns progressos conquistados em países desenvolvidos (como a descriminalização do aborto nos EUA), podemos falar em grandes evoluções em matéria de saúde da mulher nos últimos anos.

A integração das mulheres na actividade científica e na investigação (sem subtrair o contributo de alguns homens investigadores) tornou o preconceito de género na pesquisa e na prática médica visível. Livros, revistas e documentários não científicos trouxeram o problema para a esfera pública, tornando a discussão mainstream. Em resultado, a integração do género como uma variável de estudo passou a ser um requisito para muitas das agências que os patrocinam.

O que a ciência diz sobre a mulher afecta o modo como é socialmente vista; reconhecer que, ao longo da história, a ciência teve lapsos de imparcialidade é, em si mesmo, um sinal de que se está a tornar mais justa. Por outro lado, a presença de mulheres na investigação está a trazer para a pesquisa aspectos da vida feminina que, em geral, levantam menos curiosidade aos homens, como a menstruação ou a menopausa.

Ao lado da ciência, correm outras evoluções que contribuem para uma mudança na atitude em relação à saúde da mulher. Para além das próprias evoluções da medicina, a indústria tecnológica acordou para o potencial de ferra-

mentas dirigidas a mulheres e as femtechs – aplicações, dispositivos vestíveis e softwares orientados à saúde feminina - colhem crescente adesão (e investimento). Na nossa amostra, 29% das mulheres recorre actualmente pelo menos a uma aplicação ou tecnologia relacionada com a gestão do seu ciclo menstrual (47% entre os 20 e os 24 anos), seja para gerir efeitos do ciclo menstrual ou por não querer engravidar. E o que começou em produtos e serviços de rastreamento de fertilidade e menstruação, promete expandir para campos de saúde que vão muito além da saúde reprodutiva feminina.

A boa notícia, para além da promessa de melhoria da qualidade de vida das mulheres, será o facto dessas inovações tecnológicas poderem servir a recolha de dados com uma escala e fiabilidade inéditas no research científico (assumindo que prevalece a ética na gestão desses dados). Somadas à inclusão da perspectiva feminina, estas mudanças auguram a melhoria da qualidade da ciência para todos.

Finalmente, cresce na sociedade a sensibilidade para aspectos da saúde da mulher. Muito para além dos media tradicionais, estará o contributo das redes sociais, como o Instagram ou o TikTok, em torno das quais hoje se gravita; seja pela partilha de intimidade a que se prestam, pelo tipo de linguagem - mais visual ou humorística – a que recorrem, ou por dar lugar e voz ao sofrimento anónimo, as redes estão a ter um papel preponderante na normalização de temas sobre os quais ainda pairam estigmas e tabus.

Reframing Revolution

Lançada pela Peanut, uma comunidade online dirigida a mulheres nos EUA, a iniciativa envolve uma galeria digital com dezenas de ilustrações de corpos femininos, feita com a colaboração de médicos. Por trás, está a convicção de que “a deturpação de como um corpo pode parecer quando sofre de uma determinada condição pode levar a erros de diagnóstico e maus-tratos de condições de saúde. Além do mais, a suposição de que há um tipo de corpo normal é falsa e prejudicial”. É dirigida a especialistas de saúde e a mulheres.

Estreitar o fosso de conhecimento: um processo em curso

Em termos estritos de conhecimento do corpo e das doenças (e do impacto das doenças), ainda não é possível falar em igualdade de género, mas há um conjunto de forças propulsoras que, ao lado de uma medicina empenhada em melhorar práticas e protocolos, estão a contrariar preconceitos sistémicos da sociedade e a contribuir para aproximar o grau de conhecimento de um e de outro sexo.

A ambição será a de que, num patamar de conhecimento mais profundo, as mulheres possam chegar a um novo paradigma de relação com o seu corpo, percebendo melhor os mecanismos que afectam o seu bem-estar.

Mais do que a reivindicação da igualdade de género, o que se pretende é que o conhecimento se traduza numa nova ambição e possibilidade de bem-estar para as mulheres, reconhecendo que, por determinantes biológicos, esse destino de bem-estar vai ser sempre diferente daquele que se ambiciona para o homem.

Conhecimento do corpo, das doenças, das condições de mal-estar



Homens



Mulheres

Novo paradigma de relacionamento da mulher com o seu corpo [e novo bem-estar ambicionado]

Forças propulsoras de mudança [estreitamento do fosso]

Consciência Social

Acções mediatizadas reclamam (outra) atenção e consideração da sociedade para os temas da saúde da mulher (muito para além das reivindicações legais) - o reconhecimento do mal-estar como primeiro aspecto de mudança.

Produtos e Conteúdos

Marcas de produtos ou serviços orientados a mulheres, marcas e sub-marcas de media, grupos em redes sociais e outros que abordam temas/ problemáticas com uma nova abertura (e novas linguagens).

Tecnologia

Novas tecnologias permitem às mulheres monitorizar sintomatologia ao longo do tempo e ganhar inteligência sobre o seu corpo. Juntam-se a outras na área da medicina que oferecem novas soluções de conforto, de diagnóstico ou de tratamento.

Research

Iniciativas de grandes marcas prometem, a partir de bases de dados de grande escala, um salto muito expressivo no entendimento da saúde da mulher (em particular em temas onde o subentendimento é reconhecido).

Tempo

Reconhecer e contrariar a normalização de bolsas de mal-estar

A investigação conduz a quatro bolsas de mal-estar que a mulher não contraria ou procura minimizar por falta de informação, por falta de consciência sobre os efeitos colaterais desse mal-estar e, sobretudo, pela normalização do “não estar bem”.

As três primeiras resultam do sexo. Por força da biologia, a mulher atravessa ao longo da vida períodos que são grandes desestabilizadores de bem-estar – menstruação, maternidade e menopausa -, pelas transformações físicas, psicológicas e emocionais que envolvem. Tudo sugere que o sofrimento a que as mulheres são votadas é normalizado (designadamente pelas próprias), o que contribui para que se negligencie um espaço potencial de bem-estar. Mesmo do lado da medicina, não parece haver uma abordagem sistemática para prevenção destes sofrimentos da mulher, sabendo-se à partida que são momentos propícios a desordens na saúde física e mental.

A quarta bolsa de mal-estar é resultado do género, que determina que as mulheres persigam padrões de beleza que, para a maioria, são de difícil alcance. O desconforto que começa com a distância ao peso ideal (não necessariamente o peso saudável) vai alastrando a outras esferas à medida que as experiências de vida e a idade vão desviando o corpo de um conceito de beleza que recusa o envelhecimento.

Nas próximas páginas procura-se apurar a escala da subvalorização dessas bolsas de mal-estar e inspirar novas abordagens ao bem-estar da mulher (através de referências a iniciativas que devem ser lidas como meramente ilustrativas de possíveis caminhos de actuação).

Métricas de desconforto (proxys de mal-estar relacionados com o ciclo de vida reprodutivo)

Menstruação

Cerca de um milhão e oitocentas mil mulheres menstruam e 39% delas consideram-no difícil. Pelos cálculos, são 1.375 dias de dificuldade na vida de mais de 700 mil mulheres. Aproximadamente 3,7 anos das suas vidas.

Maternidade

Cerca de 85 mil mulheres passam em cada ano por um processo de maternidade. 48% considera a fase do pós-parto difícil ou muito difícil. Fazendo as contas, são mais de 140 dias de dificuldade na vida de 40 mil mulheres em cada ano.

Menopausa

Cerca de um milhão de mulheres entre os 45 e os 64 anos estará numa fase da menopausa. 32% considera-o difícil ou muito difícil. Pelos cálculos, são 1.213 dias de desconforto na vida de mais de 265 mil mulheres. Aproximadamente 3 anos das suas vidas.

Relação com o corpo

Cerca de 1 milhão de mulheres estão desconfortáveis com o peso, embora o seu IMC sugira “peso normal”. 27% reconhece que a insatisfação com o peso interfere muito com o seu bem-estar psicológico. São quase 259 mil em sofrimento desnecessário.

Os dados em cima resultam de uma análise Return On Ideas, com base em respostas a inquérito e extrapolando para universo nacional (dados Pordata): população residente do sexo feminino por grupo etário (2021) e nados-vivos de mães residentes em Portugal (2017 a 2021)



Perseguir um potencial de bem-estar

Menstruação

Menstruação, um novo olhar em construção

Breve cronologia

Falar de menstruação é falar sobre a História da mulher. Desde (pelo menos) a Antiguidade proliferam mitos e teorias que tentam explicar um fenómeno que, em certas religiões e culturas, ainda remete a mulher para um lugar de isolamento e exclusão.

A forma como a menstruação é encarada está intimamente relacionada com o estatuto social da mulher e, ainda que a diferentes ritmos, tem progredido em (quase) todo o mundo. Essa progressão vai acontecendo à medida que se criam novos produtos de recolha menstrual e contraceptivos hormonais, ambos fundamentais para a afirmação e consolidação do papel da mulher na esfera pública.

Em Portugal, a chegada da democracia trouxe conquistas inequívocas. O país foi dos primeiros na Europa a disponibilizar a pílula contraceptiva e, nos anos 80, chegou a assegurar às mulheres com dores menstruais incapacitantes uma licença não remunerada até dois dias. Uma benesse que viria a ser revogada em 2009, voltando este ano à discussão pública.

Embora grande parte das concepções erróneas sobre a menstruação, que historicamente penalizaram a mulher, tenham sido mitigadas nas sociedades ocidentais, vários estudos revelam que persistem constrangimentos e vergonha, uma “etiqueta social” que mantém o tema na invisibilidade.

Num estudo feito em 2016¹, que auscultou mulheres de 190 países, contam-se mais de 5 mil eufemismos para “mens-

truação”. Outro estudo de 2020² revela que as mulheres são tão propensas quanto os homens a perpetuar o estigma e o tabu em torno da menstruação, referindo que 54% acredita que não deve ter relações sexuais enquanto está menstruada por ser pouco higiénico (vs.52% dos homens).

Os especialistas que olham a menstruação enquanto fenómeno social falam em “paradoxo menstrual”: um assunto aparentemente tão natural que não precisa de ser abordado, tão banal que todos sabem do que se trata e, por isso, não precisa de ser debatido abertamente. Como sugere Patrícia Lemos, educadora para a saúde menstrual, apesar da sua centralidade na vida quotidiana das mulheres, “a maioria nunca pensou sobre o que isso significa para si para lá da camada superficial e dicotómica do «maça-me»/«não me maça».

Hoje sabe-se que a menstruação é uma experiência bastante mais complexa do que o simples acto de libertar sangue todos os meses. Sabe-se que é uma derivada de algo maior – um ciclo menstrual, que mexe com dinâmicas psico-emocionais como a sexualidade ou a forma como a mulher vê e vive o seu próprio corpo - e, nesse sentido, é possível às mulheres compreender melhor o funcionamento do seu corpo e os seus estados emocionais.

Se é verdade que os tabus e a desinformação persistem, deve reconhecer-se o importante caminho de sensibilização que tem vindo a ser feito.

2015

✓ ‘Period’ é considerada uma das palavras do ano na sequência de um comentário de Donald Trump sobre uma jornalista: “Podia ver-se o sangue a sair-lhe pelos olhos. Sangue a sair-lhe... de todos os lados.” #periodsarenotaninsult tornou-se hashtag no Twitter, com várias mulheres a anunciarem durante meses a sua menstruação a Trump

✓ A maratonista Kiran Gandhi corre na maratona de Londres menstruada e sem usar produtos de recolha menstrual como forma de sensibilização. “Corri com sangue a escorrer pelas pernas pelas pessoas que não têm acesso a tampões e que, apesar das cólicas e da dor, escondem e fingem que não existe”.

✓ A Thinx produz a primeira roupa interior reutilizável para a menstruação que elimina a necessidade de tampões e pensos.

2019

✓ A curta-metragem Period. End Of Sentence (Absorvendo o Tabu) ganha um Óscar. O documentário passado na Índia acompanha um grupo de mulheres que aprende a operar uma máquina de produção de pensos higiénicos de baixo custo para vender a preços acessíveis

✓ É criado um emoji para a menstruação 🩸

✓ A equipa americana de futebol feminino ganha o World Cup com treinadores a referir a importância do ajuste de treinos ao ciclo menstrual

✓ As Nações Unidas consideram a saúde e a higiene menstrual (MHH — Menstrual Health and Hygiene) como uma questão de direitos humanos

2020

✓ Escócia e Nova Zelândia aprovam leis para providenciar produtos menstruais gratuitos nas escolas

✓ No Reino Unido, é criado um programa estatal de apoio à menstruação que passa pela distribuição gratuita de produtos de recolha menstrual até aos 19 anos

✓ A empresa Zomato cria uma política de baixa paga para dias de menstruação

2017

✓ A Libresse / Bodyform (marca do grupo Essity) faz manchetes com Blood Normal, o primeiro anúncio de produtos menstruais a mostrar líquido de cor vermelha.

2022

✓ As cadeias de supermercados Asda e Aldi alteram o nome do corredor de produtos de recolha menstrual de “feminine hygiene” para “period products”

✓ O governo espanhol aprova uma licença menstrual para mulheres que sofrem com dores incapacitantes

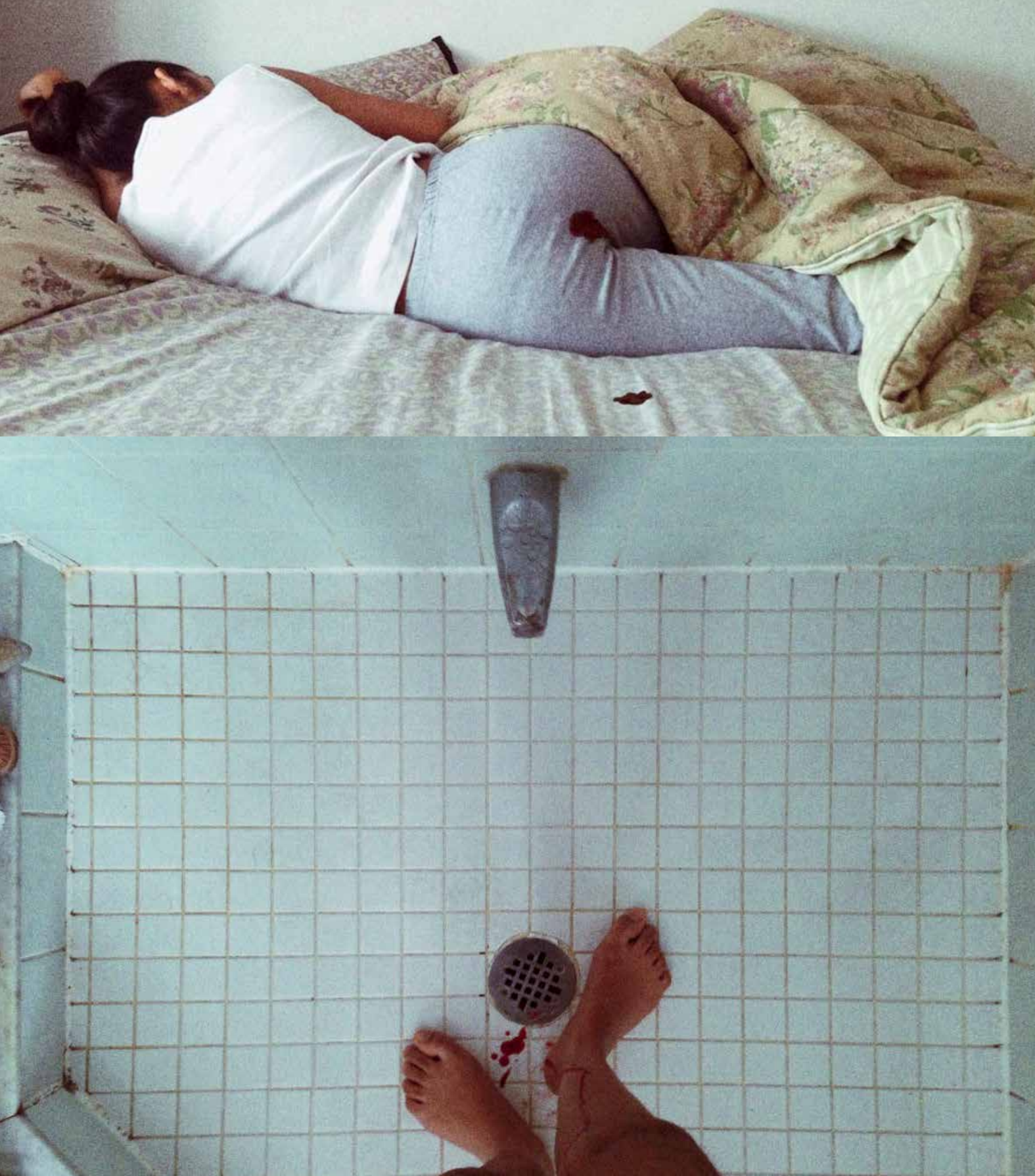
✓ No torneiro de ténis de Roland Garros, a tenista Zheng Qinwen, explica em entrevista ter sentido fortes dores abdominais. “É uma coisa de raparigas. O primeiro dia é sempre tão difícil. Em campo, gostava de ser um homem.” Referindo-se a uma lesão na perna que a forçou a parar a meio da partida, declara uma dor “incomparável” à causa da pela menstruação.

¹ Estudo da Clue, em parceria com a The International Women’s Health Coalition

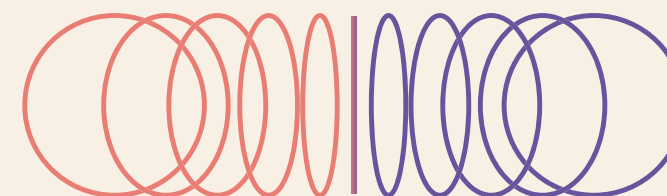
² Global V Taboo Tracker, criado pela Essity

‘PERIOD’, Rupri Kaur (2015)

Rupi Kaur, uma artista canadiana, recolheu em fotografia imagens de momentos vividos pela irmã para um projecto universitário de combate ao estigma em torno da menstruação. A fotografia viria a ser retirada mais do que uma vez das suas publicações do Instagram por alegadamente violar normas comunitárias, sem que a plataforma explicasse as regras infringidas. Kaur decidiu denunciar o que apelidou de censura, numa publicação nas redes sociais: “Não me vou desculpar por não alimentar o ego e orgulho de uma sociedade misógina que aceita o meu corpo em roupa interior mas não está confortável com uma pequena perda de sangue”, escreveu. A contestação pública levou o Instagram a repor as fotografias no perfil de Rupri Kaur.



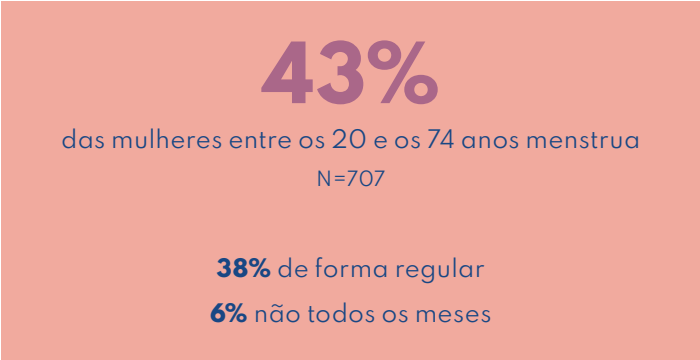
O desconforto da menstruação em discurso directo



«Eu com 14 anos chegava a desmaiar. Como eu menstruava muitas vezes por mês, ou ovulava várias vezes por mês, mesmo com a pílula menstruava duas vezes por mês... Era de tudo porque aquilo era anemia, eram dores muito fortes, por exemplo, aquelas cólicas que se tem para ter bebé, claro que não era tão forte, mas era isso que eu sentia! Eram umas câibras... Era tipo umas pontadas... Era uma contracção e era mesmo incapacitante. Mesmo assim, eu tinha que ir para a escola, mas ter educação física ou fazer nataçao de competiçao era mesmo muito complicado, era impossível...

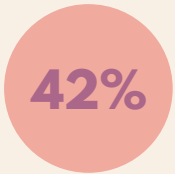
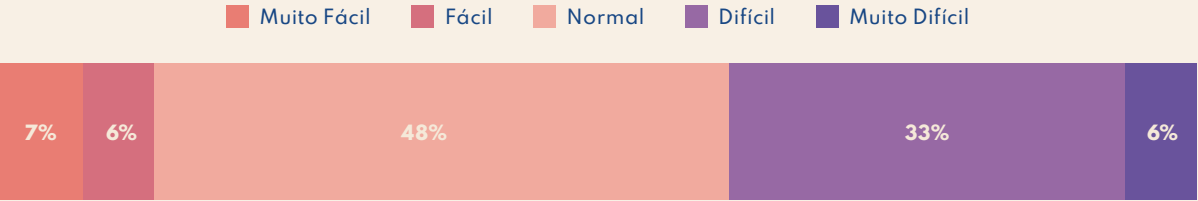
Agora já não é daquela maneira, mas, ao primeiro e segundo dia, ainda tenho dores. Eu acho que depois a pessoa habitua-se à dor. Pronto, já sei que vou passar no primeiro e segundo dia, mas não é nada como era antigamente. Mas lembro-me que, quando quis engravidar, durante um ano não tomei a pílula e voltou outra vez. Eu sei que, se não tomar a pílula, volto à mesma questão. Foi há seis ou sete anos e, assim que deixei de tomar a pílula foi logo, automaticamente, as mesmas dores.

M, 38 anos, casada, com 2 filhos, conversas sobre menstruação

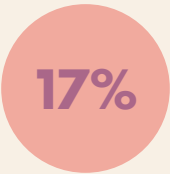


As medidas do mal-estar

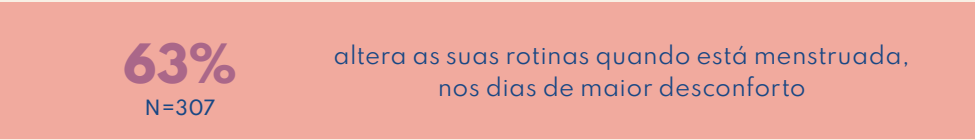
Em termos de menstruação, o que diria
sobre o que sente?
N=307



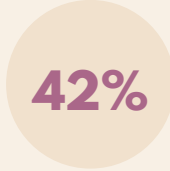
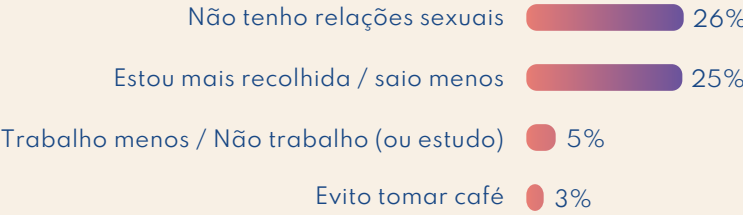
sente 3
ou mais sintomas



acumula dor abdominal,
dor de cabeça e dor nas costas



tem comportamentos
de compensação



tem comportamentos
de retração

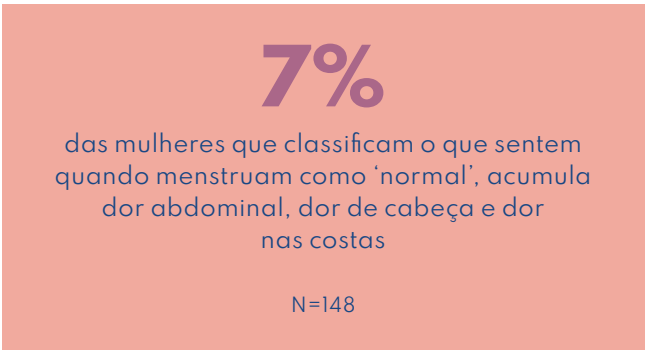
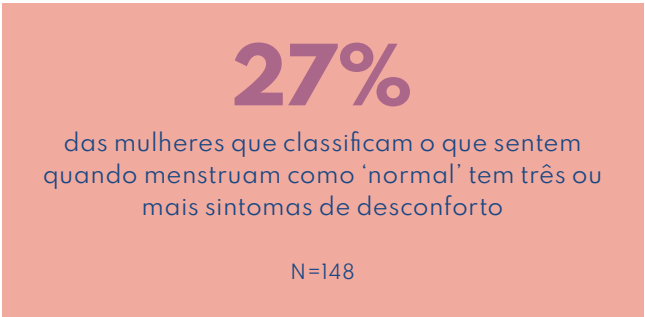
Confirmando os espaços de potenciação de bem-estar

A (EXCESSIVA) NORMALIZAÇÃO DO MAL ESTAR

Estudos internacionais¹ apontam para 10% a 12% de mulheres a sofrer de dor severa (‘severe pain’) quando tem a menstruação. Na presente investigação, 6% das mulheres que menstruam refere a menstruação como ‘muito difícil’ e 33% ‘difícil’; entre as que consideram difícil ou ‘normal’, 17% acumula dor abdominal, dor de cabeça e dor de costas.

