

MENOPAUSA:

Como é vivida
pelas

mulheres

em Portugal



menopausa

Como é vivida pelas mulheres
em Portugal

wells

JUNHO 2024

Índice

05 NOTA PRÉVIA

07 PREFÁCIO

10 SOBRE O ESTUDO

21 O QUE É A MENOPAUSA

27 COMO SE VIVE A MENOPAUSA

35 UM DESTINO SEM PREPARAÇÃO

45 UMA JORNADA INCERTA
O que sentem as mulheres?
Como são afetadas?
Como se cuidam?
Como são acompanhadas?

101 VAMOS FALAR DE MENOPAUSA?

109 ANEXOS
Referências
Bibliografia
Ficha Técnica

Nota Prévia

A Wells tem na sua génese a missão de promover e democratizar o acesso ao bem-estar da comunidade.

Enquanto agente ativo, a Wells acredita que **é preciso estudar, compreender e falar sobre temas relevantes** que possam afetar a qualidade de vida dos portugueses em geral, e das mulheres em particular, procurando contribuir para a normalização da conversa em torno de temas relevantes, quer pela via da sensibilização e disponibilização de informação, quer pelo acesso a produtos e serviços.

Como marca que tem nas mulheres um público muito importante, e que está presente ao longo de todas as fases da sua vida, da puberdade à maternidade - a Wells entende ser este o momento de colocar na agenda mediática um tema relevante, como a menopausa, que é na verdade um assunto de todos, das mulheres aos seus companheiros, das famílias às empresas, e, em resumo, da sociedade em geral.

Através deste estudo **‘Menopausa: Como é vivida pelas mulheres em Portugal’**, agora tornando público e acessível a todos, a Wells pretende contribuir para uma sociedade mais informada e aberta. Queremos que as mulheres estejam mais preparadas para a menopausa, que não sendo doença, é muitas vezes negligenciada.

“É normal, é assim, é aguentar...”. Quantas mulheres não ouviram isto das suas mães, de mulheres mais velhas e até por vezes do seu médico? O fim do ciclo reprodutivo, que há umas décadas ocorria perto do fim de vida, ocorre cada vez mais em plena idade ativa, decorrente do aumento da esperança média de vida. Nesta fase, as mulheres têm muitas vezes filhos adolescentes a cargo e pais a necessitar de apoio. Mulheres que estão muitas vezes no pico das suas carreiras e que, no turbilhão das suas vidas, não se apercebem, não estão alerta ou não valorizam os primeiros sintomas. Passar pela menopausa com informação e ação, poderá ser a forma de valorizar e melhorar o seu bem-estar.

Em nome de toda a equipa da Wells, agradecemos ao Dr. Joaquim Neves, que desde o primeiro momento, partilhando o desconhecimento que muitas mulheres revelam ao chegar ao seu consultório, demonstrou interesse imediato em colaborar cientificamente neste estudo.

Agradecemos também a toda a equipa da Return On Ideas a forma exemplar como orientou este estudo, bem como todas as conversas e partilhas enriquecedoras e sinceras ao longo de todo este trabalho.

Auscultámos mais de 1.000 mulheres, mas acreditamos que iremos ajudar muitas mais.

Marta Castro
Head of Brand & Marketing Wells

Prefácio

Dr. Joaquim Neves

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa
Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pelo Hospital Santa Maria e Ordem dos Médicos

A menopausa é um fenómeno único, consiste na idade em que as mulheres têm as últimas perdas menstruais. Coincide com a perda da função ovárica, que se inicia com a menarca. Estima-se que as mulheres vivem em média 30 anos após a menopausa.

Em 2022, a população portuguesa residente foi calculada em 10 444 242 no total, 4 714 194 habitantes correspondendo a pessoas com 50 anos ou mais, das quais 1 178 651 mulheres entre os 50 e os 64 anos, e 1 416 134 com 65 anos ou mais. Portanto, 53% da população portuguesa residente com mais de 50 anos é do género feminino, com maior esperança de vida (83 anos); com 21 anos de vida após os 65 anos; e com maior longevidade, comparativamente com o género masculino.

A questão essencial é se maior longevidade e esperança de vida corresponderão a melhor qualidade de vida, sem doenças e sem restrições nas atividades diárias.

Na abordagem das mulheres em menopausa/pós-menopausa existem aspetos que devem ser avaliados: presença de sintomas vasomotores (suores; afrontamentos), sintomas geniturinários (ex., secura vaginal; infeções urinárias), alterações do humor, alterações na composição corporal/peso, alterações na distribuição pilosa, risco cardiovascular, queixas associadas ao pavimento pélvico, fragilidade óssea, alterações cognitivas, risco oncológico e de doenças endócrinas.

Os sintomas vasomotores são as queixas mais tipicamente associadas à menopausa e pós-menopausa. São referidos em 30 a 50% das mulheres com 50 anos ou mais, e o número de episódios por dia (5) e por semana (35), correspondem à necessidade de discutir a intervenção farmacológica com as utentes/doentes.

O tratamento hormonal (TH) é a alternativa de eleição, na ausência de contraindicações. Nessas condições é considerada segura e eficaz. A valorizar, a individualização da abordagem do TH, a idade da iniciação do TH e a existência de alternativas não hormonais para o alívio dos sintomas vasomotores. Em mulheres com idade inferior ou igual a 60 anos, nos primeiros 10 anos após a menopausa, e sem contraindicações, os benefícios do TH são superiores aos eventuais riscos. A duração do TH exclusivo com estrogénios pode ser alargada.

O risco do cancro da mama é sempre um tema presente. Em 2019 foram revelados os dados de uma avaliação realizada entre 1990 e 2018, em que detetaram 20 milhões de casos de cancro da mama e 1 milhão destes estariam associados ao Tratamento Hormonal (TH) na menopausa/pós-menopausa. E os restantes 19 milhões, estariam associados a que causa?

As alternativas para aliviar os sintomas vasomotores existem e essa continua ser uma área de investigação. Nos EUA, já existem novas opções comercializadas, e na Europa estão em fase final de investigação outras alternativas (fármacos específicos dos recetores centrais (SNC) da termorregulação, como o fezolinetant e o elinzanetant).

A síndrome geniturinária na pós-menopausa é sub-diagnosticada e sub-tratada, sendo pouco valorizada pelos profissionais de saúde e pelas mulheres. Estima-se que apenas 25% das mulheres afetadas recorre ao apoio médico. Se não forem questionadas de forma assertiva, as mulheres não a valorizam; mesmo aquelas que dizem fazer a sugestão que lhes é recomendada, revelam utilização irregular.

Nas opções da intervenção médica existem os lubrificantes hormonais e não hormonais, e mais recentemente o ospemifeno por via oral. São diferentes opções de abordagem e, na maioria, não são comparticipadas.

A fragilidade óssea, sobretudo a respetiva forma primária, é um problema de saúde, essencialmente das mulheres idosas. Os dados do estudo EpiReumaPt, baseado no inquérito de 10 661 pessoas em 2 anos, revelaram que 10,2% (1066) apresentavam fragilidade óssea e que, em relação ao total, 17,2% correspondiam a mulheres e 2,6% homens. O fator genético é o mais revelante, incluindo o recetor estrogénico.

Os estrogénios são essenciais no metabolismo ósseo, interferindo na reabsorção, aumentando a ação da calcitonina no osso, reduzindo a excreção renal de cálcio e promovendo efeitos anti-inflamatórios no tecido ósseo com a modulação de citocinas. O despiste da fragilidade óssea deve, por isso, ser enaltecido nas mulheres indicadas.

O presente estudo foi desenvolvido para maior detalhe das perspetivas das mulheres. A consciencialização das mesmas em relação à menopausa e pós-menopausa é basilar.

Nesse período poderão ocorrer alterações que favorecem implicações físicas e psicológicas, não sendo de admirar que algumas mulheres a considerem como uma fase crítica da vida. A sintomatologia associada é heterogénea em diferentes aspetos, portanto, a individualização da abordagem das mulheres é recomendável.

A iliteracia ou o desconhecimento nesta matéria por parte das mulheres é significativa e sobretudo resulta da ausência de informação, pedagogia ou discussão do assunto, incluindo com os profissionais de saúde.

Os dados desta análise revelaram que nesta amostra os primeiros sintomas surgem aos 49 anos, com uma duração média de 2 anos, e apenas 11% das mulheres apresenta sintomas em 5 anos. Os sintomas que mais reconhecem são aumento do abdómen (supostamente gordura visceral), afrontamentos, alterações do sono e fadigabilidade. Existe alguma dificuldade nas mulheres em associar estes sintomas à menopausa/pós-menopausa e mostram-na na expressão que algumas apresentam de que “eu não era assim”.

A saúde mental foi avaliada com 29% das inquiridas com perspetivas negativas, revelando que está pouco ou nada saudável e apontando sensação de cabeça vazia, tristeza, variação do humor, falta de memória e concentração, sendo o espetro máximo a doença de Alzheimer, que é mais frequente no género feminino.

A sexualidade é muito fustigada na menopausa/pós-menopausa, em que 37% das mulheres refere perda da libido, 15% dor na relação sexual (dispareunia) e 15% anorgasmia. A perda de desejo sexual é uma matéria complexa.

A relação com o trabalho é influenciada pela menopausa/pós-menopausa. As perturbações do sono, a falta de memória e interferências na concentração são referidas como condicionantes da performance no trabalho, com evidências de mulheres nesta fase da vida com funções relevantes a considerarem a continuação da mesma função.

Para alcançar a proclamada vida saudável, é essencial a consciencialização das mulheres para a melhoria do seu estilo de vida. Estão referidos neste estudo défices nos cuidados e autoestima, prática regular de exercício físico.

Mantêm-se as dúvidas sobre o tratamento hormonal, mesmo com as evidências científicas a mostrarem que a redução na prescrição desse tratamento não revelou redução da incidência do cancro da mama.

As mulheres mostraram que o acompanhamento pelos profissionais de saúde é discutível, com um número significativo de mulheres não acompanhadas de forma mais adequada. Os profissionais são a fonte de diagnóstico e esclarecimento dos tratamentos, mas a informação sobre os sintomas mais comuns e o estilo de vida é adquirida pela internet. A OMS reconhece que os profissionais de saúde podem não estar capacitados para reconhecer os sintomas, aconselhar os tratamentos e acompanhar as utentes. Atualmente existe uma franca limitação em consultas específicas para menopausa e pós-menopausa.

Apontam-se ainda lacunas na nutrição e suplementos na menopausa/pós-menopausa, e omissões no diálogo com os parceiros e familiares sobre esta fase da vida.

Em resumo, o estudo revela que a menopausa ainda é obscurecida pela desinformação e, implicitamente, por falhas na atuação sobre a saúde e a qualidade de vida das mulheres na menopausa e na pós-menopausa. As mulheres apontam a menopausa como um período da vida crítico, com maior stress físico e psicológico, mas encontram-se sub-servidas e sub-acompanhadas – a realçar, os sintomas vasomotores, urogenitais e a fragilidade óssea como os mais básicos para serem analisados, rastreados, alvo de intervenção médica e respetiva monitorização.

Estarão os profissionais de saúde alertados para esta revelação das mulheres?

Sobre o estudo

Em 1960, a esperança média de vida à nascença das mulheres em Portugal era de 66 anos; atualmente, ultrapassa os 83 anos. A longevidade conquistada no séc. XX fez da menopausa um acontecimento que ocorre não na velhice, mas na “meia-idade” das mulheres.

Seria de esperar que as protagonistas da emancipação feminina que já passaram pela experiência tivessem alertado quanto baste para as possíveis dificuldades associadas, a sociedade já tivesse integrado a menopausa como um marco natural que não desvaloriza a mulher em nenhum dos papéis que desempenha, e a medicina já tivesse clarividência sobre todos os riscos de saúde que envolve, sintomas de mal-estar, cuidados e terapêuticas adequadas às diferentes necessidades. Não aconteceu.

Estamos em 2024 e a maioria das mulheres continua a fazer a transição entre o período fértil e não fértil da sua vida sem perceber verdadeiramente o processo. Por definição, nenhuma sabe o que a espera – a menopausa manifesta-se de forma singular e cada experiência é única. Este argumento seria válido, se não estivesse a servir para justificar gritantes omissões na informação e no apoio que lhes é prestado.

Muitos médicos ainda aguardam que a mulher atinja os 50 anos de idade ou se apresente com uma lista de queixas que consigam associar à menopausa para deixar recomendações. É uma abordagem reativa, que exclui a mulher de uma fase crítica da sua vida, em que deveria estar capacitada para atuar de forma consciente e preventiva sobre a sua saúde.

Ao longo do documento, faz-se referência a mulheres em diferentes fases da menopausa. Para efeitos de segmentação, foram assumidas em cada grupo as inquiridas que se reconhecem em cada uma das afirmações.

Relativamente à sua aproximação ou vivência da menopausa, em que fase diria estar?

N = 1000

Pré-menopausa

18%

“Não noto nada que indique que eu possa estar a aproximar-me da menopausa.”

Possível Perimenopausa

22%

“Pareço estar com sintomas que sugerem que comecei o período de transição para a menopausa, mas não estou absolutamente certa.”