Em conversas sobre menstruação, ficou claro que as dores “normais” são, para a maioria, as que se suportam com a toma de analgésicos. O facto de muitas mulheres não qualificarem este somatório de dores como ‘muito difícil’ significará que as dores não são suficientemente intensas ou será um primeiro sinal de normalização de mal-estar?

Para apurar a subvalorização e a consequente inacção a que conduz, introduziu-se na escala de avaliação de desconforto uma qualificação de ‘normal’ a que 48% das mulheres inquiridas que menstruam aderiu. Confirmando a hipótese de forma evidente, 27% das mulheres que classificam o que sentem quando menstruam como ‘normal’ tem três ou mais sintomas de desconforto e 7% acumula os três tipos de dor acima mencionados.



«No meu caso foi de forma natural, o meu organismo só ovula quando lhe apetece, mas eu encaro a menstruação como uma coisa boa porque é normal que o corpo da mulher tenha limpeza do útero para que possa voltar a engravidar para quem tem esse objectivo. Para quem não tem, é uma limpeza na mesma. É assim que eu vejo a menstruação.»

M, 35 anos, 1 filho, casada, conversas sobre menstruação

A SUB-COMPREENSÃO DO ‘CICLO MENSAL’

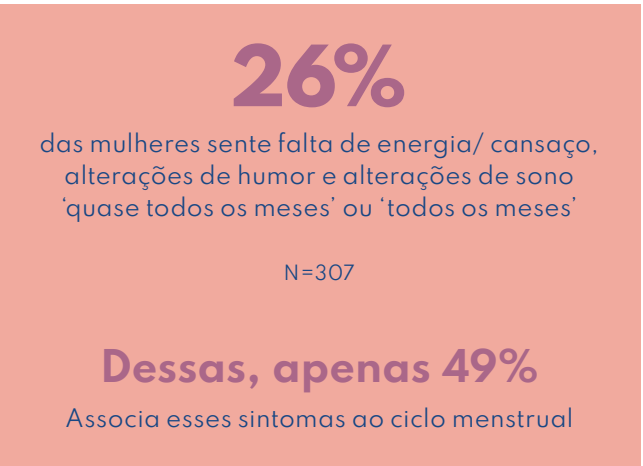
Vários estudos revelam que as mulheres desconhecem o que se passa no seu corpo para justificar a ‘perda de sangue’ mensal [por ex., num estudo no Reino Unido¹, 14% falhou uma resposta de escolha múltipla, com 7% a indicar que ‘sangue velho era removido do útero para ser reposto novo sangue’]. É, assim, expectável que a compreensão da totalidade das fases do ciclo menstrual – folicular, proliferativa, ovulação, menstruação – escape à grande maioria, e mais ainda quando se trate de perceber que, pelo conhecimento da ‘biologia particular’ de cada corpo, há possibilidade não apenas de minimizar mal-estar como de potenciar produtividade e resultados.

Especialistas defendem que, se se compreenderem os efeitos das principais hormonas da menstruação – estrogénio e progesterona – na neuroquímica, tanto se podem enfatizar os seus danos como os seus potenciais benefícios. O foco de estudo esteve historicamente orientado para os efeitos negativos dos desequilíbrios provocados por estas hormonas, resultando num padrão de actuação na medicina que tende a suprimir o ciclo natural feminino ao primeiro sinal de desequilíbrio, usando hormonas sintéticas.

Pelo contrário, uma corrente médica recomenda actualmente a educação das mulheres sobre “a importância da dieta, exercício e gestão do stress para ajudar a promover um melhor equilíbrio hormonal (...), o que lhes permitirá tirar partido das diferentes forças que vão experimentar à medida que o seu ciclo natural progride”². Alisa Vitti, Menstrual Health Expert, é a criadora do conceito “cycle-syncing”, assente na tese de que cada fase do ciclo fornece à mulher super-poderes cerebrais e, dessa forma, pode e deve ser um guia para o lançamento, execução e finalização de projectos de todos os tipos. Saber quais são os super-poderes e quando podem surgir será uma matriz valiosa de planeamento de vida que a maior parte das mulheres desconhece.

"É importante que mulheres de todas as idades compreendam melhor o seu corpo. Saber como as diferentes hormonas podem afectar os seus níveis de energia, humor, criatividade, etc., pode colocá-las numa posição de controlo, em vez de se tornarem vítimas do seu corpo."

Danielle Duboise and Whitney Tingle
Co-fundadoras da marca Sakara Life
[vide páginas seguintes]

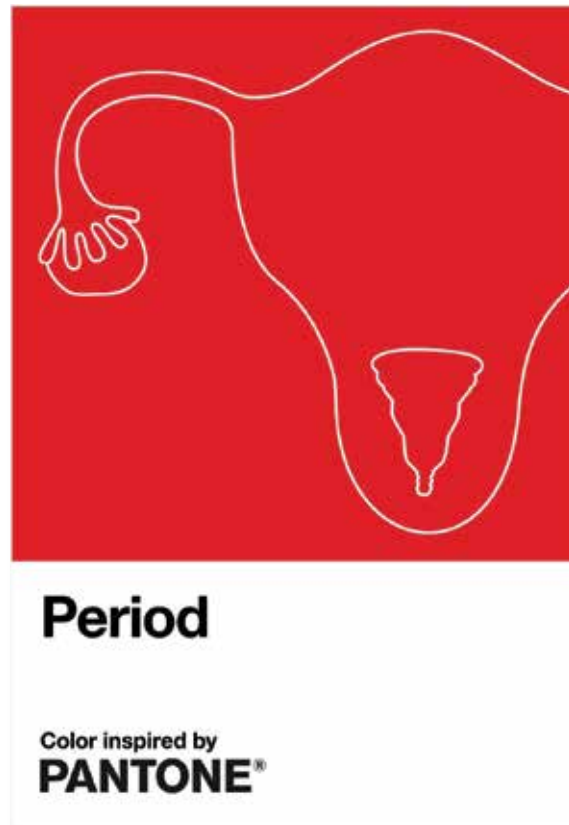


¹ Dawood, Y, Glob. libr. women's med.,(ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10009.

¹ YouGov, UK, 2019

² Segundo Allison Devine, Board Certified Ob/Gyn na Austin Diagnostic Clinic e na Faculty at Texas A&M Medical school

Consciência Social



INTIMINA + PANTONE

Novo 'pantone' quer quebrar tabus em torno da menstruação

Para quebrar o estigma em torno da menstruação, a Intimina, em parceria com o Pantone Color Institute, lançou em 2020 a campanha Seen + Heard, da qual nasceu a cor "Period".

"Apesar de bilhões de pessoas experienciarem a menstruação, é um tema historicamente tratado como algo que não deveria ser visto ou falado publicamente. E se olharmos para a cultura popular, as representações do período têm variado entre serem extremamente imprecisas e insensíveis, ou alvo de piadas e escárnio. Chega, estamos em 2020. Não será tempo de o período deixar de ser considerado um assunto privado ou uma experiência negativa? Não será tempo de chamarmos a atenção às pessoas que tentam perpetuar o estigma que envolve o período? Ou aqueles que fazem dele piada? Não será tempo de nos unirmos para encorajar uma visão positiva do período, assegurando que é visto e ouvido?", refere Danela Žagar, Global Brand Manager da Intimina, a propósito da iniciativa.



THINX

Embalagem deslizante desafia a norma do packaging de produtos menstruais

A publicidade e as embalagens de produtos de recolha menstrual são tradicionalmente pouco ilustrativos da sua função e modo de utilização (flores, linhas abstractas, etc.). A start-up americana Thinx, que conquistou notoriedade por criar roupa interior absorvente que substitui pensos higiénicos e tampões, desafiou a tradição ao desenvolver uma embalagem deslizante, que ilustra exactamente onde colocar o tampão. Ao longo dos anos, a empresa tem criado vários produtos e até sub-marcas que ajudam a mulher a gerir temas como a menstruação ou a sexualidade.

Consciência Social



BODYFORM

Campanha destaca o mal-estar associado à privação de sono provocada pela menstruação

Um estudo recente da Bodyform (grupo Essity) estima, que em média, as mulheres perdem 5 meses de sono ao longo da vida devido ao desconforto e ansiedade causados pela menstruação. O inquérito, que reuniu mais de 10.000 mulheres em 11 países, revelou ainda: 62% das mulheres tem o sono mais leve durante o período; 33% tem dificuldade em dormir por receio de que os produtos menstruais não sustentem o fluxo e sujem os lençóis ou pijamas; 62% não gosta de dormir em casa de outras pessoas ou ir de férias durante o período menstrual; 18% prefere rejeitar um encontro amoroso do que encarar a possibilidade de essa pessoa ver uma mancha no pijama ou lençóis.

Com base na investigação, a marca lançou a campanha #Periodsomnia, um filme que combina acção, animação e imagens termográficas para ilustrar que "os períodos não dormem", mesmo quando as mulheres estão desesperadas por uma noite de sono. Em simultâneo, a marca lançou um produto de recolha menstrual com uma tecnologia adaptativa, concebido para proporcionar maior protecção e conforto durante a noite.

Produtos e Conteúdos



MYFLO TRACKER

A única app de monitorização menstrual
que utiliza o Cycle-Syncing® Method

O termo ‘Cycle-Syncing’ foi introduzido por Alisa Vitti, em 2014. Diagnosticada com Síndrome dos Ovários Policísticos, passou 15 anos a estudar o ciclo menstrual, culminando na criação de um método “de sincronização com o ciclo”. O conceito propõe um ajustamento de aspectos do quotidiano, tais como alimentação, exercício físico, sociabilização ou actividade sexual, com base nas quatro fases do ciclo menstrual.

O objectivo é ajudar a corrigir desequilíbrios e mitigar sintomas provocados pelas alterações hormonais próprias de cada fase da menstruação, servindo como um “guia” dos momentos mais propícios para desempenhar determinadas actividades ou tarefas. O conceito foi transposto para uma aplicação de monitorização menstrual e fertilidade – a My-FLO.

SAKARA LIFE

Alquimia alimentar para enfrentar
flutuações hormonais

Sakara Life é um serviço de entrega de refeições frescas e à base de plantas, que integra o Cycle-Syncing® Method na concepção da sua oferta. O serviço conta com o apoio consultivo de médicos, entre os quais, Aviva Romm, médica e autora do livro ‘Hormone Intelligence’, no qual explora o impacto do mundo na saúde hormonal da mulher.

Romm colaborou no desenvolvimento de packs de refeições, entre os quais, um projectado para a ‘cura-hormonal’. “Our hormones, though we’re told make us totally unpredictable, are in fact very predictable—both month to month, and over the arc of our lives. Despite what we’ve been taught, our cycles aren’t supposed to make us miserable — and if they are (think: period pain, pain with sex, serious mood swings, wildly irregular cycles, breasts that are too tender to touch, overwhelming fatigue, uncontrollable cravings, menstrual migraines) — something’s out of sync and these are ‘hormone alarms’”, refere a autora.



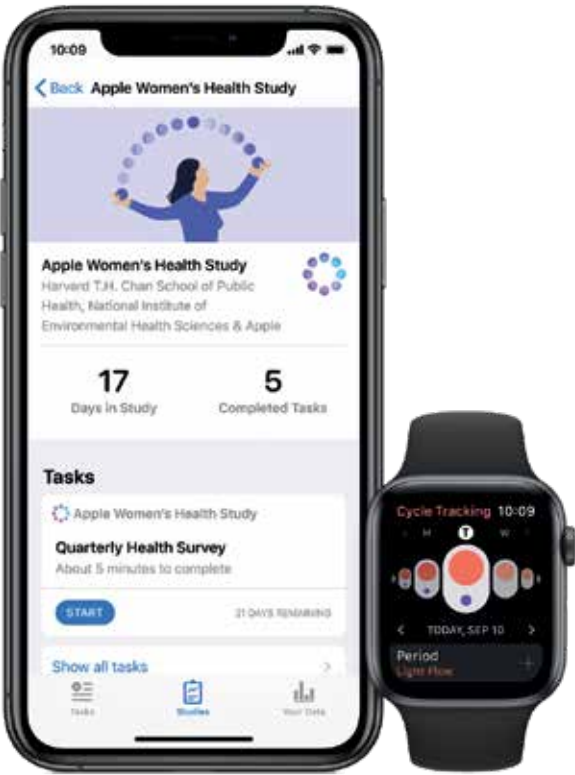
Research

APPLE + HARVARD RESEARCH

Um estudo que procura avanços na ciência
em torno da saúde da mulher

Em 2019, a Apple lançou o ‘Apple Women’s Health Study’, um estudo longitudinal que procura aprofundar o entendimento do ciclo menstrual da mulher, avaliando, entre outros aspectos, o impacto de factores demográficos e de estilo de vida. A investigação resulta de uma parceria entre a Apple e a Harvard T.H. Chan School of Public Health, feita sobre uma base de utilizadores de iOS que instalaram a aplicação Apple Research.

Com uma amostra representativa e uma metodologia inédita, o estudo constitui um avanço na compreensão do espectro da saúde menstrual e reprodutiva da mulher, que permitirá informar a melhor prestação de cuidados, capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças ginecológicas.

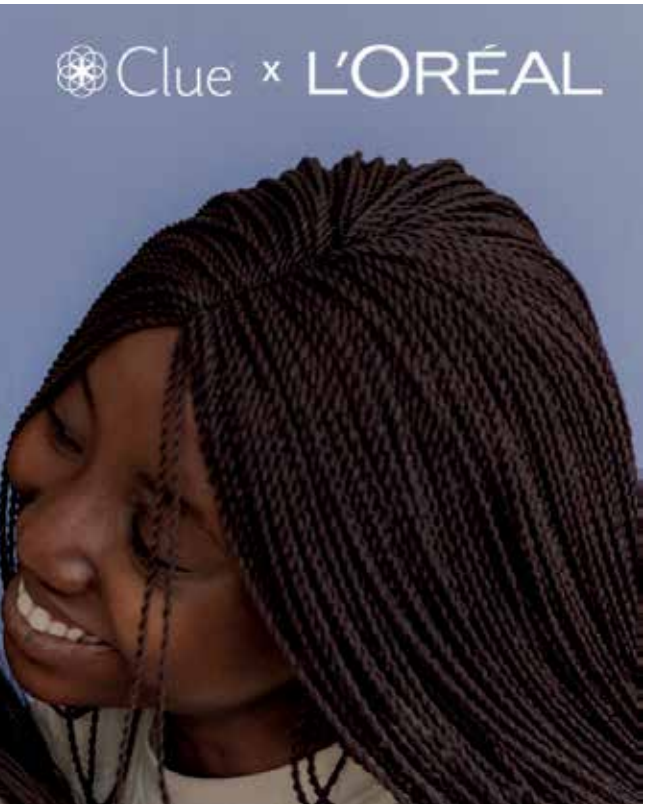


L'ORÉAL + CLUE

Marcas juntam-se para investigar impactos
da menstruação na pele

A L'Oréal e a Clue, uma aplicação de monitorização da menstruação, juntaram-se para investigar como a pele é impactada pelo ciclo menstrual. Através de dados da aplicação (obtidos através de inquéritos) pretendem criar conteúdos relacionados com problemas com a pele que resultem das alterações hormonais que ocorrem durante a menstruação - acne, pele seca, dermatite ou susceptibilidade aos raios UV. Segundo a Clue as alterações na pele estão entre as categorias mais monitorizadas na aplicação.

A L'Oréal contribuirá com aconselhamento personalizado, com base na semana do ciclo menstrual, tendo o apoio de dermatologistas, endocrinologistas e ginecologistas.



Teste ‘Saúdes’

Novos produtos recorrem a terapia de pulsação para alívio das cólicas menstruais. Ovira e Livia são exemplos de dispositivos à base de tecnologia TENS (estimulação eléctrica nervosa transcutânea); através de uma pequena corrente eléctrica que atravessa duas almofadas de compressão colocadas sobre os quadris, estes aparelhos permitem que as manifestações de dor não cheguem ao cérebro, relaxando os músculos da zona uterina e aliviando a dor. Com outra tecnologia, a Oovi atenua a dor ao enviar pulsações através de um dispositivo sem fios, ligado a uma almofada de gel que se coloca na zona pélvica.



Imagine que poderia ter acesso a um dispositivo tecnológico de alívio da dor menstrual que usa terapia de pulsação para alívio da dor (cólicas). Esta tecnologia poderia substituir a toma de analgésicos. Pensando no seu caso, que utilidade atribuiria a esse serviço?

32%
muito útil

[36% útil]

N=307

Em Portugal, cerca de um milhão e oitocentas mil mulheres menstruam e 39% delas consideram-no difícil. Pelas nossas contas, são 1.375 dias de dificuldade na vida destas mulheres. Aproximadamente 3,7 anos das suas vidas.

Apesar de universalmente presente na vida das mulheres, o tema ainda é remetido para a invisibilidade e, por ser tão normal (i.e. natural à biologia feminina), tomado como um mal-estar necessário e, portanto, sub-valorizado, sub-discutido e sub-entendido.

Além de destapar a escala desse mal-estar e as consequências que tem na vida das mulheres portuguesas, esta investigação sugere o potencial de bem-estar que pode advir não só da mitigação da normalização como, acima de tudo, da educação das mulheres para a compreensão da totalidade do ciclo e da sua influência neuroquímica. Há, afinal, um lado positivo das flutuações hormonais por descobrir.

Trata-se de uma nova abordagem à vida que a medicina, o nutricionismo e a neurociência propõem: a utilização de um calendário outro que indica em que dias se dispõe de determinados superpoderes e em que dias se deve condescender, somando a uma abordagem mais informada ao nível de exercício físico, alimentação ou gestão de stress, à falta de energia e de disposição para as exigências maiores.

Os avanços da ciência e da tecnologia, bem como o interesse de marcas e negócios pela problemática, são inequívocos na sinalização de um futuro diferente; um futuro aparentemente já disponível.



Perseguir um potencial de bem-estar

Maternidade

A maternidade é uma construção social que vai muito além da possibilidade biológica. Como conceito, vai sofrendo alterações significativas de acordo com cada época ou cultura, mas tende (porque contaminado por papéis de gênero e pela subvalorização histórica das queixas da mulher) a estabelecer um ideal de ‘mãe perfeita’, assente em mitos de amor incondicional espontâneo e instinto materno. Esses mitos – que o serão não por que não possam ser reais, mas por coexistirem com alguma fantasia - sustentam os discursos que romantizam e idealizam o processo da maternidade.

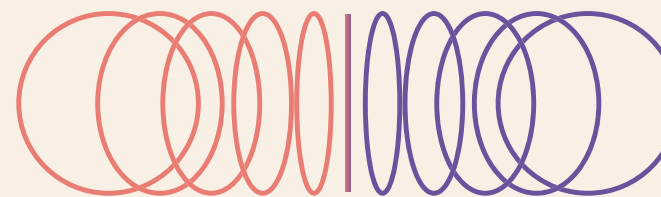
Ainda hoje, na maioria das mensagens e campanhas orientadas a mães predominam imagens de mulheres felizes e naturalmente aptas para lidar com as exigências de um bebê, igualmente exibido em estados de alegria ou tranquilidade. Há um discurso social amplamente divulgado que não só idealiza a maternidade, como sugere que, nesse papel, a mulher encontrará realização pessoal e plenitude. O próprio desejo de ser mãe, e de ser feliz nesse papel, ainda é de alguma forma cobrado pela sociedade.

A idealização em torno da maternidade estabelece modelos aos quais as mulheres sentem (nem que subconscientemente) ter de corresponder. Nesse modelo, não cabe o outro lado da maternidade. Não cabe a infertilidade e outros impeditivos físicos. Não cabem as dúvidas, as dores, as angústias. Não cabem as diferenças entre mulheres e entre cada maternidade. Não cabe o não gostar de ser mãe.

Pela normalização do instinto materno, exige-se à mulher que aprenda a ser mãe sem manual de instruções, ignorando a singularidade de cada mulher, bebê e família. À mãe cabe o cuidado permanente de um ser totalmente dependente, cujas necessidades atropelam o auto-cuidado, numa fase de grande debilidade física e psicológica devida ao parto, agravada pelo cansaço e pela privação de sono. Muitas estão isoladas e sem rede de apoio; muitas acumulam o trabalho na esfera doméstica. Estas experiências de maternidade são socialmente absorvidas como naturais e o mal-estar que delas decorre é normalizado pelas próprias mulheres.

Alguns estudos sustentam que a distância entre a construção social e a realidade da maternidade pode ter impacto na saúde mental da mulher. Do mesmo modo, nesta investigação, as conversas tidas com mulheres sugerem que o confronto com dificuldades ao longo do processo - como na amamentação - podem fazer disparar uma série de sentimentos negativos de frustração, insegurança ou mesmo de culpa.

Cada vez mais se defende que perceber as causas e falar de forma desinibida sobre as angústias da maternidade pode ajudar ao equilíbrio da mulher. E a verdade é que, devido a um crescente número de iniciativas de consciencialização e de soluções de apoio a mães numa das etapas mais exigentes do ciclo de vida da mulher, o paradigma tem vindo paulatinamente a mudar. É definitivamente hora de dar novas formulações ao conceito de maternidade, que desmontem ideias e certezas erradamente construídas sobre o tema.



“Eu sentia-me totalmente enganada, era o sentimento que eu tinha dentro de mim. Sentia-me enganada sobre o que é isto de ser mãe e o que é isto de ter um bebé e eu acho que nós mulheres devíamos explicar às outras mulheres que é normal sentir medo, que é normal olhar para a criança e não a querer ter, que é normal chorarmos, que é normal querermos fugir... tudo isso é normal, só que não é falado!

Para mim a parte mais difícil nem foi o físico, foi mesmo o emocional, porque eu até àquele momento tinha uma ideia de ser mãe... mas, de repente, tinha ali uma criança e estava com ela 24 horas por dia e entrava em pânico. (...) Havia um ou outro dia em que ela chorava desde manhã até à noite e eu entrava em stress, ela não se calava... Primeiro tentar compreender porque é que aquilo acontecia, (...) e perceber que todo aquele rol de sentimentos também era normal, por eu estar a voltar ao normal e por ter todas as hormonas a saltar.

Aqueles quatro meses que fiquei em casa de licença de maternidade foi o pior da minha vida. Só depois de ter começado a trabalhar, e de ter uma rotina, e também tinha o meu tempo... aí sim, comecei a aproveitar a maternidade. Mas até aí eu não conseguia porque estávamos sempre juntas. O meu cérebro não desligava, não descansava!”

M, 41 anos, mãe solteira, conversas sobre maternidade

Por mais que tenha havido uma profunda evolução no acompanhamento que é dado à mãe, o certo é que o foco permanece, sobretudo, na saúde e bem-estar do bebê. Em 2020, a taxa de mortalidade materna atingiu os 20,1 óbitos por 100 mil nascimentos. Há 38 anos que não era registado um valor tão alto em Portugal. Das mortes, oito ocorreram durante a gravidez, uma durante o parto e oito no puerpério (até 42 dias após o parto)¹. E embora se reconheça que o período de recuperação da mulher se estende muito além das primeiras semanas após o nascimento do bebê, – o chamado “4º trimestre”, em que as mulheres têm necessidades biológicas, hormonais e emocionais únicas – muitas não têm o apoio de que precisam.

Estudos revelam que, mesmo em áreas como a psiquiatria, há uma desconsideração histórica do impacto que a gravidez pode ter no desenvolvimento da mulher.² Não devendo ser confundida com a depressão pós-parto, a disforia pós-parto ou baby blues é uma condição passageira, mas muitíssimo frequente, atingindo 50% a 85% das mulheres, sinal da exigência do puerpério. Esse período continua a ser visto sob lentes dicotômicas em que, num extremo, está a patologização e a depressão e, no outro, uma visão romântica da passagem para a maternidade.

"O nascimento de um bebê traz consigo uma série de mudanças dramáticas no bem-estar físico da mãe, na sua vida emocional, no seu status social, e até na sua identidade enquanto mulher. Distingo este período de transição de outros, chamando-lhe matrescência, para enfatizar a mãe e dar foco ao seu novo estilo de vida."

Dana Raphael, The Tender GIFT: Breastfeeding (1973)

Em 1973, Dana Raphael, antropóloga, criou o termo matrescência para alertar para a crise identitária que a mulher sofre ao tornar-se mãe, procurando normalizar, em vez de patologizar, os “sentimentos mistos” que as mulheres experienciam na maternidade. Na última década, Aurélie Athan, psicóloga reprodutiva da Universidade de Columbia, tem conduzido esforços para reintroduzir o termo na consciência pública, destacando que a extensão de mudanças que ocorrem na maternidade se pode equiparar às transformações vividas na transição da adolescência para a idade adulta.

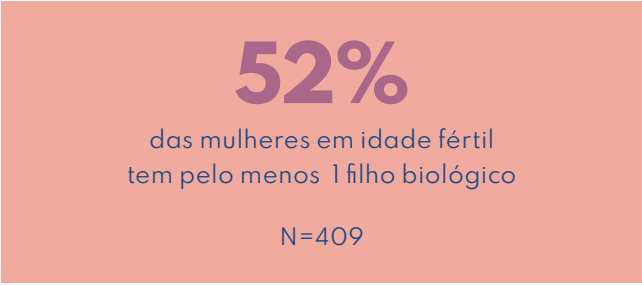
O facto é que, no processo de maternidade, a mulher é levada ao limite, sofrendo mudanças físicas, psicológicas, emocionais e de identidade. Para além da expansão da pesquisa sobre a forma como o processo de maternidade afecta o próprio cérebro das mulheres, a transição para a maternidade pede um novo modelo que, em vez de assumir que as dificuldades na maternidade indicam um problema mental, apoie as mulheres num período em que se têm que confrontar, para além de todos os aspectos físicos, com sentimentos de ambivalência em relação à maternidade, tantas vezes fonte de vergonha ou estigma.



“BEHIND GLASS” de Lisa Sorgini (2020)

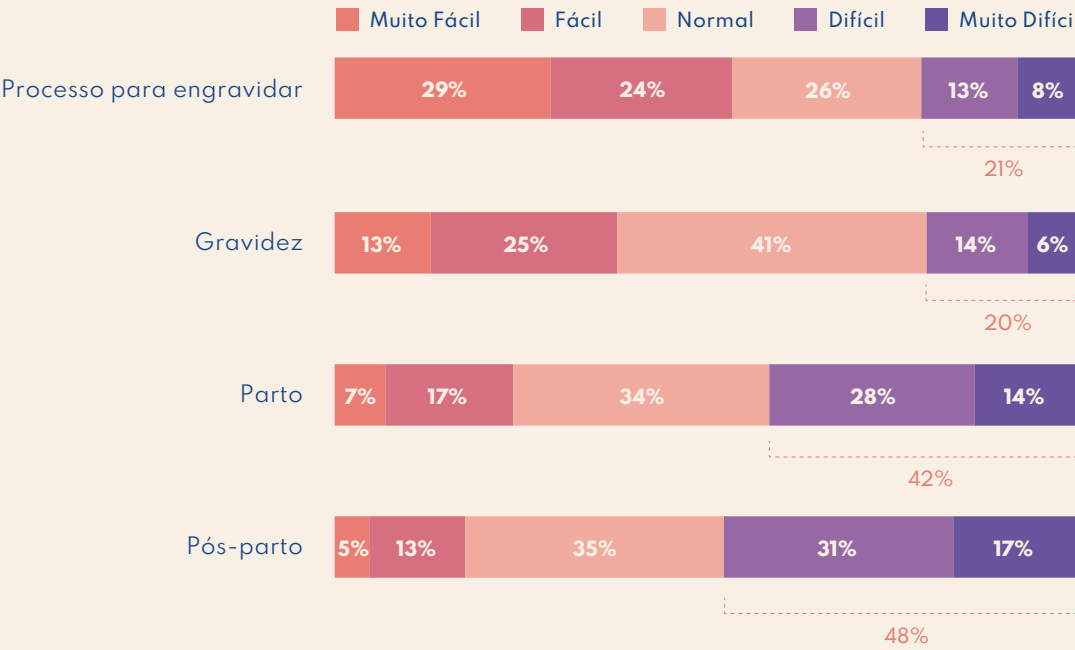
Houve um período na História em que o pós-parto era conhecido como o “confinamento” da mulher. A ideia foi recuperada pela fotografa Lisa Sorgini, a propósito da pandemia Covid-19. As fotografias captadas em “Behind Glass”, surgiram não só do contexto de restrições da pandemia, mas do desejo de explorar o processo em que a mulher se torna mãe. Neste ensaio fotográfico, Sorgini captou mães e filhos através das janelas das suas casas na costa australiana.

“A adolescência é tão celebrada; a matrescência nem tanto. É impressionante porque as mudanças costumam ser maiores. É uma espécie de iniciação que a sociedade parece não abraçar. Ao mesmo tempo que informa sobre um período em particular, “Behind Glass” fala de forma mais ampla da experiência da maternidade (...) onde as mulheres estão no centro de um mundo interior intenso, enquanto continuam a permanecer relutantemente separadas do exterior.”



A visão dos processos

N=212



69%

das mães indica pelo menos uma das fases da maternidade – processo para engravidar, gravidez, parto ou pós-parto – como tendo sido difícil ou muito difícil

56%

das mães com mais do que um filho reconhecem que os processos foram diferentes ou muito diferentes entre si

Confirmando os espaços de potenciação de bem-estar

A FALTA DE CONHECIMENTO E DE PREPARAÇÃO

Apesar da extensão de informação que hoje se disponibiliza, percebem-se défices de informação significativos entre as mulheres, sobretudo na primeira gravidez. De forma geral, parece haver pouca pedagogia acerca do que cada fase da experiência envolve, ignorando que a previsibilidade pode ser um factor de segurança.

Das conversas com mulheres retira-se que, mesmo para quem frequenta cursos de preparação, não falta informação superficial, mas raramente se aprofunda nos temas que efectivamente criam ansiedade nas mulheres, como a amamentação ou decisões relacionadas com o parto [na nossa amostra, um aspecto em que as mulheres reconhecem impreparação]. Na ausência de informação profissional, prevalecem as percepções que as mulheres criam a partir da leitura das discussões nas redes sociais, muitas vezes incorrectas ou incompletas na compreensão dos benefícios ou riscos que podem decorrer de determinadas escolhas para a mulher ou para o bebé.

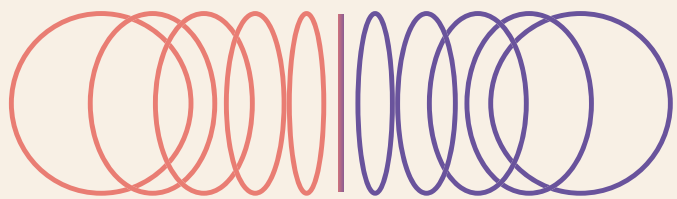
A distância entre as expectativas em relação ao processo (como se referiu, altamente idealizado) e o que, na prática, acontece, é um factor que interfere na satisfação das mulheres com a experiência de ter um filho. Num estudo nacional fundamentando na experiência de 7555 mulheres que foram mães entre 2015 e 2019¹, conclui-se que a percepção de controlo é determinante na qualidade da experiência do parto. A fuga ao controlo é um dos aspectos que explica

porque que as mulheres que iniciaram o trabalho de parto e tiveram de ser reencaminhadas para uma cesariana são as que menos satisfeitas se revelam com a experiência de parto, atrás das que fizeram uma cesariana sem trabalho de parto (i.e., das que sabiam à partida que esse seria o método pelo qual teriam o filho). São também essas que consideram o momento de contacto com o bebé após o nascimento menos satisfatório.

O apoio e a comunicação estabelecida entre as mães e a equipa médica é, por inerência, decisiva para a confirmação das escolhas e para a confiança da mulher. Vários estudos sustentam que quando os profissionais atendem às suas necessidades de apoio, as mulheres têm mais frequentemente uma experiência de parto positiva, mesmo que o parto seja prolongado ou envolva complicações médicas. No estudo mencionado, verifica-se também que, embora se reconheçam mais satisfeitas, as mulheres que têm partos vaginais respondem mais frequentemente ter passado por uma experiência mais inquietante.

Não obstante a dificuldade do parto, é em relação ao pós-parto que a preparação mais parece falhar. Essa fase prova-se a mais difícil de todo o processo, sendo, por oposição, a que mais vezes romantismo envolve. A satisfação com essa experiência está também significativamente relacionada com a auto-percepção da mulher, pela proximidade ou distância a que sente estar das expectativas socialmente construídas.

¹ Experiências de parto em Portugal, Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

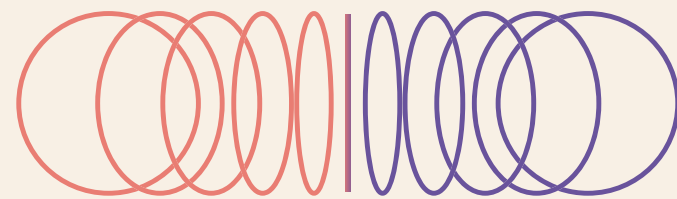


“Decidimos ficar no privado porque tínhamos alguém que nos explicava. É isso que eu sinto que tem o seguro, é termos o poder da escolha, de poder escolher um médico que, na primeira gravidez, nos explicou tudo em todas as ecografias que fiz da minha filha. Calhou ser aquela pessoa que me explicou tudo de uma ponta à outra, tudo o que se estava a passar, estive 40 minutos comigo em cada ecografia a explicar-me, a medir e ver se estava tudo bem e deu-me uma segurança que não estava a ter nos outros processos no público... Eu acho que conhecimento é poder e eu senti-me muito mais confiante ao longo da gravidez por ter esta informação de um médico que viu todos os pormenores e nos deu descanso.”

M, 38 anos, 2 filhos, casada, conversas sobre maternidade

“A primeira equipa que estive comigo no Santa Maria explicou-me coisas, garantiram-me que não ia ter dores, foi tudo muito controlado e foram sempre perguntando se eu estava bem. Mas a equipa que me acompanhou no dia seguinte tratou-me super mal! Eu disse que estava com dores: ‘Mas é normal, está em trabalho de parto’... Ao fim de 5 horas daquele turno, tive que dizer: - Olhe, eu até às oito da manhã não tive dores e agora tenho dores desde que a doutora entrou, alguma coisa não está bem! Eu estou aqui há 28 horas, estou cheia de dores, ninguém me diz nada, ninguém me faz nada, façam qualquer coisa! (...) Eu acho que há muita falta de informação e eu até posso ser muito de ‘o médico é que sabe’, nós até podemos não contestar... mas se nos explicarem, é só o que precisamos! E eles não se dão a esse trabalho.”

M, 34 anos, 1 filho, casada, conversas sobre maternidade



“Eu não gostei do parto e houve uma série de coisas que aconteceram em que eu não me senti resolvida. [Depois da primeira filha] Li muita coisa, andei a fazer imensa pesquisa e mudei de médico na segunda. Arranjei uma médica incrível e senti uma diferença enorme... [no primeiro] é muito desconhecimento e, para já, como é médica, não questionamos e, depois, o curso de pré-parto é só ao sexto ou sétimo mês. Nessa altura, já é difícil levantar algumas questões, não se percebe bem qual é que a filosofia do obstetra, até chegar o dia D... e aí já ninguém quer entrar em conflitos e pôr em risco o acompanhamento que foi feito. É difícil... Por exemplo, eu tive na primeira gravidez uma cesariana que era completamente desnecessária (...). A médica era conhecida por fazer muitas cesarianas... e hoje em dia sinto-me mega enganada porque não tinha pedido e, lá está, eu sinto que era o trabalho da médica ajudar o meu corpo a fazer esse trabalho [de parto] e não ser ela a decidir que o meu corpo não ia fazer isso.”

M, 32 anos, 2 filhos, casada, conversas sobre maternidade

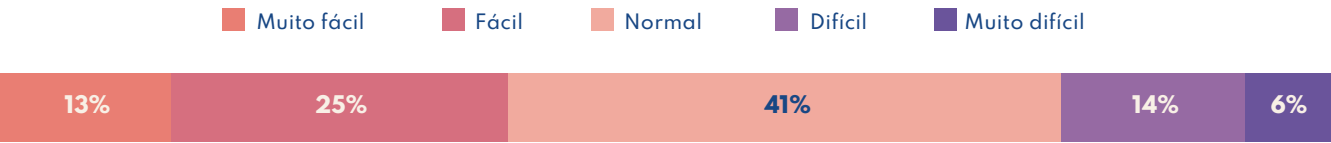
“[Durante o processo de fertilidade] procurava informação em blogs, isso preenchia o vazio. Nas consultas era o ‘não pense nisso’... sentia que a opinião não era técnica. Procurava no blog “De mãe para mãe”, acompanha as mulheres nas várias etapas. Para mim isso era importante, eu não queria falar com mães que engravidaram logo, queria perceber como me preparar mentalmente para os resultados. E, nesse blog, há mulheres enfermeiras que partilham estudos. ”

M, 35 anos, 1 filho, casada, entrevista aprofundada

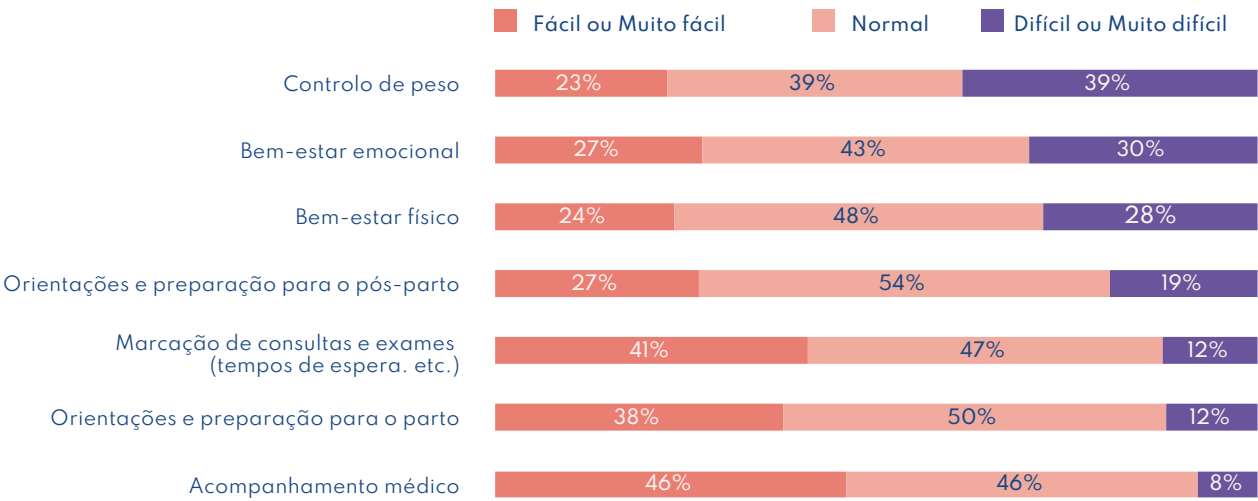
Gravidez

Qual a sua visão da gravidez?

N=217

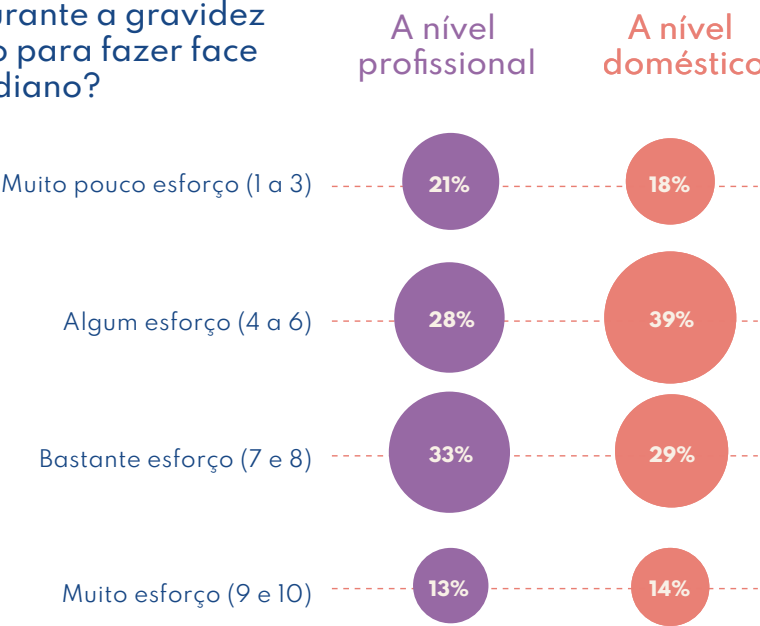


Aspectos mais difíceis ou fáceis que identifica durante esse período?



Qual diria ter sido durante a gravidez o seu grau de esforço para fazer face à exigência do quotidiano?

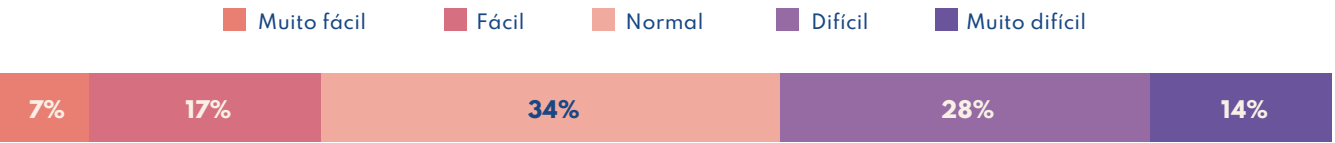
N=217



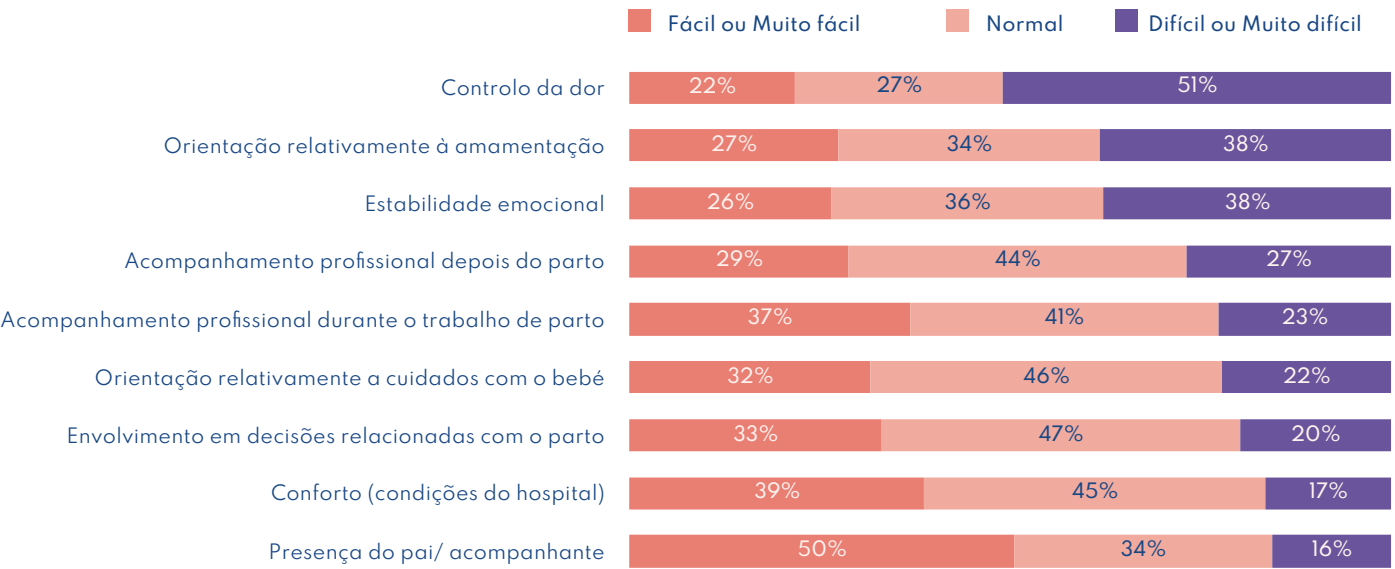
Parto

Qual a sua visão do parto?

N=212

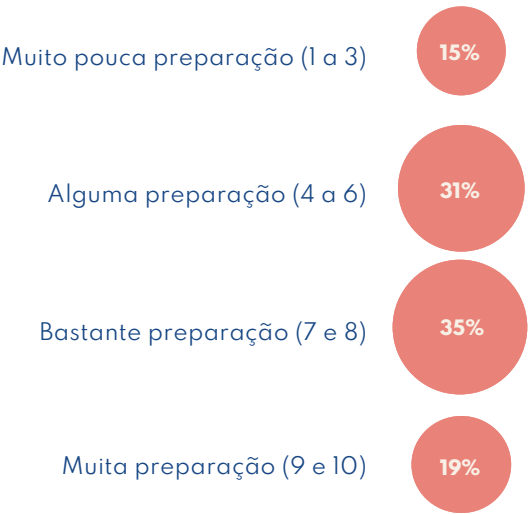


Aspectos mais difíceis ou fáceis que identifica durante esse período?



Sente que foi para o (primeiro) parto sabendo o que a esperava ou menos preparada do que devia?

N=212



33%

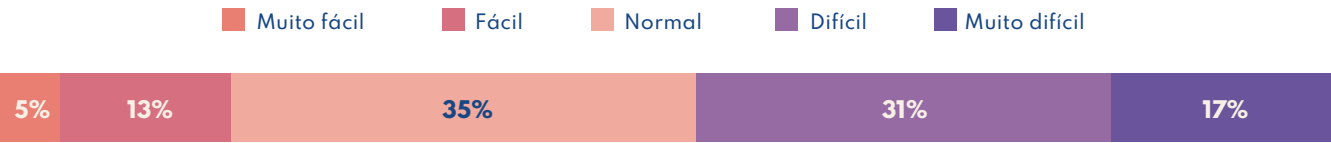
admite ter sentido em algum acto médico ou de enfermagem descuido ou agressividade que lhe pareceu desnecessária [durante o(s) parto(s)]

N=212

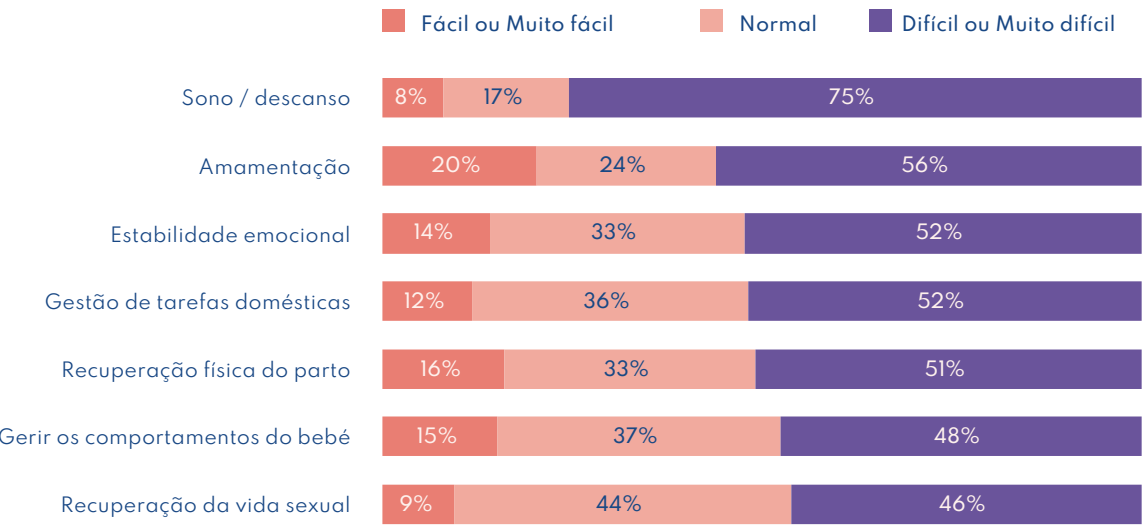
Pós Parto

Qual a sua visão do pós parto?