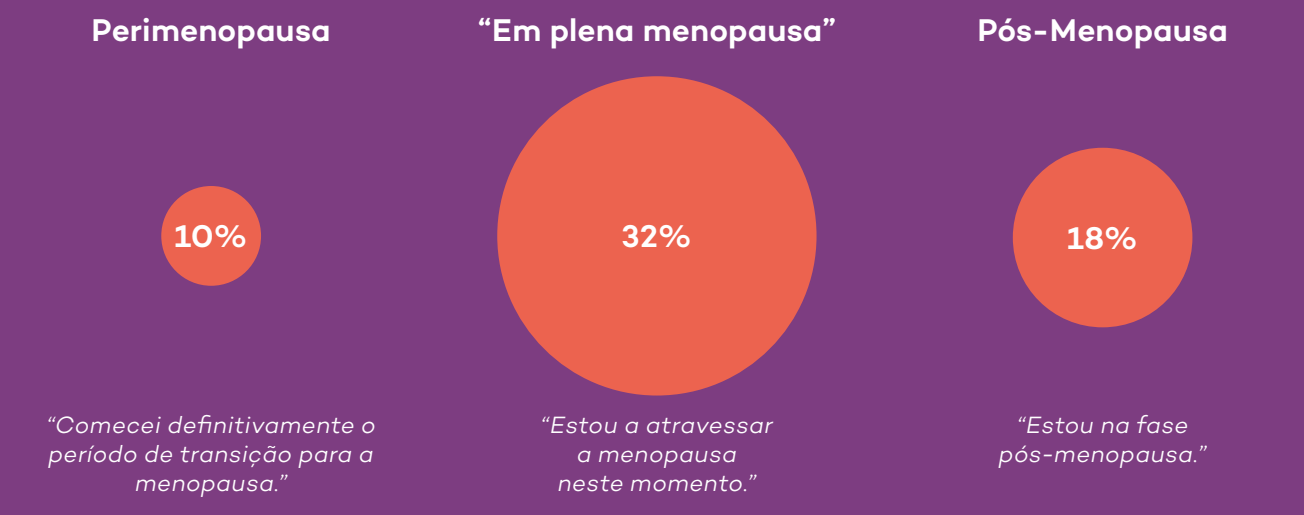
É a constatação de que subsiste grande incompreensão sobre esta experiência das mulheres que leva à decisão deste estudo.

Querer ouvi-las e dar-lhes voz. Saber como olham para esse processo, o que sentem, o que sabem, como se preparam, como se cuidam, a quem recorrem, como se veem antes e depois da menopausa.

A ambição recomendou uma metodologia que primeiro permitisse, a partir de um estudo quantitativo, perceber fatores determinantes da experiência da menopausa, seguido de um estudo qualitativo em que se pudessem esclarecer aspetos a que os números nunca chegam. Assim, foram feitas oito entrevistas individuais aprofundadas a mulheres em diferentes fases da menopausa, que sinalizavam dificuldades no processo.

Porque se pretendia captar mulheres na iminência de entrar no processo de transição para a menopausa, mulheres em pleno processo de transição para a menopausa e mulheres na pós-menopausa, o estudo quantitativo foi feito sobre uma amostra de 1000 mulheres entre os 45 e os 60 anos de idade.

O estudo é representativo das mulheres residentes em Portugal em termos de distribuição regional, mas a distribuição dessas mulheres dentro das diferentes fases da menopausa não corresponde à distribuição real por se ter insistido numa quota de 50% de mulheres que estivessem à data “em pleno processo de menopausa” ou já em “pós-menopausa”, como no esquema em baixo se expõe.



A Menopausa e as mulheres em Portugal em *10 ideias chave*

1. Não há menopausa. Há menopausas.

Não há regras na experiência da menopausa. Quando começa, quanto tempo dura e os sintomas que envolve é muito díspar entre mulheres. A idade mais frequente para o início dos primeiros sintomas é aos 49 anos, mas 24% começa a senti-los mais cedo, antes dos 46 anos. E se, para a maioria, os sintomas duram até 2 anos, 11% vive-os durante mais de 5 anos.

56%

Reconhece os primeiros sintomas antes dos 50 anos

Não só o tipo e a intensidade dos sintomas variam muito, como, em muitos casos, são os sintomas de que menos se fala os que mais incomodam. Se para umas o pior são “os calores”, para outras são as faltas de memória ou as infeções urinárias.

2. Uma fase crítica e de desconforto na vida das mulheres.

Há uma quebra abrupta de bem-estar entre a fase em que as mulheres começam a suspeitar que se estão a aproximar da menopausa, e a fase em que as mulheres estão reconhecidamente próximas da menopausa.

64%

Das mulheres em perimenopausa ou ‘plena menopausa’ sente que está numa fase da vida má ou difícil de classificar



9 em cada 10 tem sintomas, ou seja, só 11% não tem ou não os reconhece

Em média, as mulheres acumulam 7 sintomas de mal-estar durante a menopausa, desde ondas de calor, gordura abdominal, insónias, alterações de humor, fraqueza ou cansaço frequente.

3. Uma fase pouco ou mal preparada.

87%

Não sabe ou tem dúvidas sobre o que distingue a Menopausa da Perimenopausa

Apenas 10% das mulheres considera estar muito informada sobre a menopausa. A falta de informação leva a que as mulheres não se preparem, ou não se preparem como poderiam: falta-lhes informação, orientação e consciência acerca do que deve ser feito.

52%

Das que estão a passar ou já passaram pela menopausa, sentiu-se pouco ou nada preparada

67%

Em pré-menopausa não tenciona tomar medidas antes de ter os primeiros sintomas

Outra prova da impreparação é o facto de a maioria das mulheres desconhecer a extensão dos sintomas que podem acompanhar a menopausa.

4. Os efeitos na saúde mental, pouco reconhecidos.

Mais de metade das mulheres que reconhecem sentir falta de memória, dificuldade de concentração, fraqueza ou cansaço frequente, ansiedade ou depressão, não associa esse sintoma à menopausa.

63%

Das mulheres que reconhece estar com falta de memória não o associa à menopausa

Mesmo que nem todas as situações possam atribuir-se à menopausa, os números sustentam o que vários especialistas defendem: há uma “janela de vulnerabilidade” para a depressão e para a ansiedade nos anos da perimenopausa e nos anos subsequentes à menopausa.

29%

Das mulheres em perimenopausa ou ‘plena menopausa’ avalia o seu estado de saúde psicológico como pouco ou nada saudável

5. Sexualidade, uma das grandes vítimas da menopausa.

46%

das mulheres 'em plena menopausa' ou pós-menopausa com parceiro(a) reconhece efeitos negativos na sua vida sexual

A menopausa não só tem consequências físicas nos órgãos sexuais, podendo provocar secura vaginal, menor sensibilidade à estimulação e menor lubrificação, como minar a motivação e o impulso sexual.

37%

das mulheres entre a perimenopausa e a pós-menopausa avança a perda de libido como um dos principais argumentos para uma vida sexual menos satisfatória

6. Há (muito) espaço para melhorar a qualidade de vida na menopausa.

Estilo de vida saudável, alimentação adaptada e prática regular de exercício físico são recomendações dirigidas a mulheres na menopausa, consensuais entre especialistas. A esse nível, o estudo expõe grandes omissões:

Praticamente metade das mulheres não alterou a alimentação nem aumentou a prática de exercício físico após os 40 anos

75%

das mulheres considera ter peso a mais

As mulheres também reconhecem que, em diferentes dimensões de estilo de vida, - desde o sono ao consumo de álcool - , 'não fazem', 'fazem muito pouco' ou 'fazem menos do que deveriam' - revelando espaços de melhoria de qualidade de vida.

7. Sub-acompanhadas pelos especialistas.

14% das mulheres em 'plena menopausa' ou pós-menopausa indica não ter sido acompanhada por nenhum profissional de saúde ao longo do processo e apenas 11% recorreu a terapia hormonal.

Das que têm acompanhamento médico na menopausa, 59% avalia-o como bom ou muito bom, porém 36% refere não ter recebido recomendações de estilo de vida.

73%

em 'plena menopausa' ou pós-menopausa não faz ou fez um tratamento específico

38%

das que se apercebem da aproximação à menopausa, não procura um especialista ou demora pelo menos um ano a fazê-lo

8. A auto-imagem ferida pela associação ao envelhecimento.

39%

reconhece que a menopausa afeta a sua autoestima

55% das mulheres que estão 'em plena menopausa' ou na pós-menopausa admite que a menopausa alterou a forma como se vê, e os aspetos negativos prevalecem sobre os positivos. Diferenças físicas, 'parecer mais velha', aumento de peso, falta de vitalidade ou falta de libido surge como algo que penaliza a autoimagem.

'ENVELHECIMENTO' é o que mais frequentemente se associa à menopausa, o que pode ajudar a explicar alguma resistência à sua preparação

Na fase de menopausa ou pós-menopausa, há uma viragem. Passa a haver menos associações negativas como envelhecimento e fragilidade e mais referências positivas como liberdade, superação e vitalidade!

9. Conversa em círculo fechado entre as mulheres e amigas.

As mulheres mantêm-se contidas nas conversas sobre a menopausa. A maioria das que estão num relacionamento opta por não falar com a pessoa com quem vivem sobre um tema que pode ter grandes implicações na sua vida, e necessariamente impacta a vida sexual. Isso pode explicar por que 30% das que passaram pelo processo admite efeitos negativos da menopausa na relação com o(a) parceiro(a).

Este silêncio em torno da menopausa tem implicações de larga escala - na sociedade e na vida de cada mulher.

72%

das mulheres fala sobre a menopausa com amigas da mesma geração

60%

Opta por não falar com o(a) parceiro(a) sobre o tema

10. Sub-servidas pelo mercado.



4 em cada 5 mulheres consideram que a menopausa é um tema pouco ou muito pouco falado na sociedade portuguesa



3 em cada 5 concordam muito com a ideia de que “as marcas deveriam ser mais proativas na resposta às necessidades das mulheres na menopausa”

A maior lacuna do mercado é apontada à nutrição e suplementação, seguida de produtos ou serviços relacionados com a sexualidade e o sono. O facto de surgirem mais frequentemente do que outros relacionados com a imagem, prova a extensão do mal-estar e do espaço de melhoria nestas dimensões da vida das mulheres.

O processo da *menopausa* em grandes números

78%

Chega à menopausa de forma natural, pelo declínio normal da idade

14% De forma induzida, por intervenção médica

8% Antecipadamente, por choque emocional

72%

Constata que está a chegar à menopausa antes de chegar a esse momento

52% nos 12 meses anteriores

56%

Sente os primeiros sintomas antes dos 50 anos de idade

24% antes dos 46 anos

15% depois dos 50 anos

52%

Sente, em retrospectiva, que estava pouco ou nada preparada quando chegou à menopausa

N=498

40%

Até um ano

O que sentem?

SINTOMAS MAIS COMUNS

57% Gordura abdominal

55% Ondas de calor

54% Insónias/ perturbação do sono

47% Fraqueza/ cansaço

45% Aumento de peso

SINTOMAS QUE MAIS INCOMODAM

40% Ondas de calor

38% Insónias/ perturbação do sono

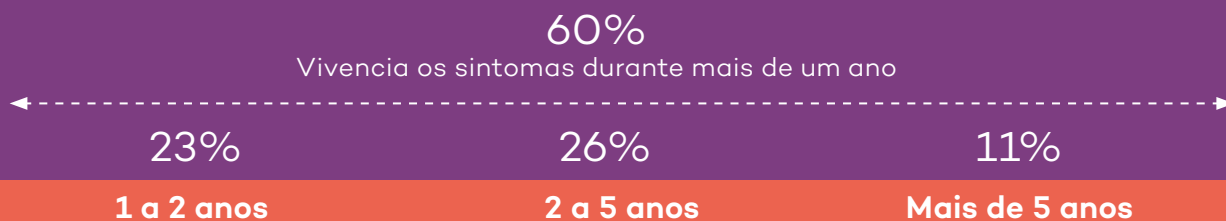
31% Fraqueza/ cansaço

29% Dores nas articulações

28% Aumento de peso

Sintomas mais comuns N= 412
Sintomas que mais incomodam N= 378
(tem mais do que um sintoma)

9 em cada 10 mulheres apresenta sintomas que associa à menopausa



Como avaliam o que sentem?

32% Considera o processo difícil ou muito difícil

41% Considera os sintomas físicos mais severos que os psicológicos

32% Considera os sintomas intensos ou muito intensos

N=380

Como se cuidam?

12% Faz tratamentos hormonais

12% Faz suplementos alimentares

71% Não faz nenhum tratamento específico para a menopausa

N=316

Como reagem?

28% Das que percebem por si que se estão a aproximar da menopausa (83%) não procura acompanhamento médico

34% procura, mas não de imediato

N=316

Como são acompanhadas?

59% Ginecologista

50% Médico de família/ clínica geral

9% Endocrinologista

5% Psiquiatra

14% Não tem acompanhamento médico durante a menopausa

19% se 'rendimento abaixo ou muito das necessidades'

N=316

Mulheres que reconhecem "comecei definitivamente o período de transição para a menopausa" e/ou "estou a atravessar a menopausa neste momento"



O que é a *menopausa*

A menopausa é um marco associado ao fim do ciclo de vida reprodutivo da mulher. A menopausa coincide com o climatério, uma etapa da vida das mulheres de duração e sintomatologia variável.

A menopausa é o último ciclo menstrual de uma mulher. Mais do que uma “pausa”, é o momento que assinala o fim da fertilidade, diagnosticado depois de ocorridos 12 meses consecutivos sem menstruação. A menopausa ocorre depois de um período de declínio da função ovárica, em que os ovários se preparam para deixar de libertar óvulos mensalmente, desacelerando o sistema reprodutivo.

Todo o período à volta desse marcador biológico, desde as primeiras alterações menstruais até à fase de total ausência de menstruação, chama-se perimenopausa. Tal como a puberdade, envolve uma transição hormonal que pode causar uma série de sintomas, podendo durar até 10 anos.

Chama-se climatério ao período que separa a fase de pleno potencial reprodutivo da fase não reprodutiva do ciclo de vida de uma mulher, ou seja, o período que se inicia na perimenopausa e que termina no fim da pós-menopausa. Este processo é natural mas, por ter várias implicações decorrentes da agitação hormonal, pode revelar-se bastante difícil.

Embora menopausa, perimenopausa e climatério correspondam a conceitos diferentes, o que, na prática, ocorre é a utilização indiscriminada destes termos, o que não ajuda à compreensão das diferentes fases que esta etapa do ciclo de vida da mulher envolve.

Na maioria dos casos, antes de chegar à menopausa, as mulheres começam a sentir alterações que decorrem do seu desequilíbrio hormonal, com a diminuição gradual da produção de progesterona, testosterona e estrogénio pelos ovários.

O estrogénio é uma hormona que atua ao nível da espessura e da humidificação das mucosas (ex., vagina, bexiga, olhos), fortalece o desenvolvimento de características sexuais (como ancas e mamas), tendo muitas outras funções, desde a saúde óssea à função cognitiva. Tam-

bém induz a retenção de líquidos, que é contrariada pela progesterona – uma hormona diurética e calmante, que tanto complementa como antagoniza os efeitos dos estrogénios.

Quando a mulher entra na perimenopausa, a produção de progesterona é a primeira a baixar, provocando um excesso de estrogénios (por falta de progesterona). Porque existem recetores de estrogénio em diferentes partes do corpo – do cérebro e dos intestinos, aos músculos e articulações – as flutuações e o declínio hormonal provocam sintomas.

HORMONAS

São mensageiros entre células que garantem que cada órgão recebe as mensagens certas. Delas dependem funções como a digestão, o metabolismo, o sono, o crescimento ou a reprodução. Nas mulheres, as hormonas sexuais, que incluem os estrogénios e a progesterona, são produzidas nos ovários.

ESTRADIOL

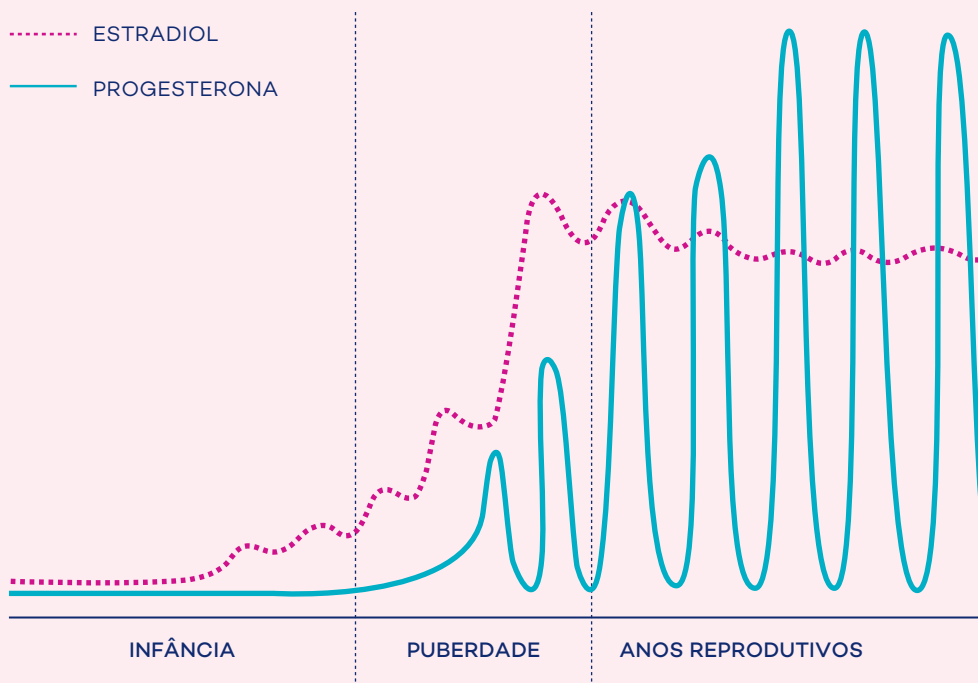
O tipo mais ativo de estrogénio, que feminiza o corpo. Esta hormona promove a libido e a lubrificação vaginal, previne a osteoporose, auxilia no sono, confere energia, e dá vitalidade à pele e ao cabelo.

PROGESTERONA

É diurética e estimula o sistema nervoso, sendo sedativa e tranquilizante. Tem ações complementares e antagónicas ao estradiol, pelo que as duas devem manter-se em equilíbrio.

Nota: explicação ilustrativa, não exaustiva.

Variação de hormonas sexuais ao longo do ciclo de vida da mulher



Fonte: Hormone Repair Manual, Lara Briden

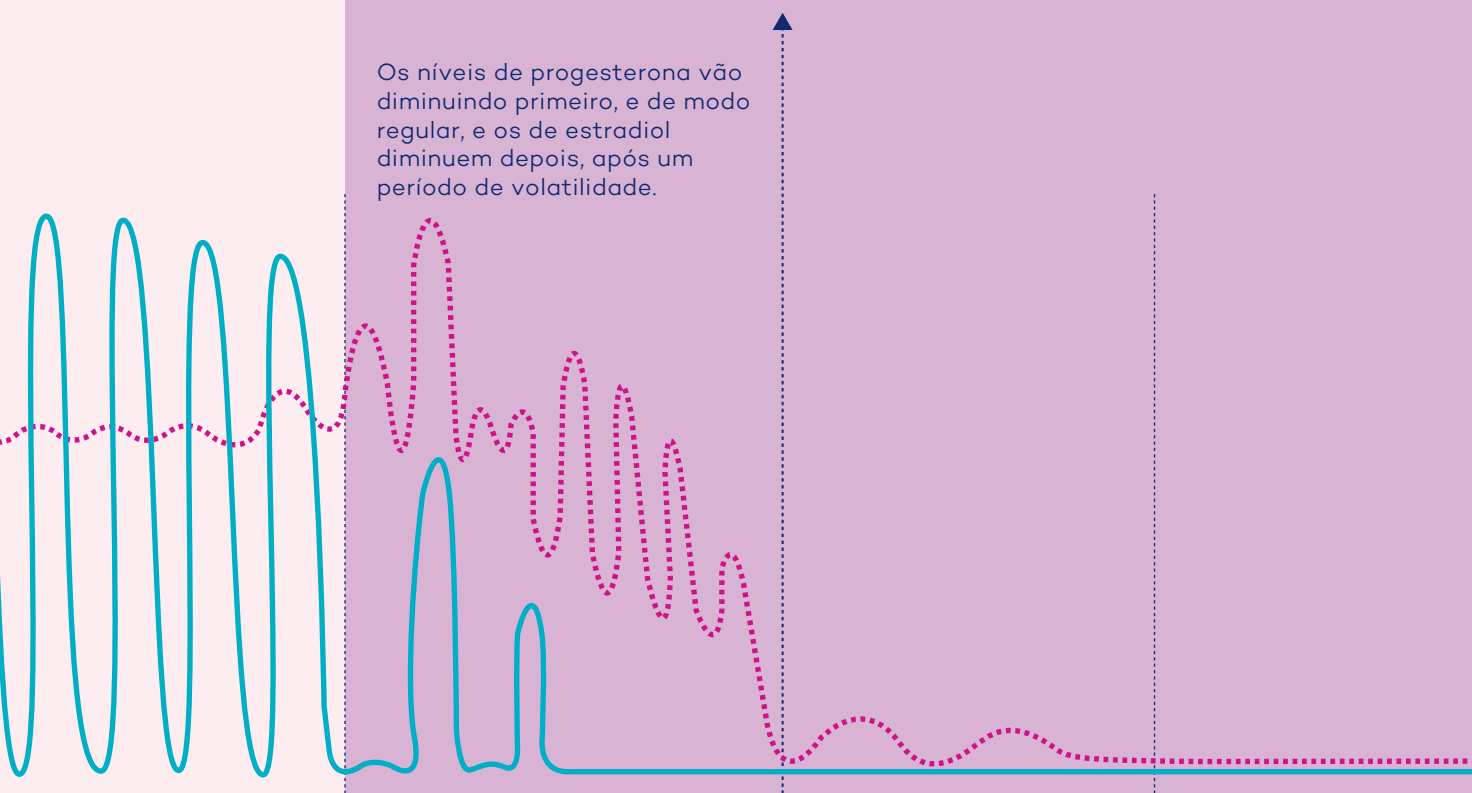
CLIMATÉRIO

DO GREGO *KLIMAKTĒR*,
SIGNIFICA DEGRAU DE ESCADA, PONTO CRÍTICO DA VIDA HUMANA

O climatério começa na perimenopausa, em geral, entre os 40 e os 50 anos, e o seu fim coincide com o final da pós-menopausa. A menopausa é o marcador central e objetivo deste período, e é diagnosticada em retrospectiva, quando se confirmam 12 meses consecutivos sem menstruar. O climatério não tem uma idade exata para começar e a sua duração e sintomatologia diferem muito entre mulheres.

MENOPAUSA o último ciclo menstrual

Os níveis de progesterona vão diminuindo primeiro, e de modo regular, e os de estradiol diminuem depois, após um período de volatilidade.



PERIMENOPAUSA

A transição da fase reprodutiva para uma fase não reprodutiva, em que o corpo sofre grandes alterações hormonais que conduzem à menopausa.

Ao fim de 12 meses consecutivos sem menstruar, considera-se que a mulher está na pós-menopausa.

PÓS-MENOPAUSA

Entre a menopausa e até aos 65 anos. Em média, as mulheres vivem cerca de 1/3 da vida depois da menopausa.

Que *sintomas* podem estar associados?

Esta fase da vida da mulher, que pode durar 10 anos ou mais, está associada a um conjunto de sintomas que decorrem do desequilíbrio hormonal – não só de hormonas produzidas nos ovários, como de outras como a melatonina (“hormona do sono”) ou o cortisol (“hormona do stress”).

O primeiro sintoma é a irregularidade menstrual – que pode atrasar-se, antecipar-se, ser pouco ou muito abundante –, embora nem sempre ocorra ou seja fácil de detetar. Os sintomas vasomotores (ondas de calor, suores noturnos), as alterações de humor e os distúrbios de sono são muito comuns, seguidos dos sintomas genitais (como a secura vaginal e a diminuição de libido).

A estes sintomas juntam-se outros como gordura abdominal, alterações na pele, nos pelos e nos cabelos. A perda de memória ou “nevoeiro mental”, as palpitações, as dores nas articulações e os problemas urinários são também possíveis, mesmo se menos comuns. À exceção da irregularidade menstrual, própria da perimenopausa, todos os sintomas podem ocorrer antes ou depois da menopausa.

Porque se caracteriza por grandes flutuações hormonais, a perimenopausa tende a ser a mais sintomática, mas difícil de diagnosticar. Apesar de haver mais de 30 sintomas que lhe podem estar associados, quase nenhum é exclusivo dessa condição, pelo que são muitas vezes atribuídos a outras causas (como o stress) sem que se reconheça ou se atue sobre a verdadeira origem.

Apesar de o corpo, depois da menopausa, tentar regular a atividade hormonal, as carências hormonais podem perpetuar-se, fazendo com que alguns sintomas se prolonguem e aumente o risco de desenvolvimento de doenças como a osteoporose, as doenças cardiovasculares ou neuro-cognitivas (como a doença de Alzheimer).



ALTERAÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS
Alteração do sono, do foco e da memória, com consequências no humor e energia.

Irritabilidade
Alterações de humor
Ansiedade
Depressão
Insónias ou perturbações do sono
Dificuldade de concentração
Falta de memória / nevoeiro mental



SINTOMAS VASOMOTORES
Ondas súbitas de calor intenso, de duração variável, que podem estar associadas a transpiração, palpitações e ansiedade.

Afrontamentos / calor intenso sentido especialmente na parte superior do tronco, pescoço e rosto
Suores noturnos
Dores de cabeça / enxaquecas
Palpitações / náusea / tonturas



PELE E CABELO
Redução de hidratação e perda de elasticidade. A pele fica mais fina e seca, o cabelo cresce menos e fica menos maleável.

Olhos secos
Pele seca
Queda de cabelo



CORAÇÃO
Aumento do risco de doença cardiovascular (diabetes tipo 2, colesterol, hipertensão).

Fraqueza ou sensação de fadiga constante



REGIÃO ABDOMINAL
Ganho de peso à medida que o corpo começa a usar calorias mais lentamente e aumento do perímetro abdominal.

Aumento ou tensão dos seios
Aumento de peso
Gordura abdominal



GENITAIS
O revestimento vaginal fica mais seco e fino e menos elástico. As relações sexuais podem tornar-se desconfortáveis ou dolorosas. A pele fica seca e a vagina fica mais vulnerável a infeções.

Irregularidade menstrual
Secura vaginal
Diminuição da libido
Infeções urinárias
Incontinência urinária ligeira



OSSOS
Osteoporose é um risco na pós-menopausa devido à diminuição dos níveis de estrogénio.