N=212

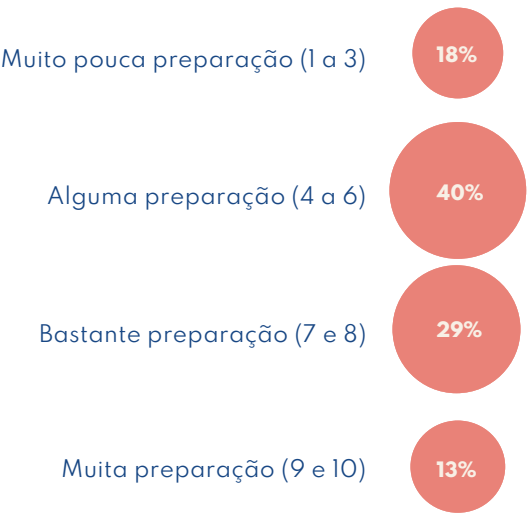


Aspectos mais difíceis ou fáceis que identifica durante esse período?



Sente que sabia o que a esperava ou considera ter sido menos preparada do que devia?

N=212



Confirmando os espaços de potenciação de bem-estar

A (EXCESSIVA) NORMALIZAÇÃO DO MAL ESTAR

O período do pós-parto é, de acordo com o esperado, o mais difícil de todo o processo de maternidade. Mesmo nos casos em que as mulheres não acusam instabilidade psicológica ou emocional, envolve a recuperação física do parto, que tende a ser mais difícil entre mulheres que passaram por cesariana [62% das que fizeram cesariana indica que a recuperação física foi difícil ou muito difícil vs. 46% das que tiveram partos vaginais].

Embora em todas as fases do processo de maternidade se perceba alguma tendência para a normalização do desconforto, é nesta fase que parece haver mais inconsistência entre aquilo que é pedido às mulheres e o apoio que lhes é oferecido. Nesta altura, o cuidado ao bebé secundariza o cuidado à mulher – seja porque a própria mulher se esgota no filho e tem pouca margem para o auto-cuidado, seja porque a sociedade (possivelmente incluindo alguns profissionais de saúde) não só naturaliza o mal-estar do puerpério como tende a reduzir o período de mal-estar a esses 42 dias.

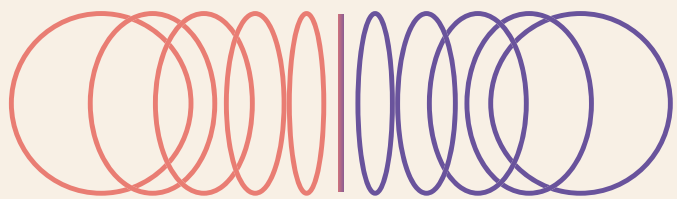
As sequelas psicológicas e físicas de um parto vão, no entanto, muito além dessa data. Estudos internacionais referem que cerca de metade das mulheres que dão à luz ainda sentem dores semanas depois. De acordo com uma investigação¹ que auscultou 2400 mulheres, mais de 40% das mulheres com partos vaginais relatou dores perineais e quase

60% das que fizeram cesarianas sentiu dor na incisão dois meses após o parto. Quase 80% das inquiridas revelou que a dor interferiu nas suas actividades diárias. E uma cada três relatou problemas urinários ou intestinais.

O aspecto psicológico será ainda mais dilatado no tempo, até porque a acumulação de cansaço e a ansiedade quanto aos cuidados com o recém-nascido não se dissipam em dias. A seguir ao sono e ao descanso, o aspecto da amamentação surge como o mais crítico da fase pós-parto. 56% das mulheres reconhece bastante ou muita dificuldade nesse aspecto, nuns casos, pela exigência física da amamentação (que impede a partilha da responsabilidade da alimentação do bebé), noutros pela incapacidade de o fazer. Nesses casos, o mal-estar decorre em grande parte do impacto psicológico da não correspondência ao ideal da maternidade, que gera sentimentos de culpa ou frustração.

Tal como na menstruação, também no que respeita à maternidade se procurou apurar a subvalorização do mal-estar. Novamente se prova que, dentro do ‘normal’ cabe um grande desconforto: das mulheres que indicam como ‘normal’ o que viveram no pós-parto, 65% admite problemas de sono ou descanso, 45% dificuldades com a amamentação, 38% dificuldades da recuperação física ou da vida sexual e 34% instabilidade emocional.

¹ Listening to Mothers: Pregnancy and Birth. New York: Childbirth Connection, May 2013

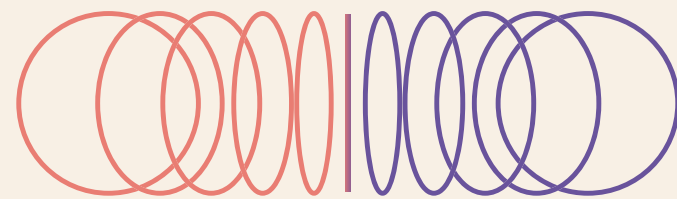


“Eu odiei o amamentar porque é tudo muito violento. (...) O facto de ter que acordar de três em três horas, depois não se adormece logo e quando se adormece, ela já está a acordar novamente... eu tinha vezes que já acordava a chorar porque tinha que ir dar de mamar. Acho que é um período tão violento que só dei de mamar durante dois meses. E se for ao terceiro acho que ainda não estou preparada para amamentar de três em três horas e durante tantos meses.”

M, 38 anos, 2 filhos, casada, conversas sobre maternidade

“Eu não fazia ideia que era tão debilitante... achava que eram 24 horas e pronto, tínhamos o corpo dorido. Não fazia ideia que ia ter hemorragias... Mas o pior, para mim, foi a prisão de ventre, achei que ia morrer! Eu não percebia a urgência daquilo e chegou a uma altura que eu comecei a chorar, achava que ia morrer! Ninguém me explicou isto... Disseram-me assim: - Tem aqui umas coisas para ir tomando... - Mas não me explicaram. Eu tinha tudo em casa, porque comprei, e depois é que me lembrei que me tinham dado qualquer coisa: - Deixa-me ler para ver a regularidade? É em todas as refeições... Eu não sabia que ia chegar àquele ponto, não tinha feito o clique. Assim como há o Ben-u-ron para as dores, não tomava porque conseguia suportar. (...) Eu acho que essa parte é falta de informação. Não nos dizem muito. Na primeira gravidez, como levei pontos, quase que nem me conseguia sentar. No segundo, essa parte da prisão de ventre, das hemorragias enormes...”

M, 32 anos, 2 filhos, casada, conversas sobre maternidade



“No pós-parto, senti que todas as dificuldades, os baby-blues, bateram-me em cheio. Senti que estava verdadeiramente sozinha. (...). Toda a gente me dizia: - Vai passar! E passou mas, na altura, não resolveu! Não queria preocupar a minha mãe, então não lhe disse nada. (...) A questão psicológica é o que primeiro vem à cabeça. Sentia pressão para estar feliz. Quando dizemos que estamos tristes tentam contrariar... Eu desliguei-me das redes sociais porque estava a comparar-me com gente desconhecida e pensei ‘vou desistir destes padrões de felicidade’.”

“Sinto que tenho de estar funcional sobretudo por causa da A. [filha]. Engordei 20 Kg e ainda tenho 15 para perder. Voltar ao meu peso habitual ia influenciar a questão mental, sentir-me bem e saudável. Sinto que, se melhorasse o peso, tudo melhoraria - a auto-estima, o desempenho. Correr, agora, desmotiva-me e, por isso, não vou.”

“Como posso melhorar a minha saúde? Estou à procura dessa resposta desde que a A. nasceu. É particularmente difícil depois desta fase, é um processo de reconstrução que ainda não consegui fazer: voltar às rotinas de vida saudável, alimentação, gestão de stress. Engordar não era inevitável, mas o facto de estar fechada em casa, fechou-me em mim mesma e não reagi como habitual. Fora das refeições, como o que não devo, como de forma irreflectida.”

M, 35 anos, 1 filha com 20 meses, casada, entrevista aprofundada

Consciência Social



FIGURAS PÚBLICAS NA
CONSCIENCIALIZAÇÃO PARA OS
DESAFIOS DA MATERNIDADE

Nos últimos anos, crescem as figuras públicas que usam a sua plataforma para alertar para os desafios da maternidade. Personalidades como Adele, Gwyneth Paltrow ou Chrissy Teigen falaram abertamente da depressão pós-parto, que afecte entre 10% a 15% das mães. Em Portugal, figuras como Marta Bateira, (Beatriz Gosta), ou Mariana Cabral (Bumba na Fofinha) têm também contribuído para desmistificar o pós-parto com publicações no Instagram. Temas como a privação de sono, a dificuldade na amamentação ou a desorientação identitária são explorados sem rodeios.

MOTHERCARE
Celebrar o pós-parto real

Uma nova campanha da retalhista Mothercare foi testada em 30 estações do metro de Londres para apelar a uma representação mais honesta da maternidade. Composta por dez retratos de recém-mães em roupa interior que posam com os filhos, a campanha Body Proud Mums visa representar “uma parte da maternidade raramente vista nos media.” Sem retoques digitais, as fotografias revelam transformações corporais próprias da maternidade, como cicatrizes e estrias. Cada retrato é ainda acompanhado da frase: ‘Bonita, não é?’

A campanha foi lançada juntamente com um estudo que revela que mais de metade das novas mães é incapaz de sentir orgulho no seu corpo no pós-parto e mais de metade usa filtros quando publica fotografias do seu corpo nas redes sociais.



Produtos e Conteúdos



DOVE + POSTPARTUM SUPPORT
INTERNATIONAL
Campanha quer mudar a narrativa
em torno do pós-parto

A Baby Dove associou-se à Postpartum Support International para quebrar o estigma em torno do mal-estar do pós-parto. Uma investigação proprietária revelou que a maioria (59%) das mães americanas sente que a sociedade não lhes permite partilhar o quão difícil é o primeiro ano de maternidade. Num vídeo publicitário ao som de ‘Under Pressure’, a marca revela o lado oculto do pós-parto, com uma mulher a chorar enquanto olha a sua cicatriz de cesariana e outra a dormir ao lado de máquina de lavar roupa. Sabendo que 85% das mães concorda que o primeiro ano de maternidade não é em nada parecido com o que vêem nas redes sociais, a Dove incentiva as mulheres a partilhar imagens sob o hashtag #OneRealPressure para ajudar a mudar a narrativa em torno da maternidade.

PEREDEL
Suplementos adaptados a diferentes
estágios da maternidade

A Perelel oferece 5 variedades de suplementos, sendo a “primeira e única vitamina criada por obstetras-ginecologistas”. Formulada por profissionais de saúde com conhecimento em nutrição e uma compreensão das necessidades das grávidas, cobre as fases da pré-concepção, primeiro, segundo e terceiro trimestres da gravidez, até aos primeiros cinco meses de pós-parto.

O objectivo era criar uma vitamina pós-natal (Mom Multi Support Pack) que ajudasse no controlo do stress e da ansiedade, no sono, na energia, ao mesmo tempo cobrindo necessidades nutricionais. Os ingredientes utilizados incluem gengibre e vitamina B6, adicionada para aliviar as náuseas do primeiro trimestre e o chamado ‘Beauty Blend’ pós-natal para fortalecer o cabelo, pele e unhas.



Research

4TH TRIMESTER PROJECT
Hub para partilha de conteúdos
sobre o pós-parto

Um centro de informações de saúde pós-parto com acesso gratuito redigido por especialistas – o NewMomHealth - projectado para ajudar os quatro milhões de mulheres que todos os anos se tornam mães nos Estados Unidos. O web-site visa construir uma comunidade para as mulheres partilharem informações e aprenderem em conjunto.

Durante o chamado “4º Trimestre”, muitas mães e as suas famílias enfrentam desafios consideráveis sem apoio de empregadores e sociedade em geral. “O bebê é o doce; a mãe é o embrulho. Uma vez que o doce está fora da embalagem, a embalagem é colocada de lado,” defende a equipa da New-MomHealth.com.



MAVEN CLINIC
Clínica virtual para apoiar
mães e famílias

A Maven Clinic é uma rede de telemedicina focada na saúde da mulher, que apoia colaboradores de empresas como a L'Oréal. A Maven conecta as pessoas com ginecologistas, nutricionistas, consultores de lactação e outros especialistas através de video-chat ou mensagens por uma fração do custo de uma consulta pessoal. Foi fundada sob a premissa de que o acesso a melhores cuidados de saúde antes, durante e após a gravidez beneficia tanto os empregadores quanto

os trabalhadores (exigindo menos dias de baixa e, em última instância, impedindo a rotatividade de colaboradores). Além de coordenar os cuidados com a gravidez e os serviços que ajudam as mulheres a voltar ao trabalho, a Maven Clinic também oferece benefícios relacionados com a fertilidade, como congelamento de óvulos, fertilização in vitro ou aconselhamento genético.

Tecnologia

ELVIE + WILLOW INNOVATIONS
Extractores de leite materno sem fios
comparticipados por seguradoras

Extractores de leite materno sem fios facilitam o quotidiano das mães, mas os preços restringem a adopção generalizada. A marca britânica Elvie desenvolveu um novo aparelho, o Stride, que por ter um custo mais baixo é coberto por seguradoras de saúde nos EUA. O extractor de leite, silencioso

e sem fios, é alimentado por um motor leve que pode ser colocado nas costas ou num bolso e tem tubos que ligam os dois copos para recolher discretamente o leite. A marca americana Willow procurou também lançar uma bomba a preços mais acessíveis – a Willow Go.



PELVITAL
Tecnologia para tratar lesões
no pavimento pélvico

A Pelvital foi criada com o objectivo de melhorar significativamente a vida das mulheres que sofrem de problemas no pavimento pélvico. A marca está focada em expandir as opções de tratamento tradicionais, inspirando as mulheres a tratar as condições em vez de apenas gerir sintomas. O seu primeiro produto, o Flyte, é um aparelho para o tratamento da incontinência urinária de esforço, projectado para tratar o enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico, reduzindo as perdas de urina e restaurando o normal funcionamento da bexiga.



Teste ‘Saúdes’

Imagine que poderia ter tido acesso durante o parto a uma terapeuta para ajudar a gerir a ansiedade e a dor. Essa terapeuta recorre a técnicas (por ex., envolvendo exercícios de respiração e controlo) que favorecem o relaxamento psicológico e físico (ajudando os músculos a trabalhar da forma certa durante o parto). Pensando no seu caso, que utilidade atribuiria a esse serviço?

39%
muito útil

[36% útil]
N=212



NA GRAVIDEZ

NO PÓS-PARTO

Imagine que poderia ter tido acesso a uma linha confidencial e gratuita, 24h x 7 dias por semana, de apoio específico a mães. Pensando no seu caso, que utilidade atribuiria a esse serviço?

26%
muito útil

[47% útil]
N=217

31%
muito útil

[42% útil]
N=212

Considerando a média de nascimentos em Portugal nos últimos cinco anos, cerca de 85 mil mulheres passam em cada ano por um processo de maternidade. 69% delas considera pelo menos uma das fases da maternidade – processo para engravidar, gravidez, parto ou pós-parto – difícil ou muito difícil. Fazendo as contas, são 58.650 mulheres que, em cada ano, passam por um período difícil.

Não obstante as enormes evoluções que se tem feito em matéria de saúde materna, subsistem aspectos que se traduzem em profundo mal-estar para as mulheres, tanto do foro físico como psicológico. A investigação confirma como esse mal-estar é tido como parte necessária do processo. Dores, obstáculos na amamentação, privação de sono, mudanças no corpo, ansiedade, sentimentos de negativos de culpa ou frustração são dificuldades da experiência de maternidade que se normalizam.

As mulheres não são previamente preparadas para o que as espera. Falta informação e pedagogia sobre o que vai enfrentar no parto e no pós-parto. Mesmo que muita coisa não dependa do seu controlo, a previsibilidade pode em si mesma ser um factor de segurança.

Após o nascimento, é entregue à mulher a inteira responsabilidade de cuidar de um bebé, sem "manual de instruções", enquanto procura corresponder a um ideal de mãe socialmente construído. As mulheres são vítimas de uma sociedade que teima em romantizar uma fase que envolve desafios esmagadores, dando-lhes pouco apoio e poucas oportunidades para falar sobre o assunto.

‘Não estar mal’ não significa ‘estar bem’. O esforço de reposição de um bom nível de saúde e bem-estar está intimamente ligado a rotinas saudáveis, sendo esse um dos aspectos que mais demora a reestabelecer. Os exemplos que se elencam são a prova do muito caminho que ainda pode ser feito, não só no alívio de mal-estar, como na ajuda à recuperação de um parto, cujas consequências excedem, em muito, os 42 dias de puerpério.



Perseguir um potencial de bem-estar

Menopausa

Menopausa, um novo olhar em construção

Breve cronologia

2015

✓ Numa entrevista ao The Daily Telegraph, a actriz norte-americana Angelina Jolie, na altura com 40 anos, fala abertamente da entrada precoce na menopausa, depois de se submeter à remoção preventiva dos ovários e trompas de Falópio.

2017

✓ A actriz Gillian Anderson é entrevistada pelo blogue Lenny Letter de Lena Dunham, onde aborda temas como a vergonha em torno da menopausa e o desconhecimento (quase total) que as mulheres têm sobre a pré-menopausa.

2018

✓ No Instagram, a actriz Gwyneth Paltrow dá a cara num vídeo promocional da sua marca (Goop) para falar na 1ª pessoa sobre os sintomas da pré-menopausa, declarando que “a menopausa precisa de um rebrand.”

2019

✓ Criação do Movimento Menopausa Divertida Portugal (MMDP), um grupo no Facebook para esclarecimento, partilha de informação e apoio a mulheres, que hoje tem cerca de 27 mil membros.

✓ A Vichy organiza em Portugal a conferência “Mulheres sem Pausa”, dando voz a especialistas de diversas áreas da saúde — dermatologia, cardiologia, nutrição, sexologia e farmácia —, para falar sobre a menopausa.

2020

✓ A antiga primeira dama dos EUA, Michelle Obama, fala abertamente sobre afrontamentos no The Michelle Obama Podcast – “Estava vestida, precisava de sair para ir a um evento e, literalmente, era como se alguém me tivesse posto num forno e o ligasse no máximo, e tudo começasse a derreter.”

2021

✓ Na esfera laboral, a multinacional Diageo introduz a iniciativa global ‘Thriving Through Menopause’, na qual assegura o acesso a sessões de apoio e mindfulness, bem como o aumento da flexibilidade para mulheres a atravessar a menopausa (por ex., alteração dos padrões de trabalho ou acesso a subsídio de doença para lidar com sintomas); também a Edelman UK & Ireland, anunciou 10 dias de ‘time-out’ remunerados para aliviar os impactos da menopausa.

✓ Lançamento da VIDAs – Associação Portuguesa de Menopausa – a primeira organização portuguesa de carácter não clínico totalmente dedicada à menopausa.

2022

✓ O Mayor de Londres, Sadiq Khan, anuncia a implementação de legislação pioneira a nível mundial para ajudar as mulheres a melhor viver a transição menopáusica.

✓ A primeira-ministra Escocesa, Nicola Sturgeon, com 52 anos, refere a propósito da menopausa: “Estou muito consciente de ser uma mulher com um perfil e uma plataforma, um grau razoável de influência, sinto responsabilidade de falar sobre isto. E ainda assim, estou muito fora da minha zona de conforto, em termos da natureza intensamente pessoal do assunto. Isso diz-me que não importa o quão longe já chegámos, ainda temos um longo caminho a percorrer se alguém na minha posição ainda se sente algo desconfortável com isto.”

A menopausa não ocorre num ápice e representa muito mais do que o fim do ciclo menstrual. É um processo transitório que, em geral, ocorre entre os 40 e os 58 anos, embora nalguns casos aconteça muito precocemente, perto dos 30, e noutros mais tardiamente, por volta dos 60 anos. A menopausa natural ocorre em 3 fases – perimenopausa (ou pré-menopausa), menopausa e pós-menopausa -, e a intensidade e duração dos sintomas diferem muito de mulher para mulher.

O desenvolvimento científico e o aumento exponencial da esperança média de vida fariam adivinhar a existência de conhecimento aprofundado sobre o tema. A verdade é que esta etapa do ciclo de vida da mulher permanece, em grande parte, sub-compreendida. Pouco se sabe, por exemplo, sobre impactos no bem-estar, na produtividade e nos relacionamentos sociais associados a uma condição que, segundo a Presidente da Secção Portuguesa de Menopausa da SPG, atinge em Portugal dois milhões e meio de mulheres.

Se é certo que a menopausa representa riscos de saúde acrescidos, precisa de ser “abraçada e gerida, em vez de tratada como uma doença”. O estilo de vida pode amenizar bastante os seus efeitos, o que leva especialistas a defender que, embora a idade média da menopausa se situe nos 51 anos, a prevenção deve iniciar-se muito mais cedo, por volta dos 35 anos.

Os sintomas da pré-menopausa representam milhões em despesas de saúde e perda de produtividade, reflectindo um evidente défice de bem-estar. Em 2019, o Jornal de Notícias noticiou que as mulheres portuguesas gastavam

€2,78 milhões por ano em medicação para tratar sintomas da menopausa. No mesmo ano, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) revelou que a sintomatologia menopáusica interferia na actividade profissional de quase uma em cada quatro mulheres e obrigava 5% a absentismo laboral.²

À semelhança de outros marcos no ciclo de vida da mulher (adolescência, matrescência), na menopausa o papel social da mulher é ressignificado. Um estudo recente³ revela que mais de ¾ das mulheres (76%) na pré-menopausa ou menopausa alteram o seu estilo de vida em resultado dos seus efeitos e 67% considera-a um “novo capítulo da vida”. É contudo, o estágio que mais estigma e tabu encerra.