Dores nas articulações
Osteoporose



Como se vive a *menopausa*

Tal como as questões do envelhecimento, a experiência da menopausa não se apresenta igualitariamente entre as mulheres. Não é, por isso, possível ou recomendável padronizar um evento que só pode ser percebido na situação particular – física e psicológica – de cada mulher.

Sobre a menopausa, com a intenção de democratizar a compreensão de um evento universal, circulam hoje uma série de discursos que a reduzem a um conjunto de sintomas e a enquadrar em limites de idade muito específicos.

Se essa tentativa de padronizar a experiência da menopausa ajudou as mulheres a perceber que se vão inevitavelmente confrontar com o momento em que chegam ao fim da sua vida reprodutiva, ela também pode estar a contribuir para a minimização da sua sintomatologia e para a redução da experiência a uma discussão

sobre a legitimidade ou adequação dos tratamentos de reposição hormonal.

Com este capítulo pretende demonstrar-se que as mulheres (e todos os que com elas convivem ou delas dependem), mais do que para um ou outro sintoma, devem estar cientes de que a menopausa lhes reserva uma fase da vida (possivelmente) difícil pelas implicações físicas e psicológicas que envolve. E, sobretudo, que esse processo será (provavelmente) muito distinto de outros de que tenham tido conhecimento ou lhe sejam próximos.

Uma fase crítica da vida das mulheres

A palavra climatério remete para um ponto crítico da vida das mulheres. Quantas atinge e com que profundidade é o que neste estudo também se procura estimar.

Pelo inquérito, pretende aferir-se até que ponto a aproximação ou a vivência da menopausa é um determinante do bem-estar geral, questionando as mulheres sobre a fase da vida em que se encontram e os argumentos que levam a qualificá-la como boa ou má.

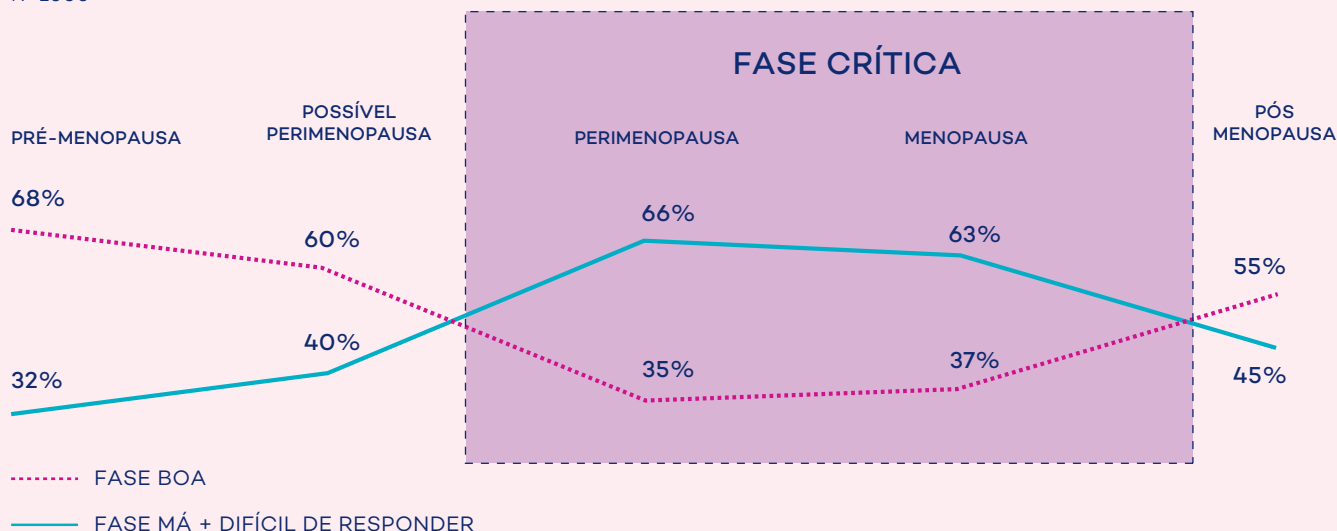
Corroborando a hipótese de partida, os dados revelam que sintomas diretamente associáveis à menopausa, como ondas de calor ou alterações de humor, são explicativos de 'fases más' ou 'de difícil definição' que as mulheres de meia-idade atravessam, a par de problemas como 'a dificuldade em pagar contas' ou 'a instabilidade profissional'.

Os resultados revelam mais: há uma quebra abrupta de bem-estar entre a fase em que as mulheres começam a suspeitar da aproximação à menopausa (possível perimenopausa), e as fases em que as mulheres estão reconhecidamente próximas da menopausa (perimenopausa ou, por simplificação, menopausa). São precisamente estas as que mais acusam uma degradação do seu estado de saúde físico e psicológico nos últimos 12 meses.

As curvas de perceção de saúde destas mulheres, auto-avaliada numa escala de 1 a 10, conduzem à mesma conclusão: a saúde à entrada do climatério (pré-menopausa) iguala, em valores médios, a saúde à saída daquele período (pós-menopausa), ou seja, o estado de saúde ou bem-estar recupera, depois de passar por uma evidente depressão ou cavidade.

Pensando na fase da vida que está a ultrapassar, diria que está numa boa fase ou numa má fase?

N=1000





64%

Das mulheres em perimenopausa ou 'plena menopausa' sente estar numa fase da vida má ou muito má, ou reconhece ser 'difícil de responder - tem coisas boas e más'

31%

Das que indicam estar numa fase da vida má ou muito má refere, em espontâneo, sintomas da menopausa como determinantes desse mal-estar (ex: afrontamentos)

Um processo muito *dispar* entre mulheres

Se os dados quantitativos demonstram que a maioria das mulheres atravessa uma fase crítica na aproximação à menopausa que, não sendo patológica, tem implicações na sua percepção de saúde e bem-estar, a incursão qualitativa prova experiências de menopausa muito distintas entre mulheres.

O estudo chega a essa evidência através de um exercício que pedia às participantes um traçado que descrevesse a evolução do seu bem-estar ao longo do processo da menopausa, distinguindo, nos casos em que não coincidissem, a dimensão física da dimensão psicológica. Além de confirmar o abalo no bem-estar, esse exercício [ilustrado na página seguinte] devolve conclusões que reforçam o carácter particular da experiência da menopausa, expondo diferenças em termos de:

- Idade em que começa, mostrando que pode ser muitos anos antes, na proximidade ou depois dos 50 anos.
- Sintomatologia, denunciando que as mulheres experienciam sintomas muito distintos e em intensidades igualmente distintas.
- Duração dos sintomas, percebendo que podem manter-se constantes ao longo do tempo ou ir sucedendo a outros.
- Tipo de implicações no bem-estar, revelando que as dimensões físicas e psicológicas não são afetadas de forma idêntica (podendo nem sequer ser afetadas ou afetadas em simultâneo).

De facto, não só os sintomas são muito heterogéneos (variando entre mulheres) e flutuantes ao longo do processo, como, em muitos casos, são os sintomas de que menos se fala os que mais as incomodam. Se para umas o pior são “os calores e os suores”, para outras são “as faltas de memória”, ou “as infeções urinárias”. E se há fases em que o desconforto é sobretudo psicológico, há outras em que o bem-estar físico é muito mais afetado.

A constatação de que há uma enorme variedade de sintomas possíveis e de que a sua manifestação atinge as mulheres de formas muito distintas contradiz os discursos que tentam reduzir a menopausa a um conjunto de afeções físicas e psicológicas comuns e, sobretudo, sublinha a importância de uma abordagem que particularize nas queixas e singularidades (físicas, psicológicas, conjunturais e contextuais) de cada uma das mulheres que passam pelo processo da menopausa.

Finalmente, o que o exercício não revela, mas se depreende das conversas, é que, muito embora se tenda a desenhar uma linha ascendente (do mal-estar para o bem-estar) à medida que o tempo vai passando, o que em muitos casos sucede não é um alívio total dos sintomas, mas uma habituação conformada ao mal-estar, ou seja, um declínio na medida auto-estabelecida de bem-estar.

“Tudo muda, assim estrondosamente, de repente (...). Fiz 50 anos, estive 13 meses sem menstruar. E depois tive uma hemorragia terrível e um mal-estar terrível, infelicidade profunda. (...) Dizem que ao fim de um ano sem menstruar estamos na menopausa, mas eu tinha um ovário com folículo que mexia, e a médica disse que era normal que tivesse hemorragias. (...) O que fui notando mais foi o corpo, não tinha energia para fazer nada. (...) E estava muito emotiva. O início foi terrível, sempre inchada. (...) A minha avó, a única coisa que notou foi que deixou de menstruar. Não engordou, foi magríssima a vida toda.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos

“A minha mãe só começou aos 55, 56 anos. Para ela foi ainda mais penoso porque passou pelo processo todo numa altura em que era mais velha e estava mais debilitada. (...) Até porque tinha um trabalho muito mais complicado, estava a tomar conta de uma pessoa com autismo. E se, à noite, não tenho paciência e não tenho força para fazer as coisas devido ao cansaço e ao que o processo obriga, a ela ainda deve ter custado mais.”

A. 52 anos, casada, 2 filhos

“ [A menopausa] deve ter sido muito leve para a minha mãe não me falar nisso, só se lembra de uma hemorragia horrível. Eu não tive hemorragias, tive calores... mas os calores são pavorosos.”

B. 54 anos, divorciada, 2 filhos

89%

Das mulheres tem pelo menos um sintoma durante o processo, antes e/ou depois da menopausa

11% não tem sintomas

32%

Das mulheres ‘em plena menopausa’ com sintomas avalia o processo que viveu ou está a viver como sendo difícil ou muito difícil

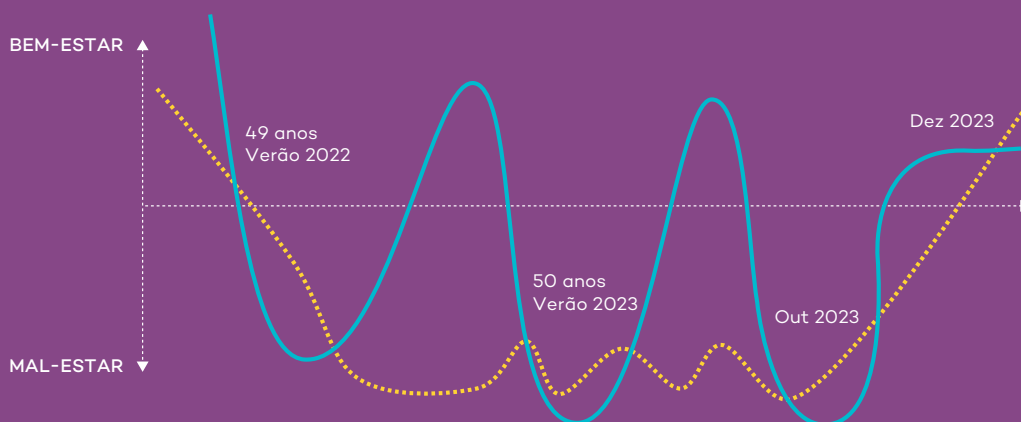
26% das mulheres com sintomas

34%

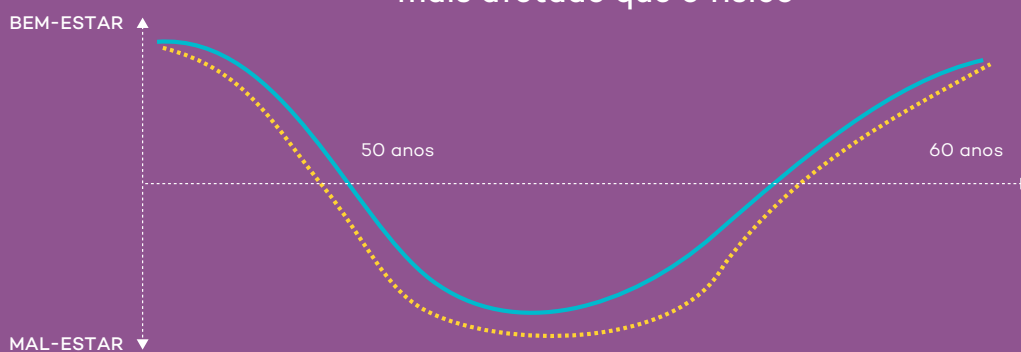
Das mulheres ‘em plena menopausa’ com sintomas classifica-os como sendo intensos ou muito intensos

26% das mulheres com sintomas

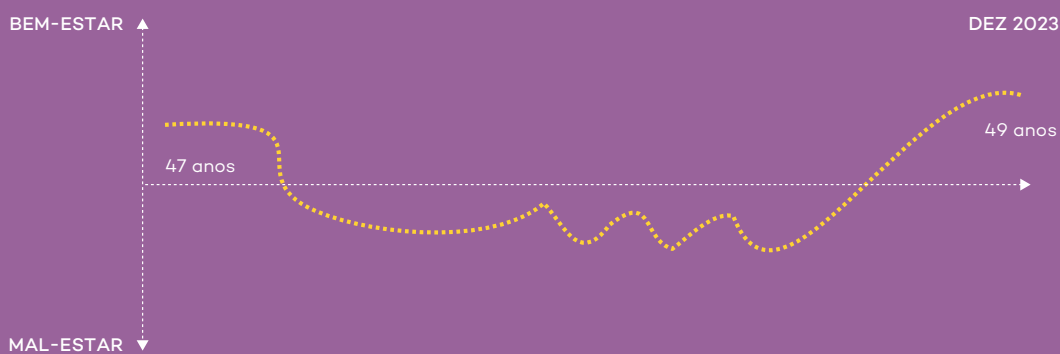
Bem-estar físico e psicológico com evoluções distintas