Segundo a presidente da Secção Portuguesa de Menopausa da SPG, Fernanda Geraldês, a menopausa “é associada na maioria das vezes a uma fase de declínio da mulher – envelhecimento, aumento de peso, menos atractiva, fim da capacidade de procriação e da sexualidade,” quando na verdade a “mulher de 50 anos é activa a nível pessoal, profissional e sexual, com filhos e pais dependentes,” pelo que é fundamental potenciar o seu bem-estar físico e psicológico e desconstruir mitos.⁴

A grande maioria das mulheres na menopausa não se sente bem servida nem representada nos discursos e campanhas de saúde ou mesmo pelas marcas de consumo. Um relatório da Female Founders Fund sobre o mercado global da menopausa² (que inclui as femtechs) deixa o alerta: “as mulheres neste estágio de vida continuam a estar seriamente sub-servidas.”⁵

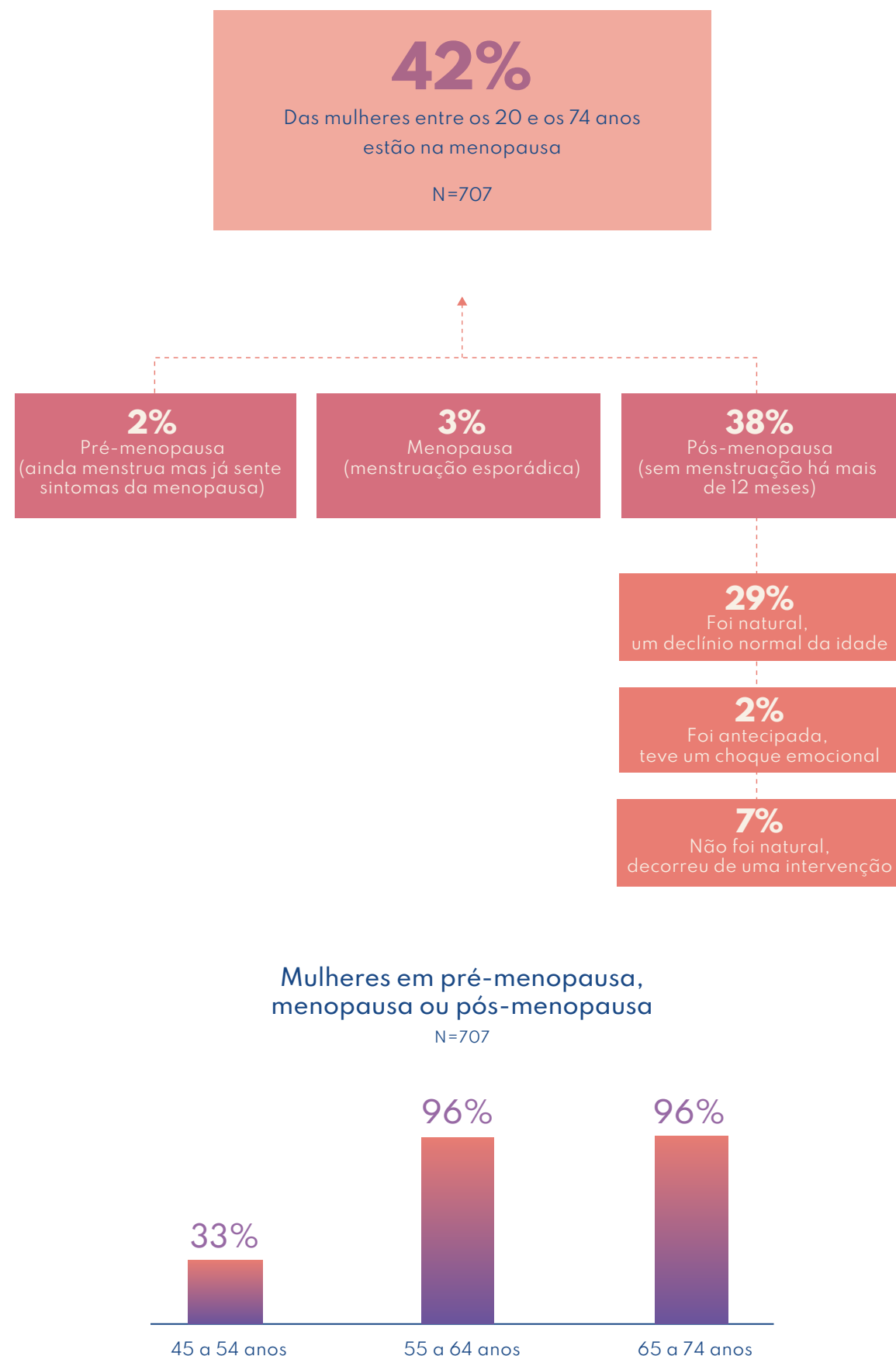
¹ De acordo com Irene Aninye, directora de programas científicos da Society for Women's Health Research

² Dados divulgados pela SPG em Out 2019

³ Over The Bloody Moon, 'Redefining the Menopause'; inquérito conduzido pela Kantar UK & Ireland, a 1000 mulheres na pré-menopausa ou menopausa entre os 30 e os 65 anos e realizado entre 2 e 7 de Março de 2022

⁴ Em declarações à agência Lusa a propósito da Conferência “Mulheres sem Pausa”, Out 2019

⁵ Apenas 5% das chamadas femtech start-ups endereçam a menopausa



Nota: das mulheres entre os 35 e os 44 anos, 6% menstrua, mas é irregular e 20% não menstrua porque o contraceptivo o impede (não podendo assim avaliar a regularidade da sua menstruação)

A Women Living Better (WLB) - uma plataforma de investigação e consciencialização focada, em particular, na pré-menopausa e nas alterações hormonais que as mulheres experimentam a partir dos 40 anos -, conduziu dois grandes estudos, com o apoio de ginecologistas e investigadores na área da saúde da mulher, a fim de melhor compreender diferentes experiências de pré-menopausa.

O último inquérito, realizado em 2020, foi apresentado no encontro anual da North American Menopause Society e venceu o prémio 'The NAMS Media Award 2021', que reconhece profissionais cujo trabalho contribua para expandir o conhecimento sobre a menopausa. Do estudo, que auscultou 2400 mulheres, destacam-se quatro principais ideias-chave.

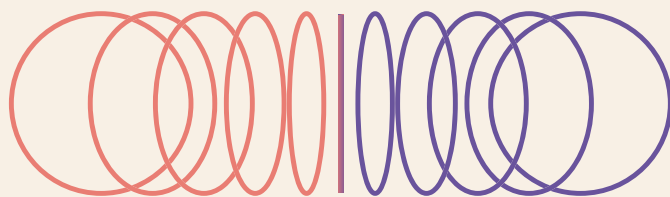
1. Os sintomas pré-menopáusicos começam antes da menstruação se tornar irregular, o que geralmente acontece no início dos 40 anos.
2. A maioria das mulheres espera que as mudanças associadas à menopausa comecem aos 50 anos ou mais tarde – criando uma diferença entre a expectativa e a experiência real.
3. Sintomas semelhantes ocorrem antes e depois da menstruação se tornar irregular.
4. Os sintomas experimentados vão muito além dos afrontamentos (o sintoma mais abordado).

“Nunca foi uma conversa que eu tivesse tido. Não sabemos o que irá acontecer. Temos uma ideia do que ouvimos e do que lemos (...). No meu caso, como não houve nada de muito grave que me fizesse deslocar por si só à médica, quando o assunto surgiu, falou-se do assunto. Foi tudo na base do que ia acontecendo, não houve essa conversa de formação. (...) Eu acho que é sempre importante haver essa conversa por antecipação, de preparação de uma fase nova que vai acontecer na nossa vida. Porque, se surge alguma coisa, eu até posso ter lido ou ouvido da amiga, mas essa conversa técnica é fundamental para nos alertar, para conhecermos os sinais. Depois, se não acontecer, não aconteceu.»

M, 56 anos, casada, 2 filhos, entrevista aprofundada

O desconforto da menopausa

Em discurso directo

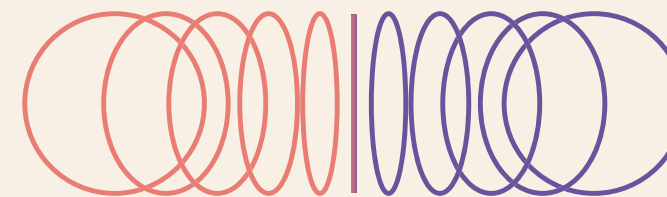


“Antes da menopausa pus um 9 [numa escala de 1 a 10 no bem-estar], durante a menopausa pus um 5, eram mais os afrontamentos, e depois da menopausa tenho um 6 porque acho que me habituei a viver com isto... Eu já tenho 59 anos, a caminho dos 60, de vez em quando ainda tenho afrontamentos. Já deixei de tomar os comprimidos há 5 anos, mas estive quase 10 anos a tomar. Agora tomo umas coisas naturais e consigo viver com isso, mas comecei muito cedo, sofri bastante...”

M, 59 anos, casada, 3 filhos

“Dois anos depois de não ter o período eu tenho exactamente os mesmos sintomas e tenho sempre em grande quantidade - os suores, a taquicardia... eu deitava-me e adormecia e passados cinco minutos acordava como se tivesse corrido uma maratona, como se tivesse feito um sprint enorme, ficava com o coração a bater, a bater, até pensava que estava a ter um ataque cardíaco sem explicação! (...) Eram alterações hormonais, o organismo estava a sofrer e eu tinha duas soluções: ou vivia a frio ou com a terapêutica que geralmente as mulheres fazem. Como eu não posso fazer compensação hormonal, as opções que tinha eram muito mais reduzidas. Eu acho que a medicina para estas situações nos deixa poucas ou nenhuma opções. E, pronto, assumo aquilo... venham os suores, venham os ataques quase cardíacos! Estou a aprender a viver com isto. Desde que seja benigno, vamo-nos adaptando e aceitando.”

M, 54 anos, casada, 2 filhos



“Com 47 anos já estava na menopausa. Antes, as minhas variações era quando estava com o período, aqueles dias críticos em que ficamos irritadas e nervosas e com dores físicas. Quando entrei na menopausa, passei a viver isso diariamente. Eu não tinha o período físico, mas tinha os sintomas, o da irritabilidade, essa parte em mim foi muito complicada porque tinha uma criança pequenina, ser mãe de uma criança pequena nessa idade é difícil.

Foi a parte que mais me custou e as insónias, passar noites sem dormir, é duro. A parte dos afrontamentos, eu passei a tomar isoflavonas de soja porque de outra forma era insuportável e impossível, eu não conseguia lidar com aquilo, era mesmo muito mau... Fiz isso para aí uns dez anos, mas os primeiros anos foram muito, muito complicados. Depois vem a parte da aceitação e a pessoa começa a viver como se fosse normal.

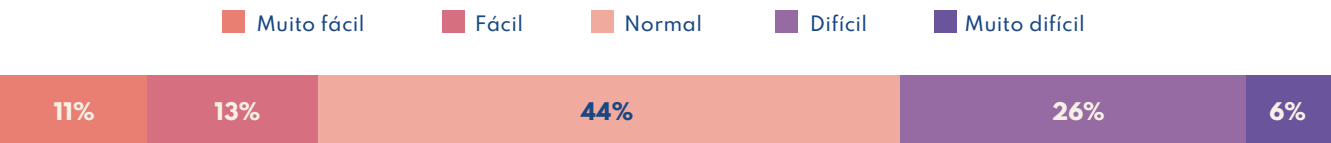
Já controlo mais a parte temperamental, mas as insónias eu ainda as tenho. Isso implica estar desperta 24 horas por dia porque a qualquer momento estou acordada. Tenho momentos do dia que tenho muito sono e não durmo porque estou a trabalhar e, quando me deito, durmo uma hora profundamente e depois sou capaz de estar 3 ou 4 horas sem vontade de dormir. Esta parte é muito complicada e difícil de resolver porque traz cansaço físico e emocional.”

M, 60 anos, divorciada, 1 filho
— Diálogo entre mulheres na pós-menopausa, conversas sobre menopausa

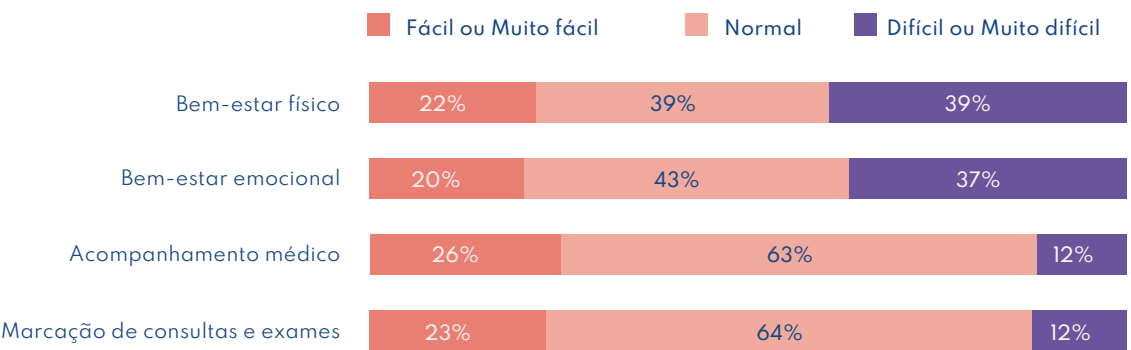
Menopausa

Qual a sua visão da menopausa?

N=298

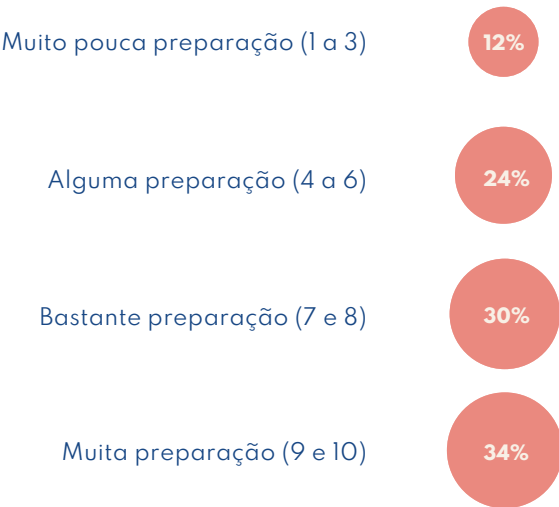


Aspectos mais difíceis ou fáceis que identifica durante esse período?



Sente que sabia o que a esperava ou considera ter sido menos preparada do que devia?

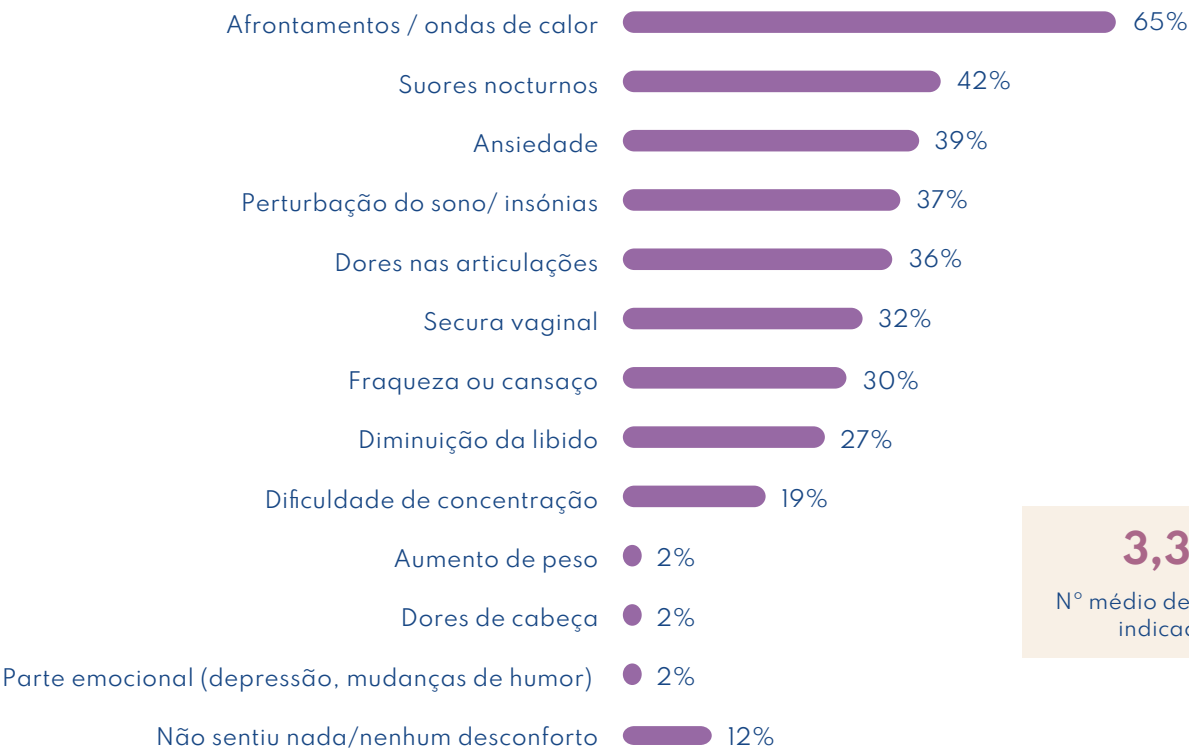
N=298



As medidas do Mal-Estar

Que sintomas ou desconfortos relacionados com a menopausa sente ou sentiu?

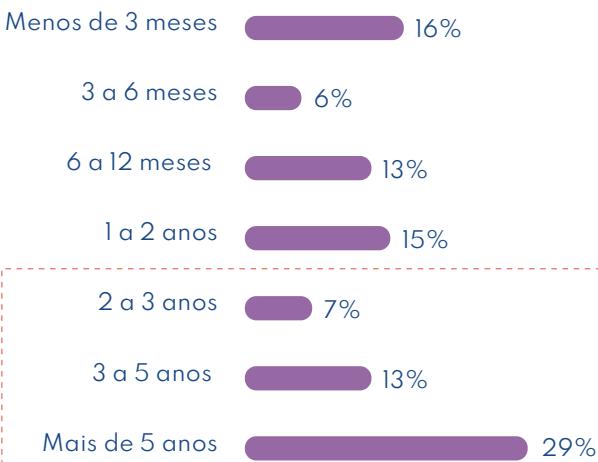
N=298



3,33
Nº médio de sintomas indicados

Quanto tempo duraram os sintomas ou há quanto tempo os sente?

N=298



49%
sente desconforto durante mais de 2 anos

Confirmando os espaços de potenciação de bem-estar

A (EXCESSIVA) NORMALIZAÇÃO DO MAL ESTAR

Estudos internacionais revelam que 8 em cada 10 mulheres apresenta sintomas da menopausa como suores nocturnos, perturbações do sono, redução da libido e ansiedade. No nosso estudo, apenas 11% não indica nenhum sintoma, sendo que 53% acumula 3 ou mais sintomas de uma lista enca-beçada pelos afrontamentos/ ondas de calor.

Em conversas com mulheres que passaram ou estão a pas-sar pela menopausa, fica claro que as mulheres se resignam a viver com um desconforto que, em 29% dos casos, dura mais de 5 anos.

Se é verdade que a menopausa não impacta todas as mu-lheres da mesma forma, que os seus efeitos podem estar relacionados com pré-existências de problemas de saúde e algumas mulheres apresentam poucas ou nenhuma quei-xas, também se percebe que há uma série de mulheres a qualificar como ‘normal’ uma fase que, pela quantidade e duração dos sintomas que acusam, será necessariamente ‘difícil’.

Tal como nos capítulos anteriores, para averiguar a escala da subvalorização do mal-estar e a inacção a que conduz, introduziu-se na escala de avaliação do processo uma qua-lificação de ‘normal’ - em que 44% das mulheres que pas-saram ou estão a passar pela menopausa se reviu. Confir-mando a hipótese de forma evidente, 49% dessas mulheres que classificam o que sentem na menopausa como ‘normal’ tem três ou mais sintomas de desconforto, 43% sente esses sintomas durante mais de dois anos e 7% chega a acumular 4 sintomas de mal-estar: afrontamentos, suores nocturnos, insónias e dores nas articulações.

Das mulheres que classificam o que sentem ou sentiram na menopausa como ‘normal’

N=130

49%

reconhece mais de dois sintomas de desconforto

43%

sente sintomas de desconforto há mais de dois anos

7%

acumula afrontamentos, suores nocturnos, insónias e dores nas articulações

A ASSOCIAÇÃO DA MENOPAUSA À VELHICE

A concepção patológica da menopausa cria uma imagem negativa do envelhecimento feminino. Essa imagem, também porque o corpo da mulher sempre foi associado à fertilidade e à boa aparência física, traduz-se, nalgumas mulheres, numa sensação de perda de valor social.

O desconhecimento do que envolve e significa a menopausa, aliada a uma deterioração da auto-imagem, leva a que ainda se perceba a menopausa como um ritual de passagem para a velhice e, nalguns casos, para a própria abstinência sexual.

A evolução que se tem feito em matéria de estudos sobre mulheres tem revelado aspectos positivos da menopausa. Nos casos em que as mulheres sentem pouco os seus efeitos, ela é sentida como uma libertação. Noutros casos, depois de controlados ou ultrapassados os sintomas, há mulheres que se sentem melhor e com mais controlo sobre a sua vida. “A menopausa é a melhor coisa que acontece. Nós devíamos ter tudo ao contrário... devíamos estar na menopausa a vida toda! Agora estou muito melhor, ganhei qualidade de vida”, comentava uma mulher de 53 anos sobre a histerectomia a que foi submetida anos antes.

A desinformação é outro grande problema. A prime-nopausa é difícil de diagnosticar. Por desconhecimento, muitas mulheres actuam sobre o sintoma específico – como a queda de cabelo – sem conseguir relacionar o que sentem com a menopausa. Algumas serão tratadas com ansiolíticos porque nem elas nem os médicos conhecem as mudanças fisiológicas que estão por detrás das suas ansiedades. Uma participante do estudo comentava em entrevista o estranho de não constar na ficha clínica do seu médico de família o facto de estar na menopausa. Isto elucida sobre a necessidade de educação das mulheres (para não referir, médicos) sobre a menopausa e os seus efeitos.

"Trata-se de dar voz à celebração. 'Envelhecimento sem remorsos' é o nosso mantra. Em vez de olhar para o envelhecimento como um problema que precisa ser corrigido, queríamos construir a ideia de uma nova e entusiasmante fase da vida. Olhamos para mulheres da nossa idade e vemo-las cheias de energia, a abrir empresas ou a correr maratonas... Isto é, em vez de chamar a esta categoria de produtos e serviços 'anti-envelhecimento', deveríamos chamar 'pro-envelhecimento'".

Helen Normoyle, co-founder da plataforma 'My Menopause Centre'

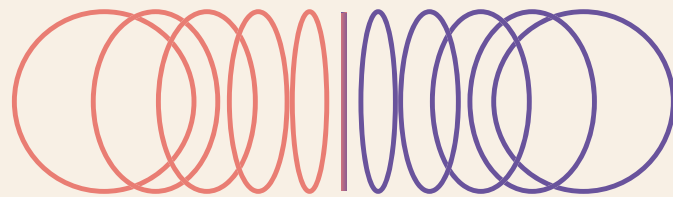
74%

Das mulheres na pós-menopausa sente que o faz na vida é valioso e compensador Vs. 62% geral da amostra

N=268

Uma fase que pode ser positiva na vida da mulher

Em discurso directo



— “Sempre vi a menopausa como um momento como todos os outros momentos da minha vida, só que nem todas as mulheres pensam assim! Há mulheres que acham que a menopausa é um passo para o final da vida, que deixam de ser mulheres, mas, neste momento, eu até me sinto mais mulher. Não sei porquê, não sei se é por ter este atributo, por exemplo, não engordei, não emagreci, talvez tenha perdido o tônus muscular, eu nunca tive peito e agora também não...

— O meu diminuiu, mas não é por esses factores que estão associados à feminilidade, que eu de alguma forma perdi, que me sinto mais ou menos mulher. Pelo contrário. Agora, eu tenho amigas que acham que pelo facto de deixarem de ter período, deixaram de se ver como mulheres... e, mais perigoso ainda, acharem que os outros, nomeadamente os maridos, as deixaram de ver como mulheres...

— Até acham que acaba o período e acaba a relação sexual.

— Acaba o factor mulher.

— Acaba tudo.

— Também é por causa do companheiro, não é a nossa má relação connosco. Nós não mudamos nada, até mudamos para melhor. A idade não piora a sexualidade porque temos mais tempo, não temos medo de ficar grávidas, o corpo está mais disponível, agora se não houver a outra parte...

— Eu não tenho companheiro mas, se tivesse, tenho a certeza que estaria no melhor da minha vida! Porque conheço tudo o que sinto e tudo o que experimentei depois da menopausa e nunca estive tão bem com a minha sexualidade, com o meu corpo, com as minhas emoções, como estou agora. E por isso, tenho a certeza absoluta que, se tivesse um companheiro, seria muito mais feliz do que fui no passado.”