Bem-estar psicológico ligeiramente mais afetado que o físico

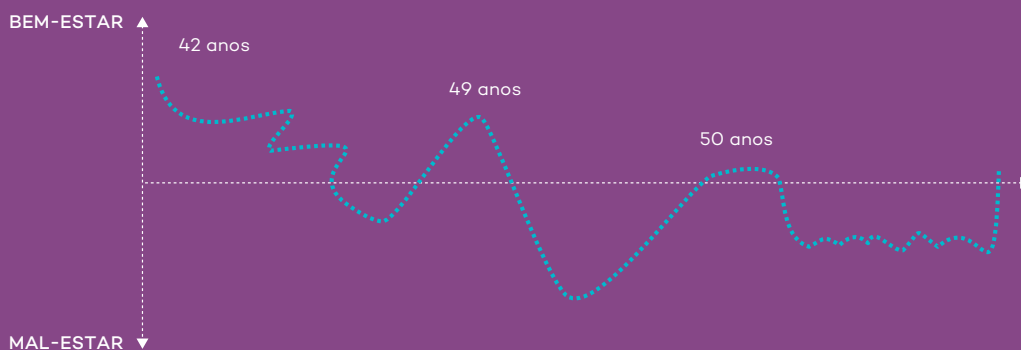


Afetações apenas no bem-estar psicológico



Em cima, o decalque dos desenhos feitos pelas participantes num exercício que pedia para sumarizar, numa linha do tempo, a evolução do bem-estar durante o processo da menopausa

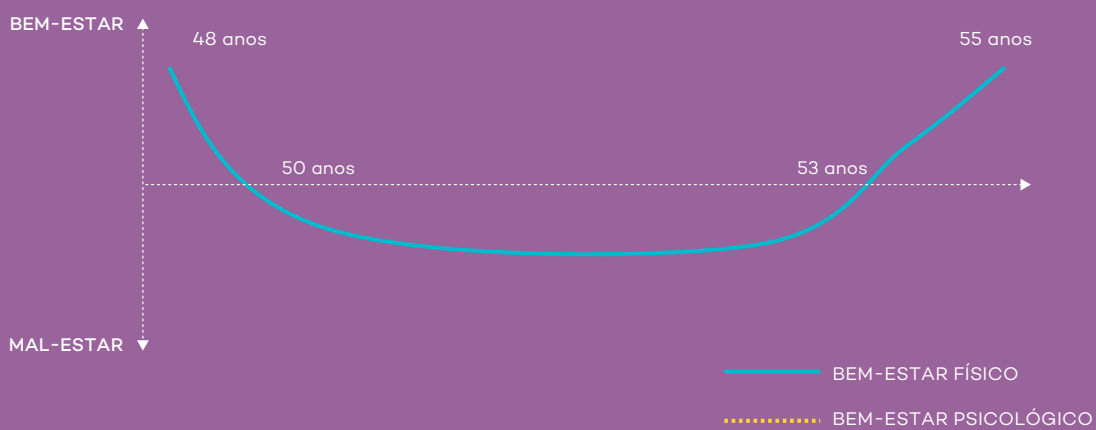
Bem-estar físico e psicológico com evoluções indistintas



Bem-estar físico muito mais afetado que o psicológico



Afetações apenas no bem-estar físico



— BEM-ESTAR FÍSICO
 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO



Um destino sem *preparação*

Um período crítico e inevitável da vida das mulheres continua a ser impreparado e largamente incompreendido, mesmo pelas que o estão a atravessar ou já atravessaram.

A maioria das mulheres não se prepara, ou não se prepara como poderia, para a transição para a menopausa. Falta-lhe informação, falta-lhe orientação sobre medidas a tomar e falta-lhe consciência acerca daquilo que deve ser feito ou do momento em que devem começar a preparar-se.

A ignorância das mulheres em relação ao tema é evidente nos números: 1 em cada 4 mulheres entre os 45 e os 60 anos considera-se pouco ou nada informada sobre a menopausa, e 8 em cada 10 não sabe ou tem dúvidas sobre a diferença entre menopausa e perimenopausa, incluindo mulheres que já estão na pós-menopausa.

A falta de informação explica, em boa parte, a impreparação. Metade das mulheres que ainda não chegaram à menopausa sente-se impreparada para esse momento, e a maioria não pretende tomar nenhuma medida antes de sentir os primeiros sintomas da menopausa de forma a viver melhor essa transição.

Entre as mulheres que consideram ter algum grau de informação sobre a menopausa, as pesquisadas na internet são referidas mais comumente do que os médicos como fonte de informação sobre diferentes aspetos da menopausa.

A evidência da *desinformação*

Não obstante ser hoje uma evidência que o climatério pode ser uma fase particularmente difícil, com grandes implicações físicas e psicológicas e até riscos de desenvolvimento de doenças, a falta de pedagogia e de discussão acerca do que envolve é grande, fazendo com que as mulheres cheguem a esse período das suas vidas impreparadas. O facto é admitido pela maioria das mulheres, com 52% das que já atravessaram ou estão a atravessar a menopausa a reconhecer que se sentia pouco ou nada preparada para a menopausa quando lá chegou.

A relação entre a impreparação e a desinformação é inequívoca; se a grande maioria das mulheres que se consideram muito informadas se sente ou sentiu preparada para a menopausa, a grande maioria das mulheres que se diz pouco ou nada informada sobre a menopausa sente-se ou sentiu-se impreparada para esse momento.

A falta de informação sobre a experiência da menopausa não é um problema exclusivo do país. Num estudo conduzido em 2022 pela Tena [1] a 6.000 mulheres do Reino Unido, Brasil e Itália, 92% reconheceu sentir-se impreparada para a menopausa. Noutro estudo de 2023, conduzido pela Bonafide [2], 63% reconheceu não estar preparada para o quão perturbadores os sintomas da menopausa poderiam ser.

A distância entre a expectativa e a realidade surgiu espontaneamente nas conversas com as participantes deste estudo. Delas, recolhem-se testemunhos que denunciam a impreparação das mulheres, seja por não saberem identificar vários sintomas que podem estar associados à menopausa, por não anteciparem a sua abrangência e intensidade ou por desconhecerem o momento ou idade em que podem surgir.

Os números apontam também para a desinformação quando provam que apenas 19% das inquiridas sabe bem qual a diferença entre perimenopausa e menopausa e, mesmo entre as que julgam estar muito informadas, apenas metade consegue distinguir os dois conceitos.

A ignorância sobre a menopausa retira às mulheres a possibilidade de atuar preventivamente (por exemplo, através de opções de estilo de vida), e condena ao sofrimento muitas que não conseguem identificar a origem dos sintomas ou mitigar o seu desconforto por não conseguirem estabelecer relações entre o que sentem e o desequilíbrio hormonal que é próprio desta fase da vida.

“Nunca pensei que isto afetasse tanta coisa, nunca pensei que trouxesse tantas consequências. Não pensei que isto trouxesse a irritabilidade, a perda de sono, a perda de concentração. Para mim, o pior é mesmo o sono e a falta de concentração, são os sintomas que me chateiam mais.”

A. 52 anos, casada, 2 filhos

“Nessa altura da falta memória não recorria a nada de podcasts. Não sabia onde havia de recorrer. E não sabia juntar os pontos! Depois, dos calores, foi outra coisa, não ter notado logo... Até isso: há quanto tempo é que não menstruo? Estou com a menopausa? Será que já estou? Nem sei bem... ‘Não apontaste?’ Como ia apontar, não sabia que ia ser a última! (...)

Não vejo as pessoas terem o mínimo cuidado... nada, nada. A minha mãe não ligou nenhuma, quase como que a achar estranho que eu estivesse a falar disso. Senti isso da minha mãe, e ela é bastante ‘paternalizing’, mas com a menopausa, não. (...) Claro que é importante falar! Ter uma fonte segura, basicamente os principais sintomas. Aqueles menos naturais e os específicos, como os calores, é muito específico. Mas o enervamento... Será que é isto? Não vou entrar em pânico.”

B. 54 anos, divorciada, 2 filhos

81%

Das mulheres não sabe ou tem dúvidas sobre a diferença entre Perimenopausa e Menopausa

N=1000

25%

Considera-se pouco ou nada informada acerca do tema da menopausa (incluindo mulheres que já estão na pós-menopausa)

10% (apenas) muito informada
N=1000

55%

Das mulheres em “possível perimenopausa” não se sente preparada para a menopausa

N=219

“Não se fala muito e, para se saber alguma coisa, tem que se procurar imenso. (...) Vou lendo e vou à procura de acordo com as coisas que sinto; faço uma pesquisa. (...) A informação que aparece [online] são artigos no portal da CUF ou do Hospital x, no portal do Ministério da Saúde. Não existe... quer dizer, são coisas específicas, são artigos técnicos, talvez vocacionados para encaminhar a pessoa para um determinado tratamento. Não me parece que seja para a outra parte da menopausa, a parte da mudança, a parte psicológica. Acho que não há essa informação, não existe nada.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos,

“Acho que se devia falar em todo o lado. (...) Em primeiro lugar, nós, mesmo nós, não se ouve falar. Na televisão, quando se fala, é pontualmente, nos programas que ninguém está a ver. E goza-se com isso, uma mulher com calores: ‘Estás com a menopausa!’. Eu acho isso mal (...). Não estamos preparados para esta transição.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

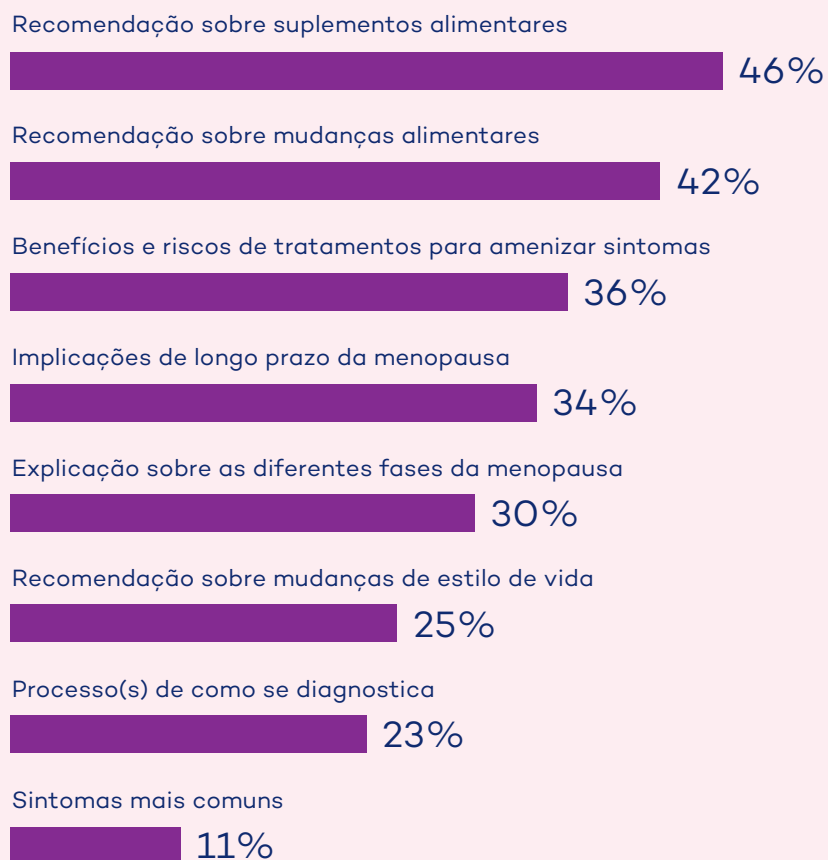
O modo como as mulheres acedem a informação é revelador não só do muito que depende da própria vontade, e capacidade, de pesquisa e leitura, como expõe uma série de lacunas no conhecimento que detêm.

O médico é a via mais procurada para se obterem informações sobre métodos de diagnóstico ou riscos e benefícios associados a determinados tratamentos para amenizar os sintomas.

Porque alguns médicos sejam contidos na informação que consideram importante partilhar com as suas pacientes, ou porque as mulheres não consultem os médicos, é maioritariamente através de outras fontes que as mulheres chegam a informações sobre sintomas mais comuns, recomendações sobre mudanças de estilo de vida ou suplementos alimentares ou mesmo a explicações sobre as diferentes fases da menopausa.

O que, no entanto, mais ressalta desta análise são as omissões: como os dados ao lado demonstram, uma percentagem significativa de mulheres (sobretudo as que estão na iminência de entrar no processo) é ignorante acerca da forma como se diagnostica a menopausa ou das suas implicações a longo prazo, e mais ainda, em relação a aspetos que poderiam ajudar a mitigar o desconforto que envolve.

Reconhece não ter informação sobre



Outras respostas possíveis: informação dada pelo médico | Informação obtida por mim
N=818 (exclui mulheres na pré-menopausa)

O que podia ajudar ou ter ajudado a sentir-se mais preparada:

	ANTES DA PERIMENOPAUSA	DEPOIS DA MENOPAUSA
1º	Ter mais informação (49%)	Ter mais informação (46%)
2º	Ter menos dúvidas quanto à terapia hormonal (42%)	Ter mais dinheiro para cuidar de mim (37%)
3º	Sentir-me com mais vitalidade (38%)	Ter mais tempo para cuidar de mim (35%)
4º	Ter mais dinheiro para cuidar de mim (37%)	Ter mais acompanhamento médico (33%)
5º	Ter mais tempo para cuidar de mim (36%)	Ter menos peso (33%)

Base: considera-se pouco ou nada preparada para a menopausa | N=524

O que mais contribui ou contribuiu para se sentir preparada:

	ANTES DA PERIMENOPAUSA	DEPOIS DA MENOPAUSA
1º	Ter acompanhamento médico (48%)	Sei bem o que me espera, tenho-me informado (50%)
2º	Sinto-me calma (45%)	Ter acompanhamento médico (43%)
3º	Tenho um estilo de vida saudável (ex. não fumo/ bebo, faço exercício) (41%)	O meu bom estado de saúde (40%)
4º	Tenho um companheiro que me apoia (37%)	Sinto-me calma (34%)
5º	O meu bom estado de saúde (36%)	Sinto-me com vitalidade (33%)

Base: considera-se preparada ou muito preparada para a menopausa | N=476

As mulheres que se sentem ou sentiram impreparadas para a menopausa consensualizam que 'ter mais informação' ajudaria ou teria ajudado a que se sentissem menos apreensivas. Ter dúvidas quanto à terapia hormonal e falta de dinheiro para cuidar se si serão outros grandes entraves à preparação.

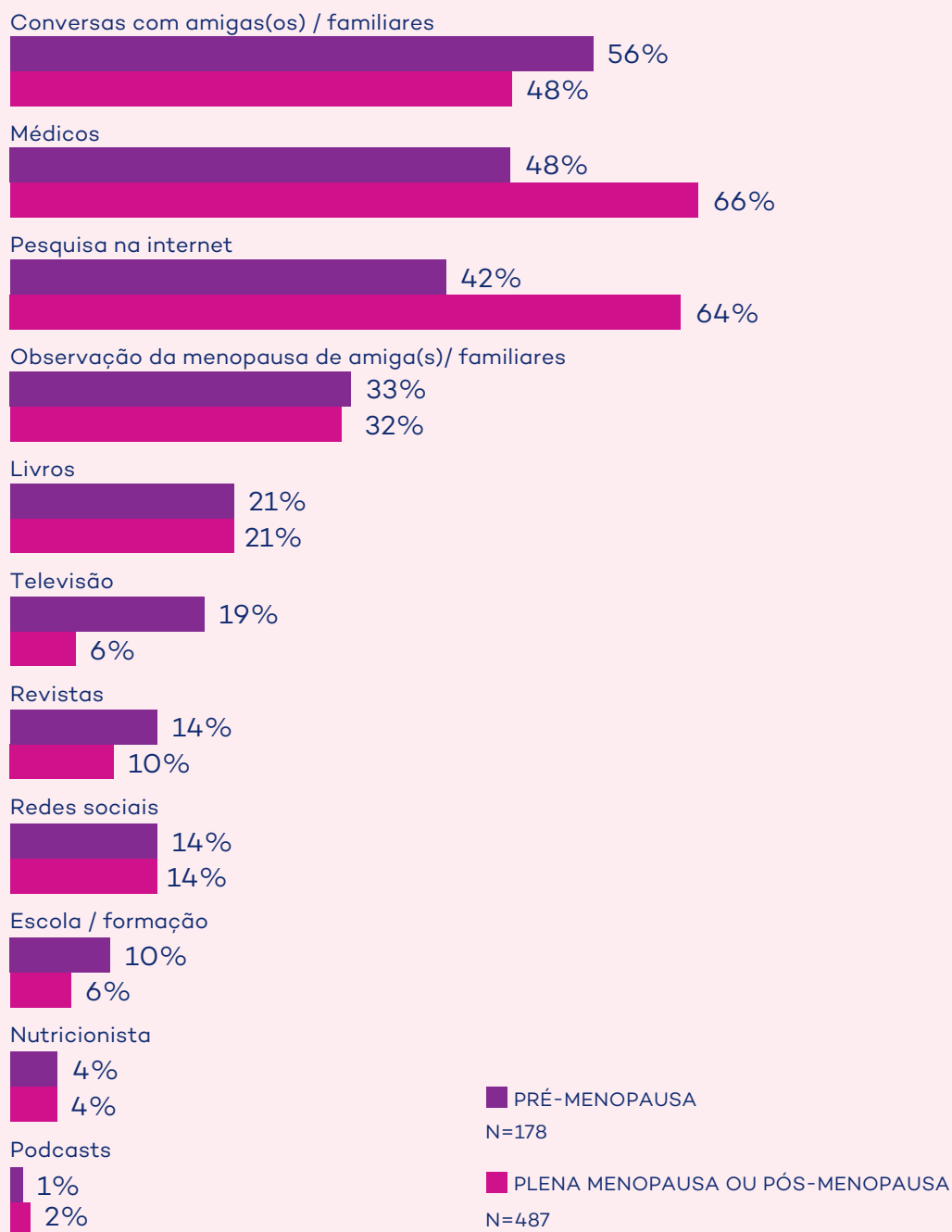
Já para as mulheres que se sentem preparadas e ainda não chegaram à menopausa, o mais importante para que se sintam confiantes é 'ter acompanhamento médico'; para as que já passaram pela menopausa, o essencial terá sido 'saber o que me espera', i.e., estarem devidamente informadas sobre o tema.

A relevância que umas e outras atribuem à informação revela como ela é significativa para a percepção de controlo, sobretudo num processo envolto de incerteza. Como em qualquer outra experiência que envolva a saúde, um grande confronto entre a expectativa e a experiência vivida pode ser gerador de ansiedade e insegurança.

Apesar de o estudo provar desinformação, há sinais de uma mudança de atitude das mulheres em relação à menopausa. Internacionalmente, um estudo de 2022 [3] revela que 30% das mulheres entre os 40 e os 44 anos falou com um profissional de saúde sobre a perimenopausa antes do início dos sintomas, exatamente o dobro das mulheres com idades entre os 55 e os 65 anos.

A nossa amostra não desce tanto na idade (começa nos 45 anos), mas revela que as mulheres se estarão a tentar informar antecipadamente sobre a menopausa, já que 71% das que estão em pré-menopausa se considera informada ou muito informada e 48% refere médicos como fonte de informação. No entanto, como a seguir se demonstra, a maioria não tenciona tomar medidas para se preparar para viver melhor essa fase de transição. Não será essa inação um sintoma de falta de informação? As mulheres estarão efetivamente mais bem informadas ou simplesmente iludidas acerca do que sabem sobre a menopausa?

Como chegou à informação que detém sobre a menopausa



A evidência da *impreparação*

Um olhar sobre as mulheres que ainda estão na pré-menopausa (18%) permite perceber o grau de preparação para a menopausa a que se propõem. Embora todas tenham, no mínimo, 45 anos de idade, 64% não sabe distinguir a menopausa da perimenopausa ou não sabe que a segunda antecede a primeira. De resto, é possível que algumas se encontrem na perimenopausa sem o saber, na medida em que 65% admite ter pelo menos um sintoma próprio da menopausa que se agravou nos últimos 12 meses, mas não o associa à menopausa (por ex., 30% reconhece insónias ou perturbações no sono e 40% dessas admite que é algo não habitual em si).

A falta de mobilização para a preparação é visível na expressão das que indicam não querer tomar nenhuma medida antes de sentir os primeiros sintomas da menopausa de forma a viver melhor essa transição (26%). A essas juntam-se as que não consideram preparar-se por não saber o que fazer ou nunca terem pensado nisso (35%) – o que em si é revelador de desconhecimento e impreparação. Finalmente, contam-se as que, apesar de quererem tomar medidas, ainda não fizeram nada nesse sentido (27%). Sobram 12% de mulheres na pré-menopausa ativas na preparação da menopausa – na sua maioria, consultando médicos ou procurando informação.

Esta atitude, que empurra os cuidados para uma fase em que os sintomas da menopausa se tornem agudos, alinha pelo raciocínio da reação à patologia e do “deixar-se envelhecer”, ignorando que a qualidade de vida durante e, sobretudo, depois da menopausa depende do que se faz pela saúde antes de lá chegar.

61%

Não considera tomar medidas antes de sentir os primeiros sintomas da menopausa de forma a viver melhor essa transição

35%

Não considera tomar medidas por não saber o que fazer ou nunca ter pensado nisso

69%

Das que consideram importante tomar medidas de preparação (39%) ainda não tomou nenhuma medida

N=182 (Pré-menopausa)



Uma jornada *incerta*

Pouca preparação e pedagogia sobre menopausa produz confrontos entre as expectativas e a realidade. As mulheres estão desprevenidas para lidar com um processo que afeta diferentes dimensões da sua vida, e a sociedade impreparada para as apoiar como se recomendaria ou desejaria.

Mesmo guardando dúvidas em relação à origem dos sintomas, durante o processo da menopausa as mulheres acumulam, em média, sete sintomas de mal-estar, desde logo, ondas de calor, gordura abdominal, insónias, alterações de humor, fraqueza ou cansaço frequente. Apesar do número de sintomas que acumulam e da duração do processo (em geral, mais de um ano), apenas 23% considera o processo 'difícil' e 3% 'muito difícil'. 56% situa-se no 'razoável'. O dicionário devolve 'razoável' como 'aceitável, regular, mediano'.

A resignação ao desconforto, somada à resistência aos tratamentos e a lacunas no acompanhamento, pintam um quadro de mal-estar, na maioria dos casos, sem justificação aos dias de hoje.

O que sentem?
Como são afetadas?
Como se cuidam?
Como são acompanhadas?

O que *sentem* as mulheres?

“Foi uma coisa vertiginosa. Não sei se estava no topo do bem-estar, mas comecei a sentir-me mal, depois muito mal.” “Não sinto que tenha tido um mal-estar muito grande, [o mal-estar] tem a ver com a parte de não dormir e com a secura vaginal.” “Comecei com sintomas aos 50, no físico; o psicológico estava bem.” “Estou em baixo. Mas mais a parte psicológica. A nível físico não senti tanto”.

Não há regras de entrada na menopausa. Umas são rápidas, outras lentas; umas são estrondosas, outras silenciosas. Umas começam por dar sinais físicos; outras anunciam-se por agitações psicológicas.

Pelos dados deste estudo, a idade mais frequente para o início dos primeiros sintomas é aos 49 anos, mas uma em cada quatro mulheres pode começar a senti-los antes dos 46 anos. Só 11% escapam ilesas, i.e., sem sintomas associados ao fim da sua vida reprodutiva. No extremo oposto, entre as que têm sintomas, 11% sente desconforto por mais de 5 anos.

O início não dita o modo como se vive o processo; os sintomas vão evoluindo, nuns casos acumulando, noutros substituindo sintomas anteriores, até que o tempo ou a devida terapêutica os termine. Para a maioria, os sintomas duram menos de 2 anos. Embora a presente amostra esteja limitada a mulheres até aos 60 anos, de-

preende-se que uma percentagem pode acusar sintomas para além dessa idade, alguns possivelmente degenerando em problemas e doenças como a osteoporose.

Como ilustram os gráficos das páginas 44 e 45, os sintomas podem manifestar-se em qualquer fase do processo, mas há fases mais propensas a determinados sintomas - por exemplo, a perturbação do sono e a ansiedade são mais comuns na perimenopausa.

É na fase crítica da perimenopausa e da menopausa que as mulheres acusam maior intensidade e maior quantidade de sintomas (7,3 e 7,2 em média, respetivamente), reforçando a tese da perda de qualidade de vida na aproximação à menopausa.

Os sintomas que as mulheres mais reconhecem (mesmo que nem sempre os associem à menopausa) são a gordura abdominal, as ondas de calor, as insónias e as perturbações do sono e a fraqueza ou cansaço. À exceção do primeiro, são também esses os sintomas que mais interferem no bem-estar quotidiano.

Sublinhe-se que 56% avalia o processo da menopausa como sendo ‘razoável’, no que aparenta ser uma conformação ao mal-estar face à quantidade de sintomas que acumulam (6,6, em média).

“Tenho 49 anos, penso que foi mais ou menos há um ano atrás, que eu entrei [na menopausa]. Do que estou a ler aqui, há muita coisa aqui que é verdade. A regularidade menstrual, sim, começou por isso, até que desapareceu. Os afrontamentos é que por acaso, e ainda bem - como sei que é muito mau - isso não. Suores noturnos não. Perturbação do sono, se tiver alguma coisa relacionada com a ansiedade, se tiver alguma coisa, noto que tenho dificuldade em dormir. A secura vaginal sim, diminuição da libido, sim, infeções urinárias. (...) Incontinência urinária ligeira... agora quando meto uma torneira a correr, fico aflita. Sinto um bocadinho. Parece que fico aflita e não consigo aguentar não fazer. Ansiedade sim, depressão também. Acho que estou um bocadinho assim.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos, perante uma lista de sintomas possíveis da menopausa

“Afrontamentos, e fico extremamente cansada, parece que levei uma tarefa. (...) Em termos sexuais, a vontade diminuiu bastante e comecei a sentir dores no ato sexual. (...) Flora vaginal notei uma grande mudança, fica mais seca. (...) Ando mais irritada, dou-me a irritar com pequenas coisas que não fazem sentido. (...) Continuo com dores de cabeça, por vezes tenho dois e três dias de dores de cabeça constante. Adormeço com dor de cabeça. (...) Quando tenho os calores, fico transpirada, parece que temos uma caldeira cá dentro, uma coisa esquisita. Tenho alturas que me parece que me falta mesmo o ar. Nunca pensei foi que demorasse tanto tempo.”