Diálogo entre participantes, conversas sobre menopausa



Fleabag, Phoebe Waller-Bridge (2019)

Além de pouco representada na cultura popular, as narrativas sobre a menopausa costumam girar em torno da hiperbolização tanto do estado psicológico da mulher, como da sintomatologia associada à transição para a menopausa. Só recentemente surgem guionistas e realizadores como Phoebe Waller-Bridge, que na série Fleabag consegue um retrato mais positivo da vida pós-menopausa. Num diálogo da série, a atriz Kristin Scott Thomas, que cumpre a personagem de uma mulher de 58 anos que acaba de receber um prémio de carreira, declara:

— “I’ve been longing to say this out loud: women are born with pain built in, it’s our physical destiny. Period pain, sore boobs, childbirth. We carry it with ourselves throughout our lives. We have pain on a cycle for years and years and years and just when you feel you are making peace with it all, what happens? The menopause comes, it is the most wonderful f...g thing in the world. And yes, your entire pelvic floor crumbles, and you get f...g hot, and no-one cares, but then, you’re free! No longer a slave, no longer a machine with parts, you are just a person.

— I was told, it was horrendous?

— It is horrendous, but then it’s magnificent.”

Consciência Social

GENM
Marcas unidas em torno da menopausa

A GenM é uma organização sem fins lucrativos criada para tornar a menopausa uma experiência mais positiva. Em 2021, apresentou uma carta aberta, assinada por 31 marcas, que além de se comprometerem a criar e comercializar produtos que atendam às necessidades de mulheres na menopausa, prometem fazer uso da sua plataforma para normalizar o discurso em torno do tema. Embora estejam sobretudo focados no mercado britânico, a GenM espera que muitas destas empresas implementem medidas à escala global. “O nosso objectivo final é trabalhar com os nossos parceiros para criar o primeiro selo de menopausa no mun-

do, que se encontrará lado a lado com outros selos, como vegan e cruelty free,” declarou Heather Jackson, co-fundadora do projecto.

A sua última investigação publicada em 2021, ‘Invisibility Report’¹, revela, por exemplo, que 87% das mulheres na menopausa se sente ignorada pela sociedade e pelas marcas; 97% acha que as marcas deveriam atender mais às necessidades e desejos das pessoas na menopausa; e 91% nunca viu propaganda ou marketing específico para produtos da menopausa.



¹Inquérito online realizado em 2020 a um painel representativo da população britânica, sobre uma amostra de 2010 mulheres

Consciência Social

TENA
Campanha promove diálogo inter-geracional sobre a menopausa

A recente campanha da Tena partiu de um estudo que revelou que mais de 80% das mulheres fala muito raramente com as suas mães sobre a menopausa. Centrado na relação entre mãe e filha, enquanto a primeira atravessa a menopausa, a história sugere que esta etapa da vida da mulher é uma espécie de reverso da puberdade ou uma segunda entrada na idade adulta. Se a puberdade é um período de começos, a sociedade continua a tratar a menopausa como um fim. “Sabemos pelas estatísticas que, se as mulheres estiverem mais bem preparadas, sofrerão menos com os sintomas e sentir-se-ão melhor. Queríamos estabelecer um diálogo inter-geracional com o qual as mulheres se pudessem identificar. Também

era importante fazer com que a menopausa não parecesse um fim. A ideia de libertação é algo que ouvimos muito nos focus groups que fazemos – que as mulheres se sentiram lindamente quando terminou. Queríamos retratar os altos e baixos.” Sob o hashtag #LastLoneleyMenopause, o filme relata com humor sintomas da menopausa. “O humor ajuda a ser mais fácil falar. [Mas] não queríamos fazer pouco das mulheres – há um equilíbrio. Mas pensamos – e se as mulheres pudessem ambicionar por este momento nas suas vidas, e não apenas lamentá-lo? Porque há muitas coisas boas que saem da menopausa, como tornar-se uma mulher muito mais confiante.”



Nota: O anúncio é vencedor do prémio Diversity in Advertising do Channel 4. Está também disponível no website Tena Women um guia de “Infrequently Asked Questions” com testemunhos reais, que encoraja os leitores a colocar mais e melhores perguntas sobre a menopausa.

Produtos e Conteúdos

P.VOLVE

Um programa de fitness
para a menopausa

A plataforma de saúde P.Volve lançou o programa de exercícios ‘Moving With Menopause’, para ajudar as mulheres a viver melhor essa fase. Embora a pré-menopausa se possa iniciar na casa dos 30 anos, a empresa apurou que a grande maioria das mulheres (83%) não consegue descobrir um plano de exercícios adequado para gerir a transição. O regime ‘Moving With Menopause,’ compreende 16 vídeos,

focados nos quatro principais sintomas que as mulheres enfrentam durante a menopausa, incluindo problemas de saúde mental e perda de massa muscular. São também contemplados exercícios para aliviar o stress, com recurso a técnicas de meditação. A P. Volve acredita que no futuro, espaços como ginásios e spas poderão vir a ter especialistas focados no alívio da sintomatologia menopáusica.

RORY BY RO



A Rory é uma marca dirigida a mulheres entre os 45 e os 65 anos em busca de mais conhecimento sobre a menopausa. A plataforma oferece produtos de prescrição e de venda livre para afrontamentos, secura vaginal, insónias e queda de pestanas – sintomas que a marca defende que as mulheres costumam ignorar. As mulheres são incentivadas a preencher os seus dados online para que, posteriormente,

um profissional de saúde possa determinar um tratamento apropriado. É também possível fazer uma teleconsulta com um médico por cerca de 13€. “A menopausa e puberdade são as únicas coisas pelas quais todas as mulheres passarão em algum momento da vida, mas ainda há muito poucos recursos online”, defende a fundadora da Rory.

Produtos e Conteúdos

KINDRA (PROCTER & GAMBLE)

Novas ofertas num mercado
historicamente negligenciado

A Procter & Gamble lançou uma nova marca dirigida à menopausa. Os produtos, sem estrogénio, foram formulados para aliviar afrontamentos, mudanças de humor, secura vaginal, entre outros sintomas. Incluem três suplementos alimentares e uma loção vaginal, disponíveis sem receita médica. Os produtos estão actualmente à venda no website da marca, projectado como um espaço comunitário de apoio a mulheres na menopausa.

A Kindra [marca] tem como missão comercializar os seus produtos a preços mais acessíveis do que os fármacos que requerem prescrição médica. Segundo a P&G o mercado de tratamento da menopausa “é há muito esquecido.”



WOMANESS

Cuidados pessoais para a menopausa
no ‘mass market’



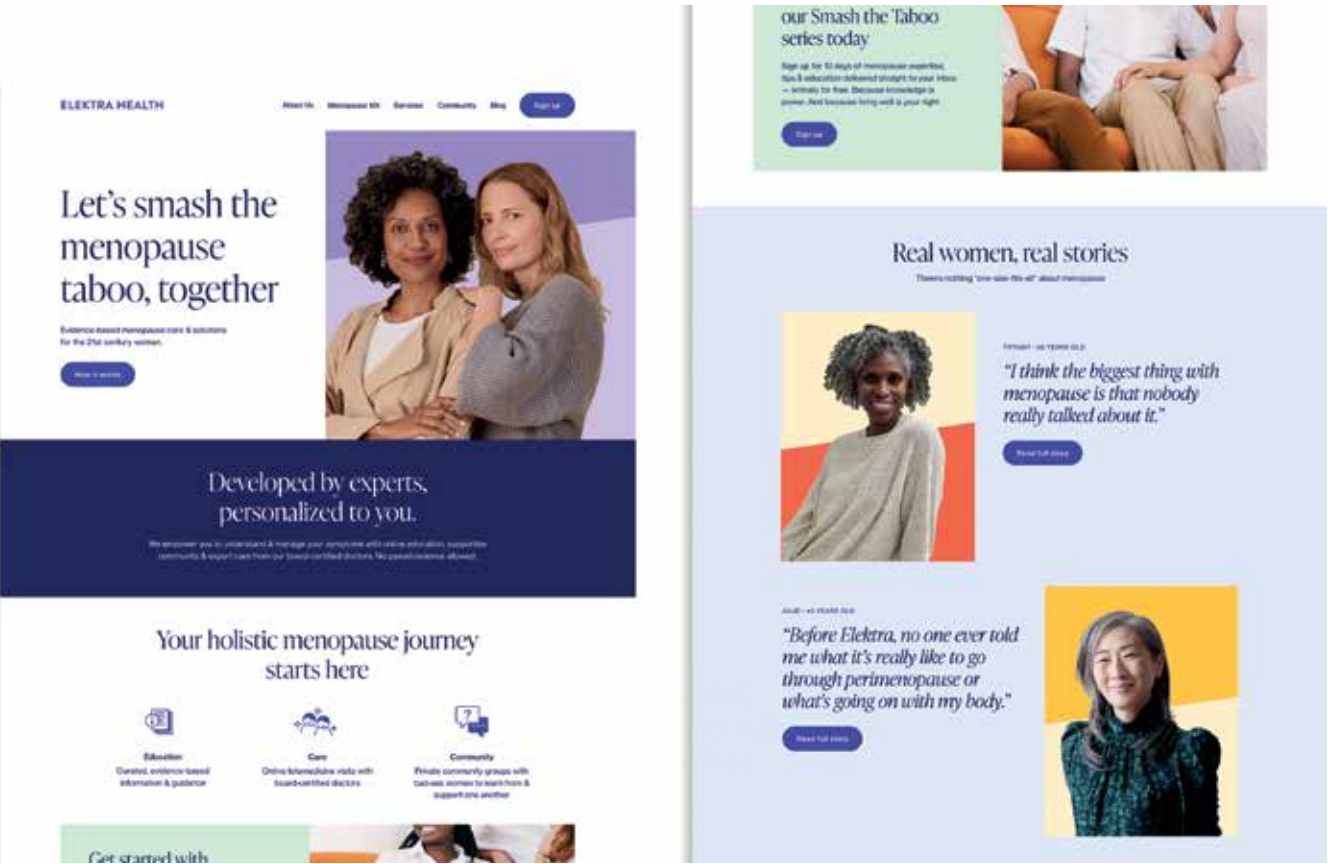
A marca americana Womaness foi criada para apoiar mulheres com sintomas de pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa, como secura vaginal, hiper-pigmentação, perda de elasticidade da pele ou incontinência. A Womaness está desde 2021 à venda na Target e Ulta Beauty, retalhistas nos EUA. “Os supermercados e farmácias oferecem uma variedade de produtos de cuidados femininos para mulheres menstruadas, mas, quando se trata da menopausa, as ofertas permanecem escassas. Ainda não há uma marca que realmente apresente uma solução total e economicamente acessível para a menopausa”, refere a CEO da empresa.

Research

ELEKTRA HEALTH
Telemenopausa

A Elektra Health é uma plataforma de telemedicina especializada na menopausa, que oferece apoio médico virtual ilimitado, conteúdos personalizados e acesso a uma comunidade privada de mulheres a viver esta etapa do seu ciclo de vida. O processo inicia-se com uma avaliação e com a formulação de um plano de bem-estar personalizado aos objectivos de cada mulher. Está ainda disponível uma opção para organizações e empresas que visa apoiar mulheres no local de trabalho.

Um estudo recente conduzido pela Elektra Health¹ apurou, por exemplo, que 1/3 das mulheres considera que a menopausa afecta negativamente a sua performance no trabalho; 44% sente que não recebe apoio suficiente do seu empregador para gerir a menopausa; 20% considerou abandonar (ou abandonou) o emprego devido ao mal-estar provocado pela menopausa e 73% gostaria de apoio para gerir a menopausa por parte do seu seguro de saúde.



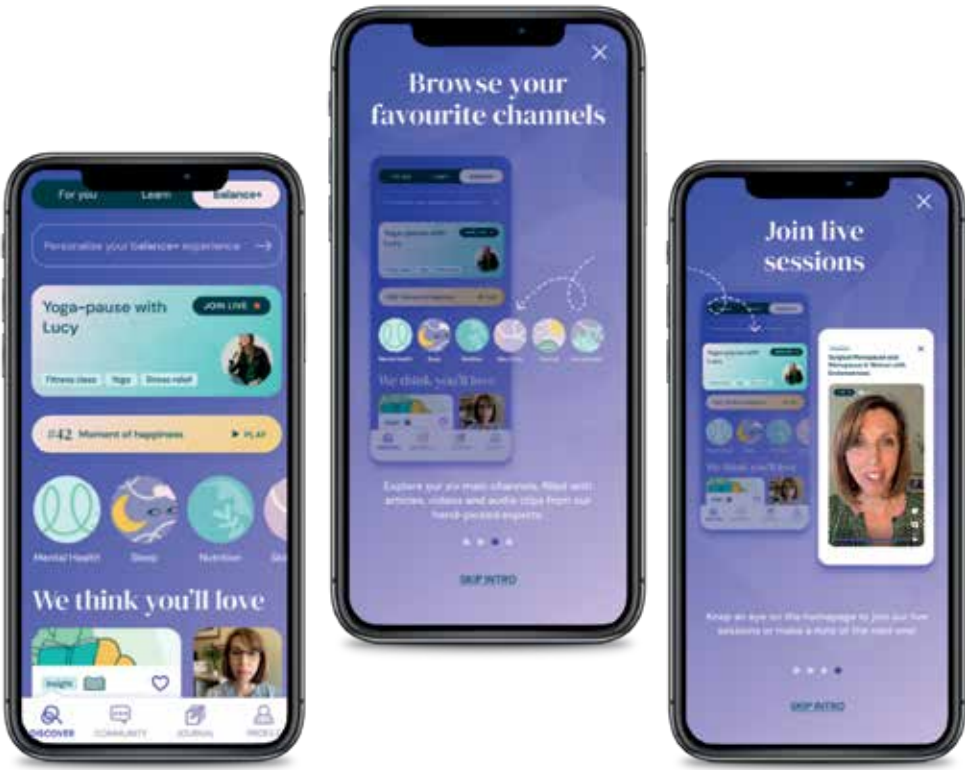
¹ Menopause in the workplace report, sobre uma amostra de 2000 mulheres entre os 40 e os 55 anos, a trabalhar nos EUA, Julho 2022

Tecnologia

BALANCE + DIAGEO
Parceria para apoiar a transição
menopáusica no local de trabalho

A Balance é a primeira aplicação mundial medicamente aprovada para mulheres na menopausa e pré-menopausa. A app oferece um espaço seguro para as mulheres compreenderem e monitorizarem os sintomas da menopausa, a fim de preencher a lacuna educacional nesta área. Criada pela médica especialista em menopausa Dra Louise Newton, o conteúdo da aplicação explora a importância da saúde holística e do bem-estar na gestão desta etapa do ciclo de vida.

A Diageo, uma multinacional de bebidas, tornou-se a primeira empresa a disponibilizar a aplicação balance+ a todos os seus colaboradores a nível mundial. Os trabalhadores terão acesso a conteúdo especializado para ajudar a otimizar a saúde física e mental, nutrição, sono, saúde sexual, pele e cabelo. A parceria surge no âmbito da iniciativa 'Thriving Through Menopause Guidelines' da Diageo.



Teste ‘Saúdes’

Para mitigar um dos principais sintomas da menopausa – os afrontamentos – têm surgido tecnologias inovadoras. Pebal é um dispositivo de fácil transporte que arrefece entre 10° a 15°C e pode ser aplicado no corpo para aliviar afrontamentos. Grace é uma pulseira que detecta o início de um afrontamento e gera uma sensação de frio no pulso, activando o sistema natural de regulação da temperatura do corpo.

A pulseira está ligada a uma app no telemóvel, permitindo acompanhar e gerir melhor os sintomas da menopausa. Become é uma marca de roupa que usa tecidos tecnológicos para ajudar a controlar afrontamentos e suores noturnos. A portuguesa Ooze Nanotech criou a Intimae, uma t-shirt com um revestimento estampado em silicone medicinal, que regula a temperatura do corpo.



No sentido dos ponteiros do relógio: Pebal, Become, Intimae by Ooze Nanotech, Grace

TESTE “SAÚDES”

Imagine que poderia ter acesso a uma pulseira que detecta o início das ondas de calor e gera uma sensação de frio no pulso que activa o sistema natural de regulação da temperatura do corpo. Pensando no seu caso, que utilidade atribuiria a esse dispositivo?

26%
muito útil

[36% útil]

N=298

Em Portugal, cerca de um milhão de mulheres entre os 45 e os 64 anos estará numa das fases da menopausa. A “pausa” não é passageira; metade das mulheres sentirá sintomas durante mais de 2 anos e 29% durante mais de 5 anos. Alguns sintomas podem perdurar mais de uma década.

Das mulheres que passaram ou estão a passar pela menopausa, 32% considera difícil ou muito difícil, mas a maioria (44%) considera o seu desconforto ‘normal’. Dentro do ‘normal’ cabe ter sintomas (como afrontamentos ou insónias) durante mais de dois anos.

Embora se estejam a transformar as atitudes em relação à menopausa, as necessidades específicas deste grupo ainda estão longe de ser respondidas, seja no campo da medicina, do trabalho ou do consumo. Ajudar as mulheres não é dar-lhes o direito à falta ou à abstinência, é direccioná-las para soluções.

A primeira ajuda de que precisam é a educação. Por desinteresse ou paternalismo, ainda é negada a muitas mulheres a informação prévia de que precisam para navegar na menopausa. A menopausa pode chegar antes dos 40; algumas mulheres estarão mais de 30 anos com défices na produção de hormonas. Nem todas terão sintomas, mas todas enfrentarão riscos de saúde. Após a menopausa, uma em cada duas pode desenvolver osteoporose; a probabilidade de ter uma doença cardíaca é cinco vezes maior; a demência torna-se bastante mais comum do que entre os homens.

Aprender a monitorizar o corpo desde cedo na menstruação – algo que as novas tecnologias tornam fácil - pode ajudar a perceber mudanças que serão indicativas do início da menopausa e permitir uma actuação mais precoce sobre os sintomas. Os comportamentos de estilo de vida podem amortecer os próprios sintomas.

Finalmente, a experiência da menopausa não é só fisiológica, é também social. A menopausa tem de deixar de ser lamentada como um ritual de passagem para a velhice e celebrada como a entrada numa nova fase da vida da mulher, muitas vezes, mais positiva.



Perseguir um potencial de bem-estar

Relação com o corpo

“Como justificar esta espiral das condicionantes estéticas, cujo epicentro é constituído pelo emagrecimento? Qual o sentido de que se reveste esta “tirania” da beleza, precisamente numa altura em que as mulheres rejeitam em massa o papel de objecto decorativo?”

A Terceira Mulher, Gilles Lipovetsky (1997)

O conflito da mulher com o seu corpo tem raiz histórica. É sobretudo a partir do Renascimento europeu (séc. XV) que, pela beleza do corpo, a mulher alcança um novo estatuto social, o que terá contribuído para extremar um estereótipo de género. Já no séc. XX, a difusão da imprensa, da publicidade, do cinema e da moda, foram determinantes para a propagação de cânones estéticos que democratizaram e alimentaram a “indústria da beleza” feminina.

Essa representação imagética da mulher tem sido de tal forma marcante para a construção da auto-imagem feminina que nem os avanços sociais conquistados nas últimas décadas fizeram recuar os exigentes padrões estéticos da sociedade.

Se é verdade que nos últimos anos se tem procurado exaltar uma nova cultura de beleza, centrada na auto-confiança e valorizando a diferença e a singularidade de cada mulher [vide Body Neutrality, na caixa ao lado], não pode de todo afirmar-se que estamos perante o declínio de normas estéticas. Pelo contrário, quanto mais liberdade se dá às mulheres em matéria de aparência, mais evidente se torna a sua submissão a um ideal de beleza que recusa o envelhecimento e o peso.

Este cuidado com a aparência é empolado actualmente pela cultura de bem-estar e saúde (que exige auto-controlo), razão pela qual se reprova transversalmente a obesidade ou o excesso de peso.

Como sugere Gilles Lipovetsky, filósofo francês, “já não basta não ser roliça, trata-se agora de construir um corpo firme, musculado e tonificado, liberto de qualquer sinal de afrouxamento ou flacidez.”

Segundo um estudo patrocinado pela marca Dove², 2 em cada 3 mulheres já terão sido alvo de comentários pejorativos ou insultos em relação ao seu corpo. Estas observações, feitas por familiares ou pessoas próximas, presencialmente ou nas redes sociais, incidem especialmente sobre o peso. Dessas mulheres, 66% reconhece que os comentários têm efeitos negativos na sua auto-estima.

Susie Orbach, psicoterapeuta britânica, adianta numa entrevista que uma relação não saudável com o corpo “constitui uma emergência de saúde pública oculta, aparecendo obliquamente nas estatísticas sobre auto-mutilação, obesidade e anorexia – os sinais mais visíveis e óbvios de um mal-estar corporal mais amplo³”.

Body Neutrality

um novo paradigma na relação com o corpo

O termo body neutrality foi popularizado em 2015 por Anne Poirier, coach de imagem, para ajudar as pessoas a construir uma relação mais saudável com a alimentação e exercício físico. “A neutralidade corporal prioriza a função do corpo e o que o corpo pode fazer, em vez da aparência”, explica.

Anuschka Rees, psicóloga alemã e autora do livro Beyond Beautiful, defende que “o objectivo não é sentirmo-nos neutros em relação à nossa aparência. “Iremos sempre gostar de algumas partes do nosso corpo mais do que de outras. (...) O objectivo é neutralizar o impacto que a aparência tem na vida, no bem-estar e decisões”.

Para Rees, o conceito ultrapassa o movimento body positivity, na medida em que não contraria apenas os ideais de beleza do nosso tempo, mas todos os aspectos da sociedade que promovem a beleza como objectivo e a aparência como factor indicativo do valor de uma pessoa.

Criado nos EUA, nos anos 60, o movimento body positivity desempenhou um papel importante na consciencialização para a diversidade de corpos e fisionomias, mas nos últimos anos tem vindo a perder seguidores. Do lado dos críticos, um dos argumentos é que o movimento ignora os riscos de saúde associados ao excesso de peso, focando-se demasiado em redefinir o conceito de beleza e não tanto em mudar o valor que a aparência física tem na sociedade.

Na base da body neutrality estão princípios que secundarizam a dimensão estética, tais como: o reconhecimento das potencialidades do nosso corpo – capacidade de resistir e de nos manter operantes; a predisposição para evitar conversas sobre alimentação, peso e corpos ideais; e o envolvimento em actividades físicas que promovam, em primeira instância, o bem-estar.

Num estudo feito em 2018¹, mais de duzentas universitárias foram chamadas a participar numa aula de ginástica, tendo sido sendo distribuídas em dois grupos: um, liderado por um instrutor que trabalhava a motivação focando na aparência (ex. “acaba com essa celulite!”) e outro, que destacava aspectos funcionais (ex. “pensa no quão forte estás a ficar!”). Embora os níveis de satisfação tenham aumentado nos dois grupos, após o treino, o segundo grupo experimentou um incremento de bem-estar significativamente mais expressivo do que o primeiro.

A distinção entre a apreciação qualitativa e a vertente funcional é central para o que Kelly McGonigal, psicóloga da saúde, professora da Universidade de Stanford e autora de The Joy of Movement, ensina nas suas aulas. “Um dos maiores princípios da neutralidade corporal é experimentar o exercício ou o movimento como uma forma de se envolver com o corpo, não como forma de o mudar²”.

¹ LIPOVETSKY, Gilles. A Terceira Mulher (1997)

² Com base num inquérito realizado em Janeiro de 2022, a 316 mulheres (>18 anos), 201 das quais sofreram de body shaming

³ Ditching the diet – how I learned to accept the body I have, The Guardian (2022)

¹ Estudo ‘Tone it Down: How Fitness Instructors’ Motivational Comments Shape Women’s Body Satisfaction, publicado em Journal of Clinical Sport Psychology Volume 12 (2018)

² Can ‘Body Neutrality’ Change the Way You Work Out?, New York Times (2022).

A Procura de Correspondência a Normas Estéticas

A pressão relativamente à aparência das mulheres não se restringe ao peso. A sociedade imprime na mulher a necessidade de fuga à velhice, seja pintando o cabelo, tonificando o corpo, esticando a pele ou devolvendo ao corpo formas que se foram alterando com o tempo e as experiências da maternidade.