S. 51 anos, casada, 1 filho

56%

Das mulheres que têm sintomas avalia o processo da menopausa como 'razoável' apesar de acumularem, em média, 6,6 sintomas

N=659

34%

Das mulheres 'em plena menopausa', considera os sintomas intensos ou muito intensos

26% na perimenopausa

7,2

Número médio de sintomas que acumulam as mulheres em 'plena menopausa'

7,3 na perimenopausa
N=281

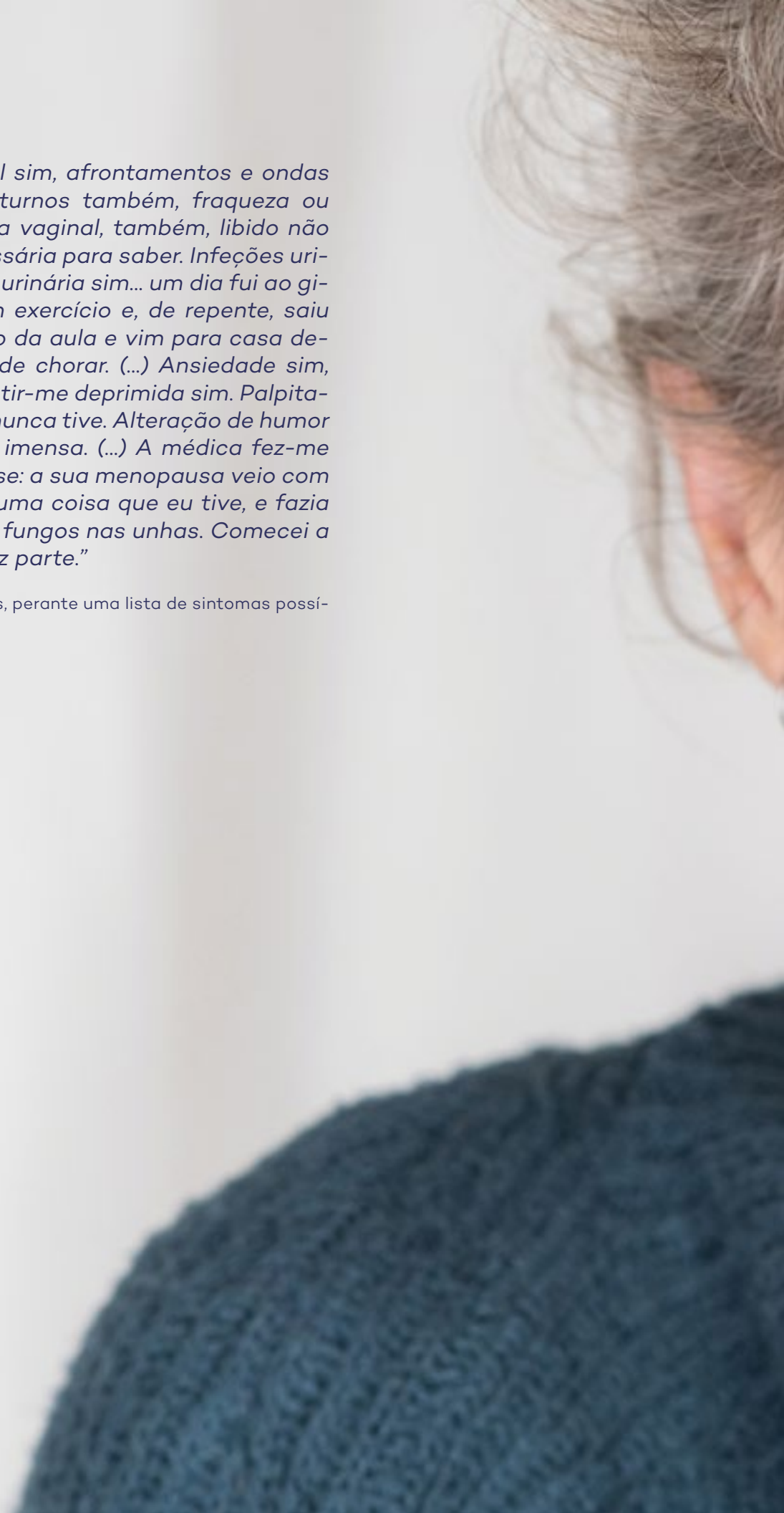
9,2

Número médio de sintomas que acumulam as mulheres que consideram o processo difícil ou muito difícil

N=174

“Irregularidade menstrual sim, afrontamentos e ondas de calor sim, suores noturnos também, fraqueza ou cansaço, insónias, secura vaginal, também, libido não tenho a frequência necessária para saber. Infecções urinárias sim, incontinência urinária sim... um dia fui ao ginásio, estava a fazer um exercício e, de repente, saiu chichi. Saí da sala a meio da aula e vim para casa deprimidíssima. Fartei-me de chorar. (...) Ansiedade sim, depressão não..., mas sentir-me deprimida sim. Palpitações... não sei, acho que nunca tive. Alteração de humor muito, falta de memória imensa. (...) A médica fez-me as perguntas todas e disse: a sua menopausa veio com o pacote completo! Até uma coisa que eu tive, e fazia parte do pacote, que era fungos nas unhas. Comecei a ter nos pés, nas mãos, faz parte.”

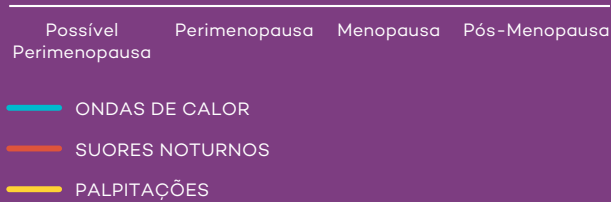
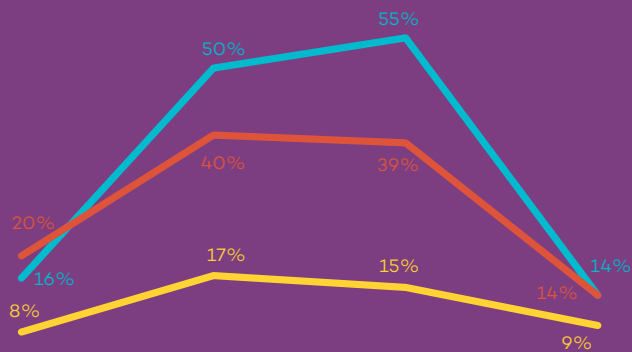
C. 51 anos, divorciada, sem filhos, perante uma lista de sintomas possíveis da menopausa



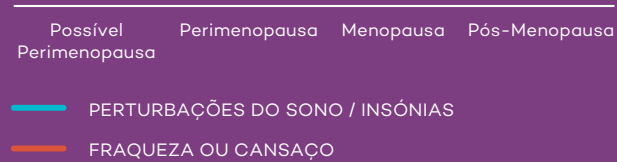
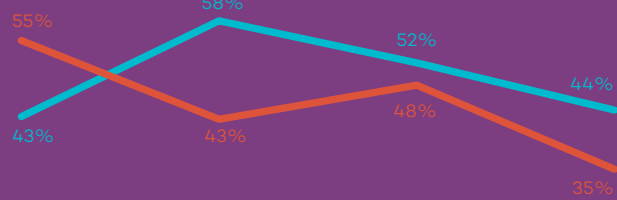


Sintomas ao longo do processo

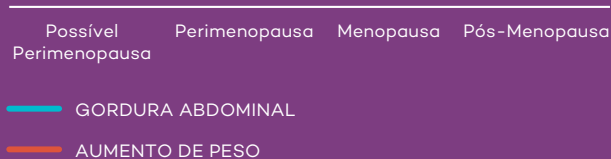
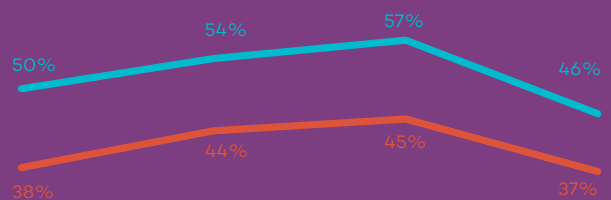
Vasomotores



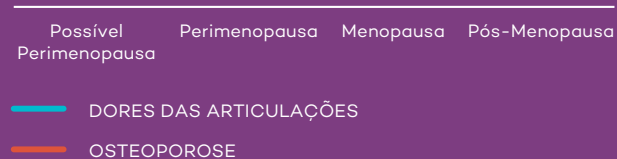
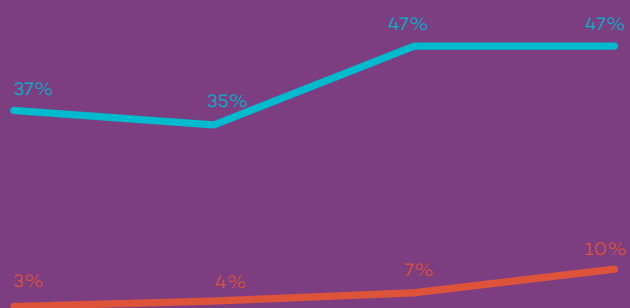
Sono e energia