Na verdade, a relação das mulheres com a sua aparência está embrulhada num grande paradoxo: se, por um lado, cada vez mais se protesta contra a ditadura da beleza e se procuram referências de beleza mais ecléticas, por outro, nunca o corpo da mulher esteve submetido a tantas normas homogêneas em todas as fases da vida.

Entre as nossas inquiridas, 31% já fez ou manifesta vontade de fazer pelo menos uma cirurgia estética (i.e., uma cirurgia plástica que não seja clinicamente necessária). Dessas, 27% reconhece que o objectivo é retardar os efeitos do envelhecimento. A maioria (52%) diz querer corrigir algo de que não gosta no seu corpo. Esta vontade de correcção ou transformação do corpo não é um exclusivo de mulheres maduras; 32% das mulheres entre os 20 e os 24 anos gostaria de fazer uma cirurgia estética.

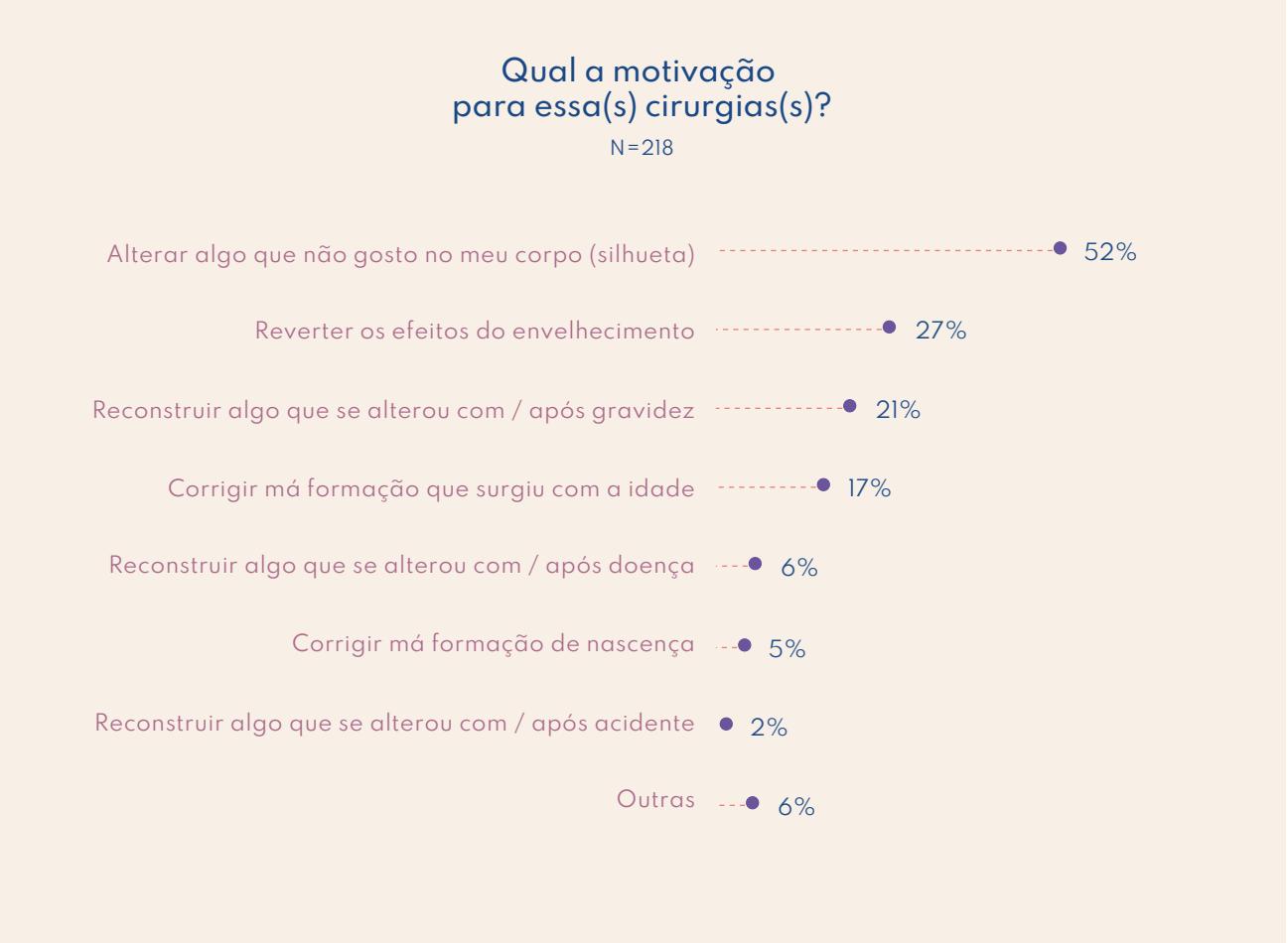
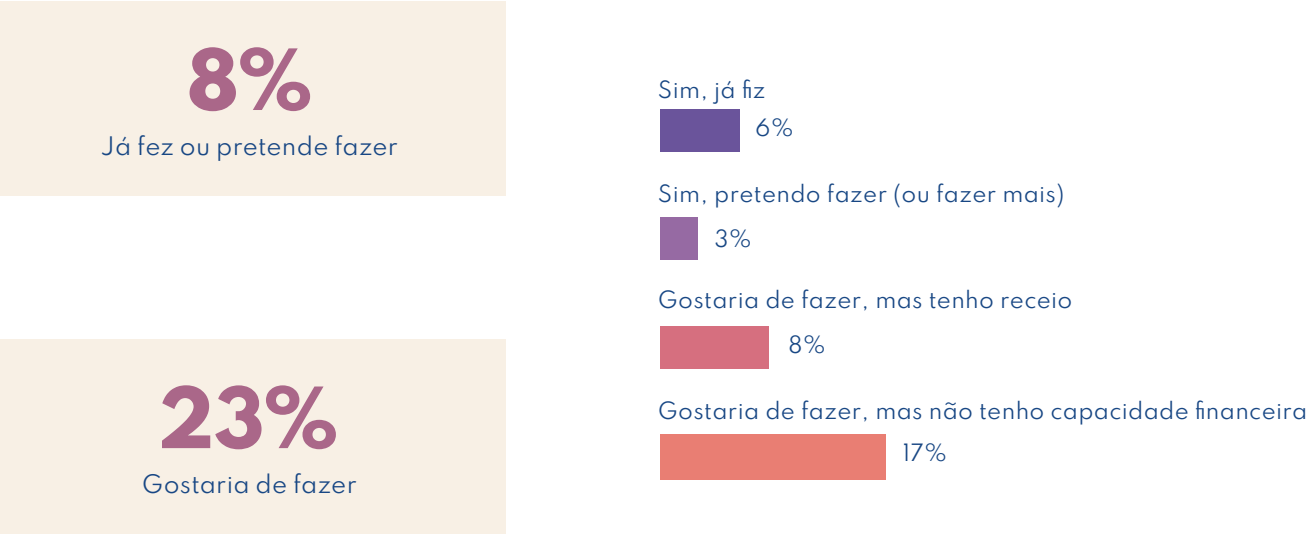
Anuschka Rees, psicóloga alemã que conversou com mais de 600 mulheres para publicar o livro ‘Beyond Beautiful’, defende que as mulheres ainda lutam muito mais com a sua aparência do que os homens, com consequências que se traduzem em desigualdades de género. Segundo a sua pesquisa, as mulheres realmente acreditam que as suas vidas poderiam ser melhores se elas fossem mais bonitas. Será verdade? E quanto bem-estar se poderia ganhar se as mulheres não vivessem tão presas a esse ideal de beleza?

“Eu descreveria a minha relação com o meu corpo como apreciativa e saudável, mas nunca diria que ‘amo’ certas partes do meu corpo – aliás, sou bastante contra a crença de que uma imagem corporal saudável significa ‘amar’ a nossa aparência. Eu não ‘adoro’ as minhas coxas ou as minhas mamas mais do que os meus pulmões ou o meu sentido de equilíbrio. A ideia de que nos devemos esforçar para ‘amar’ a nossa aparência é só mais um produto de como sobrevalorizamos a beleza enquanto sociedade.”

Anuschka Rees, autora de ‘Beyond Beautiful: A Practical Guide to Being Happy, Confident, and You in a Looks-Obsessed World’ (2019)

Já fez ou tenciona fazer alguma cirurgia estética (i.e., uma cirurgia plástica que não seja clinicamente necessária)?

N=707



A relação das mulheres com o peso

55%

Já passou por um processo de emagrecimento, ou seja, um esforço de dieta feito de forma consistente e relativamente longo

N=707

14%

Das mulheres entre os 34 e os 44 anos fez mais de 20 dietas ou não sabe dizer porque "vive de dieta em dieta"

N=139

Está confortável com o peso que tem?

N=707

Sim 22%

Sim, embora gostasse de perder alguns Kgs 30%

Sim, embora gostasse de ganhar alguns Kgs 4%

Não, considero-o elevado 41%

Não, considero-o baixo 3%

71%

Das mulheres considera o seu peso elevado ou gostaria de perder alguns quilos

N=707

37%

Das que não estão confortáveis com o seu peso reconhece que essa insatisfação interfere muito com o seu bem-estar psicológico

N=550 | Respostas TOP 3

A Biologia Feminina e o Peso

A culpa não pode morar aqui

Enquanto jovens, as mulheres têm cerca de 10 vezes mais estrogénio do que os homens. Quando os níveis de estrogénio são altos, a disposição excessiva de gordura ocorre principalmente nos quadris e coxas, levando ao típico tipo de corpo em forma de pêra, conhecido como obesidade do tipo feminino.

Normalmente, os homens saudáveis têm muito pouco estrogénio e gordura subcutânea. Quando começam a ganhar peso, tende a ser mais concentrado na barriga, no espaço intestinal, sendo conhecido como "gordura visceral" ou "ganho de peso central". Isso resulta no tipo de corpo característico em forma de maçã, mais do tipo masculino, quando o ganho de peso se torna excessivo. No entanto, esse também é o tipo de gordura metabolicamente mais activo e, portanto, mais fácil de perder, razão pela qual os homens, em geral, perdem mais facilmente peso do que as mulheres.

Menstruação: o descontrolo mês a mês

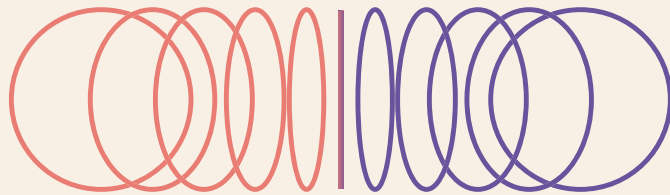
Nas mulheres, a desregulação alimentar pode, em parte, ter explicação nos efeitos do ciclo menstrual. Alguns dias antes da menstruação, as mudanças físicas e as alterações de humor que algumas mulheres acusam – retenção de líquidos, depressão, irritabilidade e vontade incontrolável por doces – podem estar relacionadas com a quebra de estrogénio e um aumento da progesterona, que levam à queda da serotonina. Níveis baixos de serotonina estão, por si, associados à depressão, ansiedade e ao comportamento compulsivo, também traduzido no desejo de ingerir hidratos de carbono e doces.

Menopausa: a mudança de forma

Quando os níveis de estrogénio caem na menopausa, mantendo-se os níveis de testosterona, a proporção de estrogénio/testosterona muda em favor da dominância da testosterona. A presença de testosterona que não é neutralizada pelo estrogénio tende a promover a distribuição de gordura corporal do tipo masculino, e as mulheres que ganham peso durante e após a menopausa tendem a ver a sua cintura engrossar, tornando-se a sua silhueta mais próxima da forma de maçã. O mesmo efeito é observado em mulheres com síndrome do ovário policístico, que produzem andrógenos em excesso.

A interferência do peso na percepção de saúde

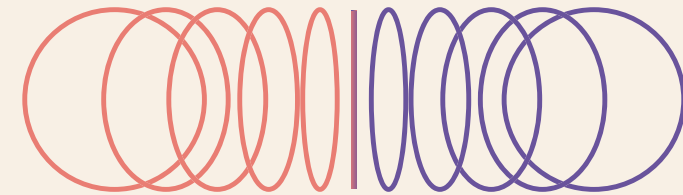
Em discurso directo



“Moderadora: Gostaria que pensassem na forma como nos sentimos. Por exemplo, sentem-se saudáveis em geral? Vamos começar por aí.

— Eu não me sinto particularmente saudável, nunca me senti, mas depois vai para a parte mental. (...) Fisicamente nunca me senti saudável e depois de ser mãe ainda menos saudável me sinto, e quando estava mais saudável do que agora percebo que o meu problema não era uma questão de saúde física, mas psicológica. (...) Por questões de estereótipos, é mais nesse sentido. Eu era magra e não me achava magra e agora vejo fotografias antigas e não sei como é que não me achava magra. E isso afecta o meu psicológico, mas em mim não há nenhum problema psicológico que afecte o meu físico, ou seja, é tudo de fora para dentro e não de dentro para fora.

—Comigo passa-se exactamente o contrário. Quando estou psicologicamente mais stressada isso reflecte-se no meu corpo. Há sete anos era mais gordinha e estava a passar por várias situações stressantes... tentei fazer dietas várias vezes porque em termos de estética não era bom, e não só, mas as dietas nunca resultavam. A partir do momento que me passei a concentrar noutros aspectos, melhorei muito psicologicamente... e comecei a fazer mais desporto e naturalmente baixei o meu peso. Comecei a trabalhar há 5 meses e foi uma experiência super stressante e já mudei imenso, sinto que está a acontecer outra vez, por isso, para mim a questão é ao contrário: é de dentro para fora.



— Eu agora sinto-me saudável, mas se me perguntar no mês que vem, posso já não me sentir. Eu digo muitas vezes que a obesidade é a minha doença crónica porque sempre tive altos e baixos e não posso comer como uma pessoa normal porque tenho muita tendência para engordar e tenho que ter cuidado em fazer exercício. (...) Eu corro para perder peso, para me manter saudável, tenho muito cuidado com o que como e stresso bastante com o que já comi e com a minha gestão de calorias...

— Eu estava a ouvir e a achar curioso porque a pergunta era mais genérica, em termos de saúde, e acho que hoje em dia o que a maioria pensa, principalmente as mulheres, é no peso... É engraçado porque o peso acaba por estar ligado à saúde, mas se estivessem aqui homens não iam pensar da mesma maneira, não é a primeira coisa que lhes vem à cabeça. Saúde e peso, eu acho que a mulher está muito formatada para pensar: só tenho saúde se tiver aquele peso que eu idealizo. Eu estou a dizer isto, mas também penso assim.”

Diálogo entre participantes, arranque das conversas sobre menstruação (mulheres entre os 25 e os 40 anos)

Confirmando os espaços de potenciação de bem-estar

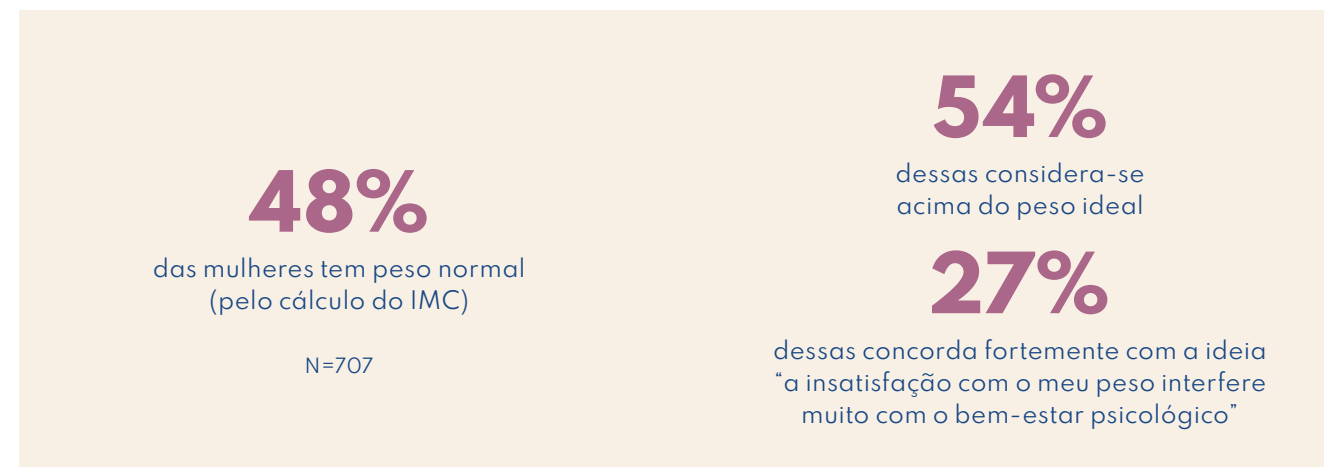
A OBSESSÃO COM O PESO IDEAL

Se há conclusão óbvia nesta investigação é a relação que as mulheres estabelecem entre o seu peso e a sua saúde. Perante a pergunta “sentem-se saudáveis?”, o peso surgiu como argumento espontâneo e assíduo. Ao longo das entrevistas, palavras como ‘dilema’, ‘altos e baixos’, ‘descambar’ deram prova da sensação de descontrolo e instabilidade que a variação de peso provoca. A relação entre o peso e o bem-estar psicológico também surge nos testemunhos de forma cristalina.

Entre as mulheres da amostra, 41% não está confortável com o seu peso por considerá-lo excessivo e 30% reconhece que gostava de perder alguns quilos. Será que é justificado? Segundo o cálculo de Índice de Massa Corporal, 49% das mulheres tem efectivamente excesso de peso. Em Portugal, a obesidade é reconhecida como doença crónica desde 2004. Cerca de 53% da população adulta tem excesso de peso e 1,5 milhões de portugueses são obesos.¹ A obesidade também afecta mais as mulheres (17,4%) do que os homens (16,4%) e atinge principalmente a população dos 55 aos 74 anos, com valores superiores a 20%.²

Que o excesso de peso é um tema de saúde pública, ninguém contesta. Sendo indiscutível que aí reside uma bolsa de saúde e bem-estar a conquistar, tudo sugere uma outra bolsa de bem-estar, que aqui se dimensiona: todas as mulheres que, apesar do peso normal, vivem o desconforto psicológico de não conseguir corresponder a um padrão de beleza excessivamente ancorado na magreza.

Assumindo o IMC, 48% das mulheres inquiridas têm peso normal; dessas, mais de metade manifesta algum desconforto com o seu peso e 27% concorda fortemente com a ideia de que a insatisfação com o seu peso interfere muito com o seu bem-estar psicológico. Não estará aqui um potencial de bem-estar a conquistar? Como neutralizar esta ideia da importância do corpo perfeito, principalmente em fases da vida (como a maternidade) em que as mulheres sofrem alterações de peso, em grande medida, por factores inerentes à sua biologia e alheios à sua vontade?

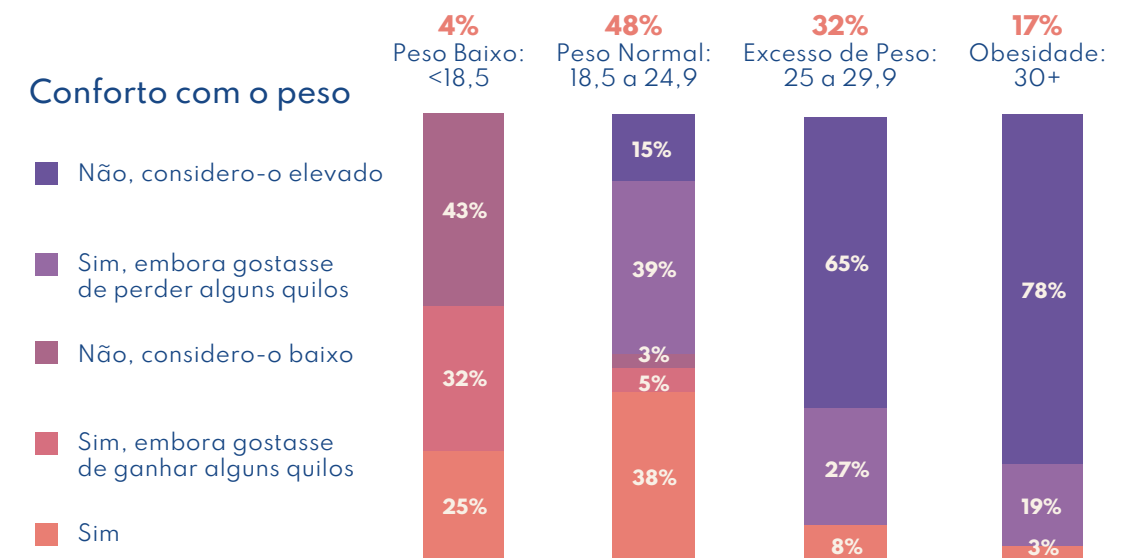


¹ “O Custo e Carga do Excesso de Peso e da Obesidade em Portugal”, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e pela consultora Evigrade-IQVIA (2021)

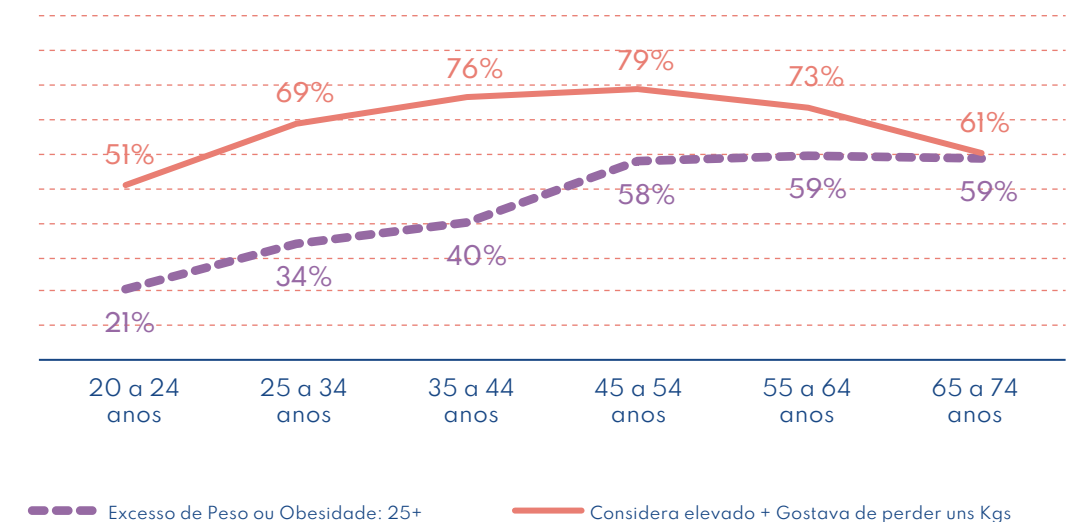
² Dados do Inquérito Nacional de Saúde, INE (2020)

A PERCEÇÃO VS A REALIDADE PELO CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

N=707



Conforto com o próprio peso e IMC por Idade



Consciência Social



Consciência Social



DOVE, Estudo sobre Body Shaming em Portugal (N=316 Mulheres maiores de 18 anos, 2022)

Estudo mostra que a maior parte dos comentários depreciativos acaba por incidir sobre o peso (68%), a forma de vestir (23%), o "rabo grande" (19%), o peito grande (15%), e a cara (15%). Como consequência, 19% das mulheres usam roupa larga e mais escura para tapar ou disfarçar o corpo. No decorrer do estudo a marca convidou 13 mulheres a partilharem os insultos feitos à sua aparência, dando origem a uma exposição realizada em Maio no Centro Comercial Colombo (nas imagens).

Produtos e Conteúdos

THE SHAPA

Balança sem ecrã e métricas quer alterar o
paradigma da relação com o corpo

The Shapa é um serviço de subscrição, que inclui uma balança redonda e sem ecrã, criado para remover a ansiedade e a frustração associadas à pesagem e promover a adopção de hábitos saudáveis. O seu co-fundador, o professor de psicologia e economia comportamental da Duke University, Dan Ariely, baseou-se no princípio da “aversão à perda” para desenvolver o produto. Na base está a tendência dos indivíduos serem mais afectados por perdas do que por ganhos conquistados. No que toca o peso, isto significa que os sentimentos negativos despoletados pelo ganho de alguns quilos é, na verdade, mais impactante do que os sentimentos positivos, associados no caso de uma eventual perda de peso.

The Shapa vem colocar o ênfase na saúde e nas escolhas de cada um, focando-se sobretudo num sistema de incentivos e não em métricas. Segundo Ariely, a saúde real é muitas vezes deturpada pela forma como se lêem os dados. No caso do peso, este pode variar cerca de 3kg por dia, logo dir-nos-á muito pouco sobre o bem-estar geral. “Ao dar às

pessoas mais granularidade, estamos a tornar as informações menos úteis”, sugere Ariely.

À semelhança de outras balanças inteligentes, a The Shapa está ligada a uma app e é capaz de captar através de uma pequena corrente eléctrica informações como densidade óssea, massa muscular ou peso geral. A principal diferença? Não revela em nenhuma circunstância o peso, optando por uma linguagem mais simples: uma escala de cinco cores, que indica se estamos um pouco melhor, um pouco pior, muito melhor, muito pior ou na mesma. Este sistema de cinco cores tem em consideração a forma como as pessoas realmente ganham e perdem peso. Alguns quilos a mais ou a menos não significam nada, especialmente se não forem sustentados ao longo do tempo. A app cria uma média de pesagens das últimas três semanas e utiliza-as para dar feedback construtivo. Segundo Ariely, este tipo de abordagem ajudará as pessoas a entender melhor como as suas escolhas afectam a saúde em geral, removendo frustração e desmotivação desnecessárias.



Serviço de subscrição que inclui uma
balança sem ecrã e métricas



My Shapa Color

Simplificação das flutuações
de peso naturais do corpo
num sistema de feedback com
base em cinco cores



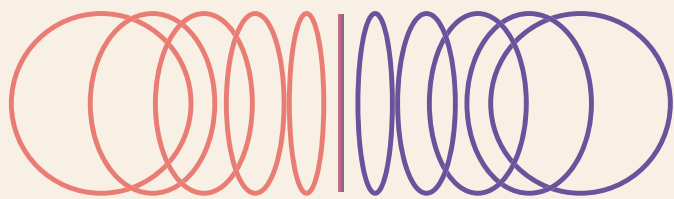
Missões Personalizadas

Sugestão de hábitos
saudáveis fáceis de integrar
na rotina diária



Shapa Badges

Utilização da ciência
comportamental para
o design de um sistema
de incentivos, permitindo
coleccionar crachás que
reflectem a conquista
de hábitos saudáveis



“Estou sempre muito focada na questão do peso, ter um peso dentro da média. Isso influencia a questão mental.

Acho que nunca estive no ponto ideal, mas estava melhor [antes da gravidez].”

“[Os médicos] explicam as coisas de forma simplista. ‘Tente fazer exercício físico’. Qual? ‘Boa alimentação’. Qual?”

“Eu precisava de multidisciplinariedade para conseguir fazer o que sei que tenho de fazer. Durante a gravidez somos acompanhados por vários médicos. Vou ao médico de família e ele diz que tenho excesso de peso e diz-me o que devo fazer. Isso eu já sei, mas não consigo! Nutricionista: o seu IMC é este, tem excesso de peso, tem de cumprir isto... Preciso de ajuda do ponto de vista mental, que me ajude a cumprir esses planos. O psiquiatra também não ajuda nisso; o foco dele é ouvir o mínimo possível e receitar o máximo possível. O trabalho que devia ser feito, do ponto de vista mental, não existe.”

M, 35 anos, casada, 1 filha (15 Kg acima do peso recomendado)

Segundo os nossos cálculos, cerca de um milhão de mulheres portuguesas entre os 20 e os 74 anos estão desconfortáveis com o seu peso, embora o seu índice de massa corporal esteja dentro do que se convencionou ser o “peso normal”.

A excessiva valorização do peso pode ser contraproducente em termos de saúde, desde logo por poder dar origem a distúrbios alimentares. Estudos recentes têm vindo a defender que há vários tipos de transtornos alimentares e que esse tipo de perturbações não só pode ocorrer em todas as idades, como em todo o espectro de índice de massa corporal.

A investigação revela que as mulheres tendem a medir a sua saúde em quilos, e a sua auto-imagem (e percepção de saúde) é afectada pela distância do seu peso ao que consideram ser o peso ideal (não necessariamente, o peso saudável). 27% das que têm IMC dentro da normalidade reconhece que a insatisfação com o seu peso interfere muito com o seu bem-estar psicológico. São quase 259 mil mulheres que poderiam sentir-se melhor no quotidiano se não vivessem subjugadas a um ideal onde impera o culto da magreza.

A preocupação com a obesidade é legítima e o seu combate urgente, mas tudo recomenda que se seja cuidadoso nessa prevenção de forma a não atingir a auto-confiança de mulheres que, muitas vezes, não estão sequer dentro de um quadro de excesso de peso. Para as que estão, faltam ferramentas que as ajudem a navegar no mundo das dietas saudáveis, reconhecendo que não há uma receita única para perder peso e que só trabalhando a motivação intrínseca (i.e., a vertente psicológica) se impede a auto-sabotagem.

O julgamento que as mulheres fazem sobre o seu corpo está poluído por imagens que determinam padrões estéticos que, para a maioria, e a partir de uma determinada idade, são inalcançáveis. Mais do que a resignação à fealdade ou à obesidade, deve promover-se a saúde do corpo e da mente como centro da auto-estima – da adolescência à velhice.

A medida do sonho

Na investigação fundadora do projecto Saúdes - “A Saúde dos Portugueses – um BI em nome próprio” – oferecia-se à vontade declarada de potenciar saúde o nome de ‘medida do sonho’. É aí que nasce o trabalho que aqui se termina. É aí que se começam a questionar défices de saúde e de bem-estar das mulheres face aos homens, que aqui se confirmam e procuram explicar.

Sem a pretensão de elaborar respostas ou soluções finais, fica certo que o bem-estar das mulheres está aquém do possível em diferentes fases do seu ciclo de vida reprodutivo – menstruação, maternidade, menopausa - e na relação com o corpo. A estes aspectos poderíamos acrescentar outros como o da contracepção, cuja responsabilidade e efeitos secundários continuam a ser quase totalmente atribuídos às mulheres.

Evidencia-se também que uma das razões da distância a um lugar de melhor bem-estar está na própria dificuldade das mulheres em reconhecer o seu desconforto, pelo modo como historicamente foi sendo silenciado ou normalizado.

Num dos seus livros, Gonçalo M. Tavares escreve que “o que importa não é apenas que o indivíduo sobreviva, mas que a felicidade do indivíduo sobreviva, se mantenha. Saúde vista assim como sinónimo de bem-estar, de bem-existir, eu diria: de bem não morrer.”

Quantas mulheres podem dizer que “bem não morrem” em Portugal? Quantas declaram estar bem quando, na realidade, se encontram em estados de dor ou desconforto? Como se pode calibrar a medida do seu sonho?

É a pergunta que deixamos a cada mulher que leia este trabalho, bem como a todos os decisores, medias, profissionais de saúde e outros cuidadores que possam ter um papel neste processo de informação, consciencialização e mudança de paradigma no que ao bem-estar feminino diz respeito.



Anexos

Trabalho de Campo

ESTUDO QUALITATIVO

Amostra total: A) 12 Entrevistas aprofundadas [8 mulheres e 4 homens] e B) 3 focus groups [24 mulheres].

Trabalho de campo: realizado entre os dias 21 de fevereiro e 28 de abril de 2022.

Universo A): Indivíduos em ciclo de vida e perfil de saúde/ doença distinto, sendo os homens com situações e problemas de saúde equivalentes aos das mulheres, ambos com idade igual ou superior a 25 anos, pertencentes ao Painel Global IPSOS-APEME.

Universo B): Mulheres com condições subjacentes da saúde sexual e reprodutiva com possibilidade de abordar o tema da menstruação (entre os 25-40 anos, com e sem filhos), maternidade (entre os 30-50 anos, com filhos) e menopausa (entre os 50-65 anos de idade, sem menstruar há pelo menos 1 ano), pertencentes ao Painel Global IPSOS-APEME.

Metodologia: Entrevistas aprofundadas via digital e presencial, e workshops realizados na sede IPSOS-APEME.

ESTUDO QUANTITATIVO

Amostra total: 960 indivíduos [707 mulheres + 253 homens].

Trabalho de campo: realizado entre os dias 20 de maio e 15 de junho de 2022.

Universo: Mulheres residentes em Portugal Continental, com idade entre os 20 e os 74 anos, para proximidade a eventos de saúde reprodutiva. Homens residentes em Portugal Continental entre os 40 e os 74 anos para garantir incidência natural de doenças [Grupo de Controlo], pertencentes ao Painel Global IPSOS-APEME.

Metodologia: 587 mulheres e 203 homens entrevistados online, junto do Painel de Questionários Online Ipsos APEME, ao que acresceram 120 mulheres e 50 homens entrevistados telefonicamente para chegar a targets mais velhos e/ou com menos habilitações.

Nota: Das 707 pessoas do sexo feminino inquiridas, 2 (0,28%) não se identificam como cisgénero (i.e., do género feminino). Na medida em que também experienciam condicionantes biológicas, as suas respostas a este inquérito foram consideradas na análise.

Caracterização da amostra global

IDADE	M	H
20 a 24 anos	8%	0%
25 a 34 anos	15%	0%
35 a 44 anos	20%	16%
45 a 54 anos	22%	33%
55 a 64 anos	20%	28%
65 a 74 anos	16%	23%

REGIÃO	M	H
Norte	33%	32%
Centro	23%	22%
Lisboa	29%	30%
Alentejo	7%	7%
Algarve	5%	4%
Ilhas	5%	5%

Caracterização da amostra de mulheres

HABILITAÇÕES FORMAIS	
Ensino Primário	6%
Ensino Básico: 5º a 9º Ano Atual	9%
Ensino secundário: 10º a 12º Ano Atual	38%
Cursos Técnicos/Magistério Primário	4%
Ensino superior: Licenciaturas/ Doutoramentos	42%

AGREGADO	
1 pessoa	14%
2 pessoas	32%
3 pessoas	30%
4 ou mais pessoas	24%

RENDIMENTO MÉDIO LÍQUIDO DO AGREGADO	
Menos de 500€	4%
De 501 a 750€	8%
De 751€ a 1000€	15%
De 1001€ a 1200€	10%
De 1201€ a 1500€	14%
De 1501€ a 2000€	17%
De 2001€ a 3000€	14%
Mais de 3000€	5%
Ns/Nr	13%

NÚMERO DE FILHOS	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
0	34%	83%	68%	39%	20%	13%	17%
1	31%	6%	21%	36%	42%	35%	24%
2	30%	11%	7%	22%	36%	47%	40%
3	4%	0%	2%	4%	3%	3%	10%
4 ou mais	2%	0%	2%	0%	0%	3%	10%

CUIDADORA DE PESSOAS DOENTES, DEFICIENTES OU EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE DE SAÚDE	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Sim	10%	8%	2%	8%	10%	20%	11%

Menstruação

Actualmente, menstrua normalmente, todos os meses?

BASE: TOTAL DE MULHERES (707)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Não, estou na menopausa	42%	0%	0%	0%	33%	96%	96%
Sim	38%	83%	65%	68%	37%	1%	1%
Sim, mas não todos os meses/ sou irregular	6%	8%	11%	6%	7%	3%	2%
Não, o contraceptivo que uso impede-o	11%	6%	15%	20%	21%	0%	1%
Não, um problema de saúde está a afectar o meu ciclo	2%	4%	5%	4%	1%	0%	0%
Não, estou grávida	1%	0%	4%	1%	0%	0%	0%

Actualmente, recorre a alguma aplicação ou tecnologia relacionada com a gestão do seu ciclo menstrual?

BASE: MULHERES QUE NÃO ESTÃO NA MENOPAUSA (409)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Sim	29%	47%	37%	22%	19%	-	-
Não	71%	53%	63%	78%	81%	-	-

[se sim] Com que intenção?

BASE: MULHERES QUE USAM APP/TECNOLOGIA RELACIONADA COM O CICLO (120)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Gerir / antecipar efeitos do meu ciclo menstrual	59%	76%	68%	42%	40%	-	-
Não quero engravidar	27%	16%	16%	42%	40%	-	-
Quero engravidar	5%	0%	5%	13%	0%	-	-
Acompanhar gravidez	1%	0%	3%	0%	0%	-	-
Nenhuma/ não ligo muito	8%	8%	8%	3%	20%	-	-

Sexualidade

Neste momento, o que diria sobre a sua vida sexual?

BASE: TOTAL DE MULHERES (707)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Totalmente satisfatória	32%	42%	33%	27%	38%	31%	24%
Sobretudo satisfatória	28%	15%	41%	38%	30%	22%	15%
Sobretudo insatisfatória	7%	8%	6%	9%	7%	10%	4%
Inexistente ou quase inexistente	33%	36%	20%	27%	25%	37%	57%

O que leva que esteja insatisfeita ou menos satisfeita?

BASE: SUBSEGMENTO DE MULHERES EM MENOPAUSA OU QUE NÃO TEM FILHOS, E NÃO QUE REFEREM UMA VIDA SEXUAL TOTALMENTE SATISFATÓRIA (356)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Não tenho parceiro(a)	39%	58%	31%	30%	26%	35%	54%
Falta de libido	26%	23%	37%	28%	32%	32%	8%
Tenho dores durante o acto sexual	15%	32%	20%	7%	17%	17%	7%
Tenho dificuldade em atingir o orgasmo	15%	19%	24%	23%	23%	9%	5%
Disfunção sexual do meu parceiro(a)	10%	6%	2%	5%	15%	13%	14%
Disfunção sexual minha	9%	0%	6%	5%	15%	9%	12%
Não me sinto emocionalmente próximo(a) do meu parceiro(a)	7%	13%	8%	9%	9%	4%	5%
Problemas na relação conjugal	7%	3%	4%	16%	4%	9%	4%
Não me sinto atraído(a) pelo meu parceiro(a)	6%	3%	0%	2%	11%	9%	6%
Outros	4%	0%	6%	12%	8%	1%	1%
Nenhuma/Ns	2%	0%	4%	2%	4%	0%	1%

Contraceção

Actualmente, a que método de contracepção recorre? (múltipla)

BASE: MULHERES EM IDADE FÉRTIL, EXCEPTO GRÁVIDAS (403)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Pílula	43%	53%	52%	36%	40%	-	-
Preservativo masculino	16%	32%	12%	18%	10%	-	-
DIU ou SIU (qualquer tipo)	11%	0%	4%	13%	21%	-	-
Implante subcutâneo	4%	2%	3%	5%	3%	-	-
Coito interrompido	3%	0%	5%	4%	3%	-	-
Métodos naturais	2%	0%	0%	4%	2%	-	-
Anel vaginal	1%	0%	3%	1%	0%	-	-
Adesivo/ selo	1%	0%	0%	1%	1%	-	-
Laqueação de trompas	1%	0%	0%	1%	1%	-	-
Injecção	1%	0%	1%	1%	0%	-	-
Preservativo feminino	0,25%	0%	0%	1%	0%	-	-
Nenhum	24%	28%	27%	22%	21%	-	-

Sente que foi envolvida nessa escolha?

BASE: SUBSEGMENTO DE MULHERES QUE NÃO TÊM FILHOS BIOLÓGICOS E USAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS OU INTRAUTERINOS (106)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Sim, foi uma escolha minha informada	76%	79%	69%	92%	67%	-	-
Sim, embora sinta que não me foi dada muita informação	18%	21%	24%	0%	17%	-	-
Não, foi maioritariamente uma decisão do médico	5%	0%	4%	8%	17%	-	-
Não, nem sei porque estou a recorrer a este contraceptivo	1%	0%	2%	0%	0%	-	-

Sente falta de um método contraceptivo que permita ao homem o controlo anticoncepcional (ex. pílula masculina)?

BASE: SUBSEGMENTO DE MULHERES QUE NÃO TÊM FILHOS BIOLÓGICOS E USAM ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO (192)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Sim	60%	63%	69%	58%	33%	-	-
Não	38%	37%	30%	38%	67%	-	-
Não, acho que deve ser uma responsabilidade da mulher	2%	0%	1%	4%	0%	-	-

Sente ou já sentiu efeitos secundários relacionados com algum método contraceptivo?

BASE: SUBSEGMENTO DE MULHERES QUE NÃO TÊM FILHOS BIOLÓGICOS E USAM ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO (192)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Sim, muito graves	3%	2%	1%	4%	6%	-	-
Sim, graves	9%	10%	10%	6%	11%	-	-
Sim, ligeiros	41%	35%	50%	31%	44%	-	-
Não	48%	53%	39%	60%	39%	-	-

[Se sim] Que tipo de efeitos?

BASE: MULHERES QUE ADMITIRAM SENTIR EFEITOS SECUNDÁRIOS (100)	GLOBAL	20 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS
Aumento de peso	42%	33%	44%	52%	36%	-	-
Inchaço ou maior sensibilidade dos seios	36%	29%	30%	52%	45%	-	-
Diminuição de libido	34%	54%	35%	14%	27%	-	-
Alterações de humor	30%	54%	26%	19%	18%	-	-
Dor de cabeça	26%	33%	28%	24%	9%	-	-
Má circulação	23%	13%	26%	33%	9%	-	-
Dor abdominal	21%	38%	12%	24%	18%	-	-
Náuseas	19%	25%	19%	14%	9%	-	-
Secura vaginal	19%	13%	26%	10%	27%	-	-
Depressão	13%	25%	9%	10%	9%	-	-
Acne, oleosidade/diminuição de acne	4%	0%	7%	0%	9%	-	-
Ausência de menstruação/irregular	2%	0%	5%	0%	0%	-	-
Derrames	2%	0%	2%	0%	9%	-	-
Alterações hepáticas	1%	0%	0%	5%	0%	-	-
Retenção de líquidos / inchaço abdominal	1%	0%	0%	5%	0%	-	-
Nenhum	1%	0%	2%	0%	0%	-	-

Bem-Estar Subjectivo

Nota sobre a construção do indicador

Há diferentes formas de definir e medir operacionalmente o bem-estar subjectivo, não havendo um consenso sobre o que deve ser usado pela academia ou pela política. Nesta investigação, reproduz-se a fórmula desenvolvida num estudo¹ feito sobre uma amostra representativa de 43.000 europeus que participaram no European Social Survey. Essa análise, que englobou inquiridos de 23 países, permitiu calcular o bem-estar subjectivo nos diferentes países, colocando, à data do estudo, a Dinamarca com a mais alta (40,6%) e Portugal com a mais baixa (9,3%) taxa de “florescimento”.

Embora possa estar desactualizado nos valores, o estudo mantém-se crítico na definição e nas conclusões, desde logo por expor diferenças culturais na forma como se constrói a percepção de bem-estar, e por revelar (ao provar que o indicador é multidimensional), que se perde informação valiosa se apenas se medir o bem-estar pelo item unidimensional da ‘satisfação geral com a vida’.

Neste estudo, a definição de bem-estar subjectivo constrói-se como sendo o exacto oposto de um espectro de transtornos mentais mais comuns: a depressão e a ansiedade. Mais do que a ausência de uma desordem mental, mede a presença de características como a aprendizagem, a produtividade, a criatividade, as boas relações, entre outras que potenciam o “florescimento” dos indivíduos.

Ao examinar os sintomas internacionalmente aceites de depressão e ansiedade, e definindo o exacto oposto de cada sintoma, identificam-se as características de bem-estar subjectivo em análise: competência, envolvimento, propósito, optimismo, relações positivas, auto-estima, resiliência, estabilidade emocional, vitalidade e emoção positiva. Em concreto, neste cálculo, foram introduzidas duas novas variáveis para permitir aprofundar a comparação de género: o domínio do tempo e o estímulo.

Competência	Na maioria dos dias, sinto uma sensação de realização comigo mesmo/a
Envolvimento	Adoro aprender coisas novas
Propósito	Geralmente, sinto que o que faço na minha vida é valioso e compensador
Optimismo	Sou sempre optimista quanto ao meu futuro
Relações positivas	Existem pessoas na minha vida que se preocupam realmente comigo
Auto-estima	No geral, penso de forma muito positiva em relação a mim próprio/a
Resiliência	Quando as coisas correm mal na minha vida, geralmente demoro muito tempo a voltar ao normal (escala inversa)
Domínio do tempo	Consigo gerir o meu tempo de forma a ir ao encontro das minhas necessidades e valores pessoais
Estabilidade emocional	(Na semana passada) senti-me calmo e sereno
Vitalidade	(Na semana passada) estive com muita energia
Estímulo	(Na semana passada) o meu dia-a-dia foi cheio de coisas interessantes
Emoção positiva	Considerando todos os aspectos, quão feliz diria que é?

 Variáveis novas introduzidas no estudo para aprofundar a comparação de género

Os critérios de diagnóstico de depressão e ansiedade utilizados são do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

¹ Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being Dez 2011

Bibliografia

Paul Constança, Fonseca António: Psicossociologia da Saúde. Climepsi Editores, 2001

Angela Saini, Inferior, Edições Desassossego, Julho 2019

Gabrielle Jackson, Pain and Prejudice: How the Medical System Ignores Women—And What We Can Do About It,,2021

Gilles Lipovetsky, A Terceira Mulher, (1997)

Principais Relatórios

INE, Estatísticas de Saúde 2019-2020

The Hologic Global Women’s Health Index Pathways to a Healthy Future for Women, Report 2021

Felicia A. Huppert, Timothy T. C., Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being, Well-Being Institute & Department of Psychiatry, University of Cambridge, 2011

Gender Gaps and Subjective Wellbeing, Research Report prepared by Claudia Senik, Publication Office of the European Union, 2015

Barnard A, Well-Being, More Than a Dream: Women Constructing Metaphors of Strength, 2018

EIGE [European Institute for Gender Equality], Gender Equality Index 2021

FFMS, As mulheres em Portugal, hoje: quem são, o que pensam e como se sentem, 2019

FFMS, Os jovens em Portugal, hoje: Quem são, que hábitos têm, o que pensam e o que sentem, 2021

Póinhos R., Viés de género na medicina, Acta Médica Portuguesa, 2011

Costa V., Bastos M., Carvalho F., Género masculino vs feminino: factor relevante para as respostas farmacológicas e efeitos adversos de fármacos?, Acta Farmacêutica Portuguesa, 2011

Afonso M., O corpo feminino na ilustração científica: uma reflexão visual em torno de convenções e padrões de representação, Dissertação de Mestrado, 2014

Índice de Saúde Mental Headway 2023, 2021 [The European House - Ambrosetti em parceria com a Angelini Pharma]

Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials Between 2000 -2020’, (2021) - Center for Women’s Health and Gender Biology; Northwestern Medicine

Reproductive health: Contraception, conception, and change of life – Findings from the Australian Longitudinal Study on Women’s Health, 2021

Águas F., Bombas T., Silva D., Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal, Acta Obstet Ginecol Portuguesa, 2016

Lima D., Os impactos da idealização da maternidade na saúde mental da mulher contemporânea, UNA, 2021

Experiências de parto em Portugal, Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2015-2019

Consenso Nacional sobre Menopausa, SPG, 2021



Autoria

Return On Ideas

Joana Barbosa

Clara Cardoso

Coordenação

Joana Barbosa

Research e Análise

Assunção Cunha

Filipa Santos

Consultoria científica

Miguel Oliveira da Silva

Estudos de Mercado

Ipsos Apeme

Design Gráfico

Carolina Cantante

Impressão

Guide Artes Gráficas

Data de publicação

Novembro, 2022

©Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e os Autores

Aviso legal:

Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sede: Praça Príncipe Perfeito,
2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503 496 944. CRC Lisboa. Capital Social:
12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, www.asf.com.pt

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores e não da Médias.
Os autores desta publicação não adoptaram o novo Acordo Ortográfico. A autorização para reprodução
total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada à Médias. A presente análise contém
referências a marcas e logótipos que não são propriedade da Return On Ideas ou da Médias, sendo tais
referências feitas a título meramente ilustrativo.

SAÚDE