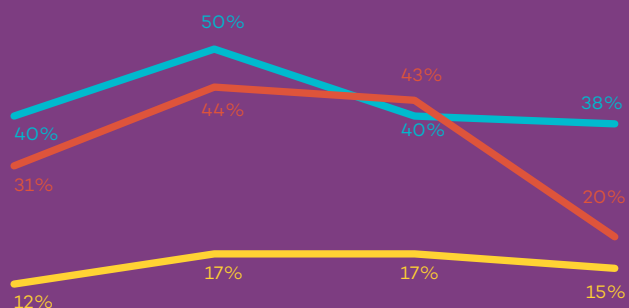
Corporais



Ossos e articulações



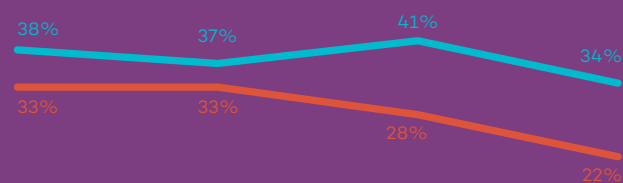
Emocionais



Possível Perimenopausa Perimenopausa Menopausa Pós-Menopausa

- ANSIEDADE
- ALTERAÇÕES DE HUMOR
- DEPRESSÃO

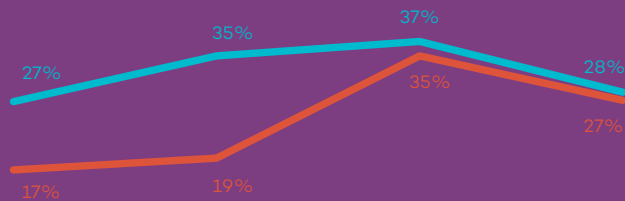
Cognitivos



Possível Perimenopausa Perimenopausa Menopausa Pós-Menopausa

- FALTA DE MEMÓRIA
- DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO

Sexuais / Genitais



Possível Perimenopausa Perimenopausa Menopausa Pós-Menopausa

- DIMINUIÇÃO DA LIBIDO
- SECURA VAGINAL

Urinários

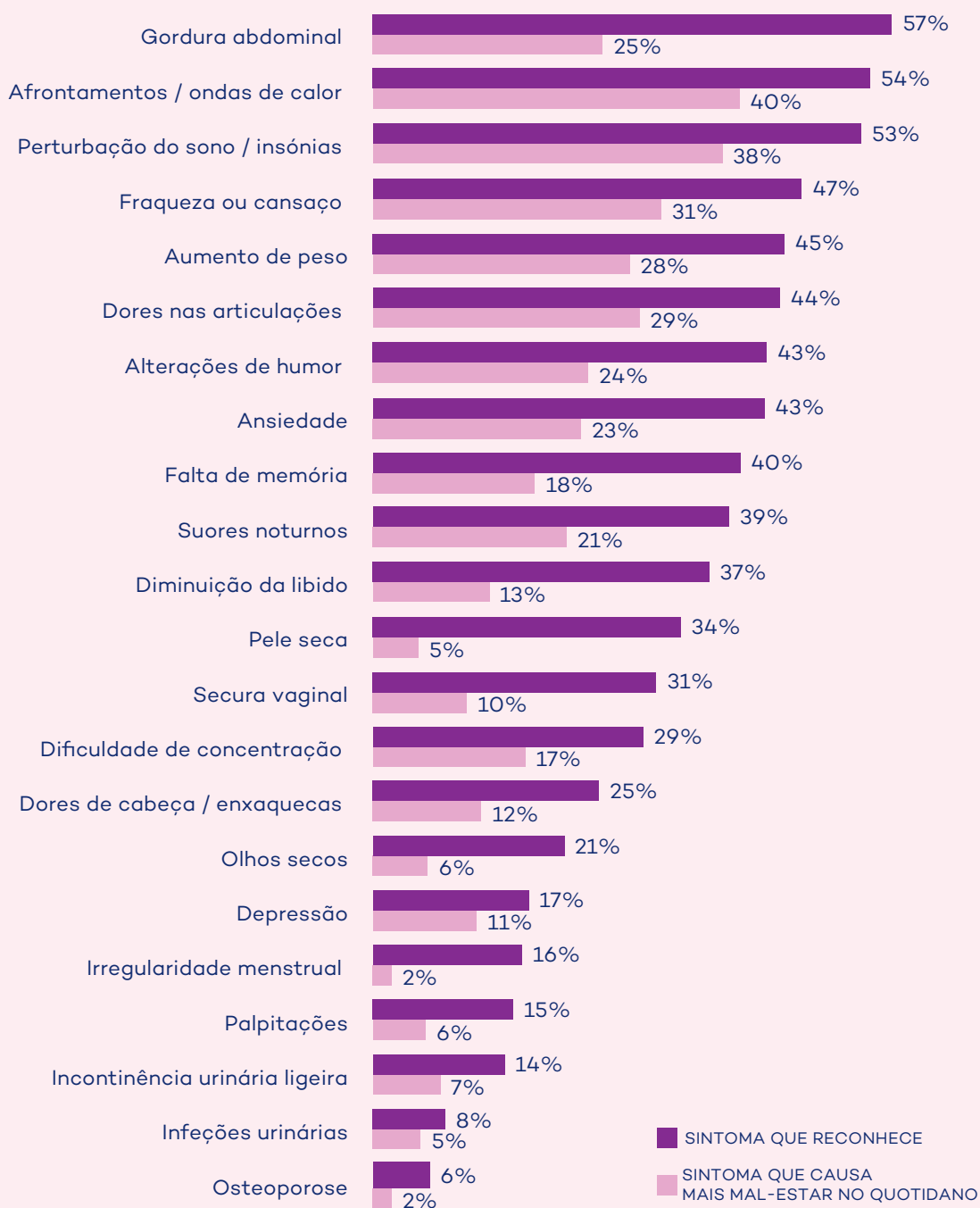


Possível Perimenopausa Perimenopausa Menopausa Pós-Menopausa

- INCONTINÊNCIA URINÁRIA LIGEIRA
- INFEÇÕES URINÁRIAS

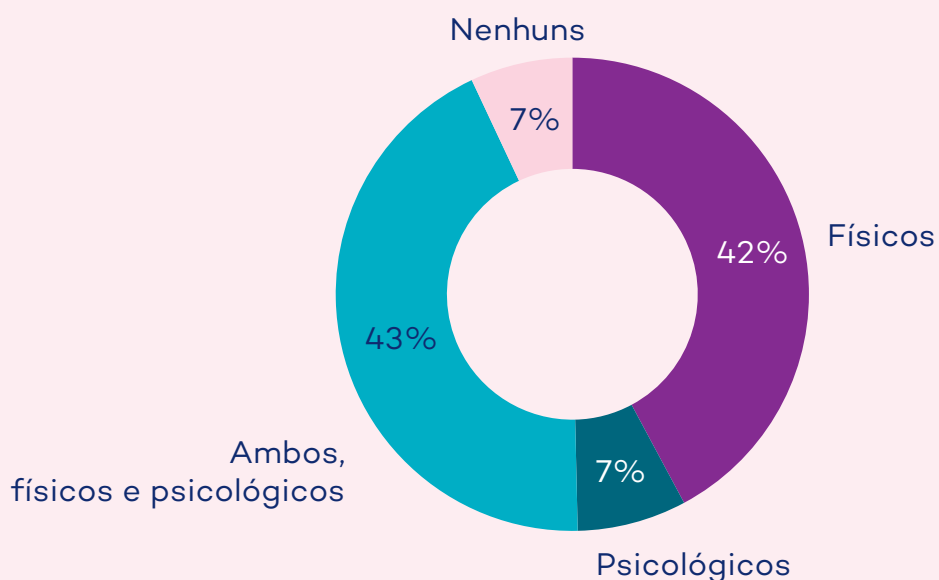
O mal-estar “na fase de pico” da menopausa

(está a atravessar a perimenopausa ou a menopausa) N=417



Sintomas mais severos associados à menopausa

(tem ou já teve sintomas associados – menopausa e pós-menopausa)
N=415



Ondas de calor, perturbações do sono, fraqueza ou cansaço e dores nas articulações são os sintomas que mais mal-estar provocam no dia a dia, embora nem sempre sejam os que as mulheres mais associam à menopausa.

Na verdade, como se prova em seguida, é difícil para as mulheres identificar o que é atribuível à menopausa e, mais ainda, a forma como os sintomas afetam o bem-estar, explicando por que cerca de 4 em cada 10 mulheres não consegue distinguir a severidade dos sintomas físicos dos psicológicos.

Não obstante, e dada a expressiva percentagem de mulheres que considera os sintomas exclusivamente físicos mais severos, pode assumir-se que o desconforto físico afeta um número maior de mulheres. Só 7% refere os sintomas psicológicos como sendo os mais severos da menopausa.

De forma expectável, é entre as mulheres que acumulam sintomas físicos e psicológicos que a menopausa se revela mais difícil (45% dessas considera o processo difícil ou muito difícil).

Incerteza e *desorientação* relativamente ao que se sente

O estudo confirma que a maioria das mulheres desconhece a extensão das manifestações físicas e psicológicas que podem acompanhar a menopausa. Para além da irregularidade menstrual, das ondas de calor e outros comumente associados à menopausa, há uma longa lista de sintomas que as mulheres reconhecem sentir, mas não sabem se podem atribuí-los à menopausa. Como o gráfico ao lado sustenta, são muitos os sintomas em que a dúvida supera a certeza na associação à menopausa.

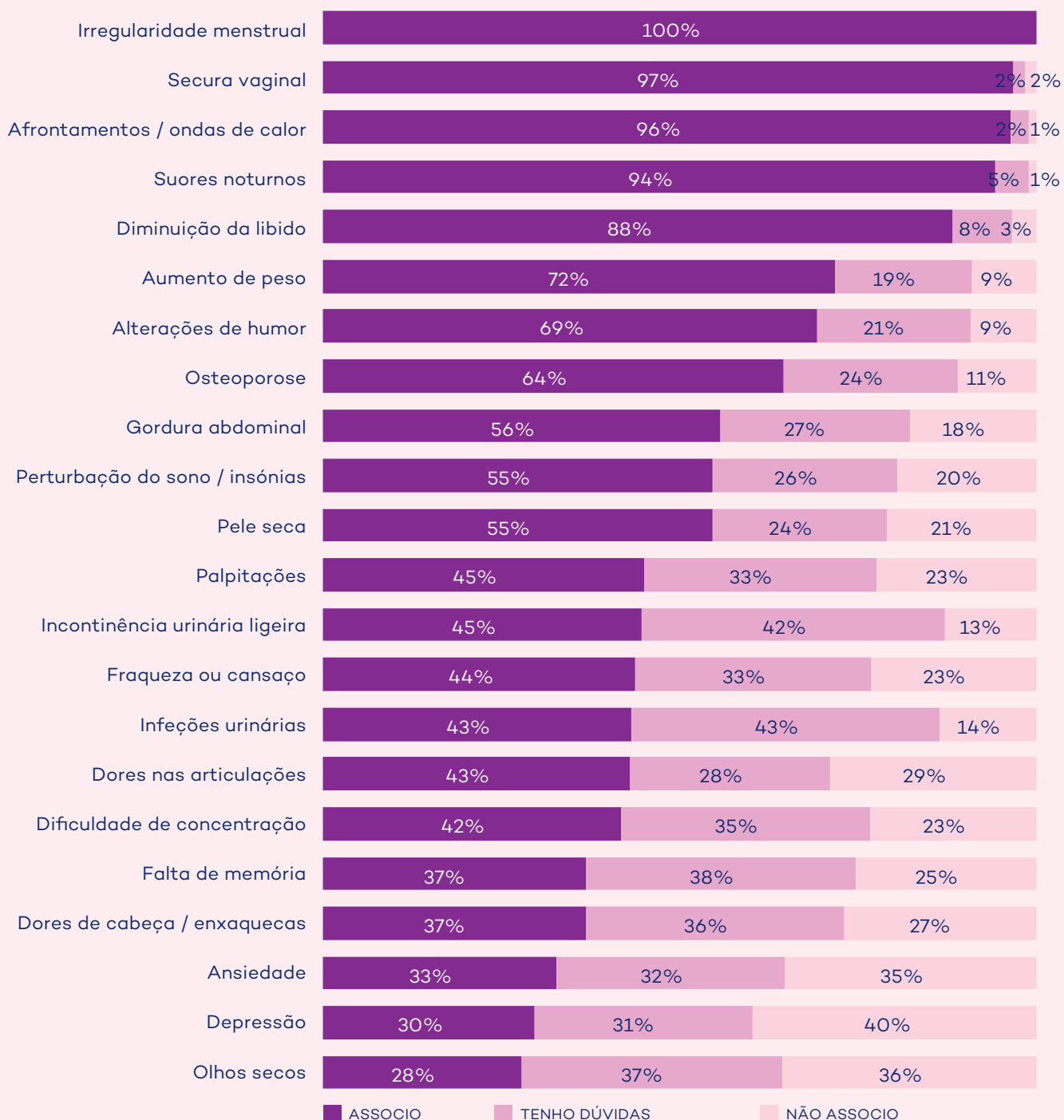
Percebe-se o risco de estar a assumir a menopausa como estando na origem das várias afetações que as mulheres acusam, designadamente por haver uma série de problemas que podem desaguar nos mesmos sintomas (por exemplo, a irregularidade menstrual, as insónias ou as palpitações podem estar associadas a problemas na tiroide ou ser efeitos secundários de uma medicação). Isso explicará por que algumas mulheres não associam os seus sintomas à menopausa e, inclusivamente, a própria reserva dos médicos em atribuir, sem outras análises, a sintomatologia à menopausa.

Não obstante, há vários indícios neste estudo de que as mulheres acumulam uma série de desconfortos apenas vinculados à menopausa, mas não conseguem fazer a associação com esse processo por não estarem devidamente informadas.

O excesso de zelo ou o paternalismo que recomenda que as mulheres não tenham pronta resposta para o que sentem, está, na prática, a condená-las a grande incerteza e desorientação, não apenas relativamente ao que sentem, mas também ao que sobre isso podem fazer.

Sintomas que associa à menopausa

N=# mulheres que reconhece sentir cada um dos sintomas,
num total de 599 – perimenopausa, menopausa ou pós-menopausa



“Os meus sintomas eram afrontamentos, enjoos, achava que estava grávida. (...) Fraqueza, perturbação do sono, secura vaginal ou diminuição da libido, não se fala. (...) Palpitações! Uma vez disse ao meu marido que achava que estava a ter um ataque. As palpitações eram tantas... até as infeções urinárias. Se soubesse, já sabia associar. Há aqui muitas coisas, as alterações de humor, pensava que era do mau feitio. (...) E aumento do peso, gordura abdominal, pensava que pudesse ser mais do meu físico ou da minha vesícula do que da menopausa.”

S. 51 anos, casada, 1 filho, confrontada em entrevista com uma lista de sintomas possíveis da menopausa





Como são *afetadas*?

Ainda faltam à ciência muitas respostas sobre a menopausa. Uma das questões essenciais que ainda paira sobre o tema é se a menopausa é uma consequência de um corpo que chegou a uma determinada idade, ou se contribui ela própria para acelerar o envelhecimento.

Porque se torna cada vez mais possível estimar, através do ADN, a idade biológica, ou seja, o estado das células e dos tecidos da pessoa, por oposição à sua idade cronológica (determinada pela data de nascimento), têm surgido estudos que apontam para a segunda hipótese. Segundo Steve Horvath [4], professor de genética humana e bioestatística na Universidade da Califórnia, em LA, os estudos de alterações epigenéticas que fez “sugerem muito, muito fortemente que a perda de hormonas que acompanha a menopausa acelera ou aumenta a idade biológica.” Isso explicaria (segundo o investigador) por que mulheres que têm menopausa precoce por remoção dos ovários tendem a mostrar sinais de envelhecimento mais cedo.

Não só por desconhecimento, mas também por serem próprias do envelhecimento, muitas das alterações que ocorrem no corpo, como a gordura abdominal, a pele seca ou a queda do cabelo, não são reconhecidos pelas mulheres como sintomas da menopausa. O facto de nem sempre reconhecerem a sua origem não significa, no entanto, que essas alterações não as afetam.

“Eu não era assim”, é uma frase que flutua nas conversas tidas com mulheres, e pode bem resumir muito do que sentem.

Com frequência, remete para o estranho de ver o corpo adquirir peso e formas que nunca teve, ou problemas urinários, ou constatar estados de cansaço frequentes. Nenhuma mulher aprecia um corpo desobediente ou menos resistente.

Das entrevistas, retiram-se várias queixas de ordem estética. O confronto com o envelhecimento pode ser desmoralizante e a autoestima das mulheres nem sempre resiste ao abalo. Para algumas, a reconciliação com o espelho promete ser lenta e difícil.

Mesmo que muitas mulheres vivam uma menopausa tranquila e a grande maioria não se questione sobre a sua feminilidade, o facto é que, na nossa cultura, a mulher continua presa à sua imagem e mesmo à sua fertilidade. Talvez não por acaso, foram as participantes que não chegaram a ter filhos as que, nas conversas, mais tocaram em questões existenciais.

“A menopausa chegou assim, estrondosamente, de repente. Eu senti mais na última mudança de estação, do Inverno para o Verão. Tirei a roupa e, de repente, tudo o que é vestidos largos, as coisas fluidas, correu bem. Mas as calças, saias, as camisolas mais justas, nada me servia! (...)”

O meu corpo, não o reconhecia, estava um verdadeiro trambolho! Sempre tive anca larga, mas nunca tive barriga. Agora tenho uma barriga... nada mal feita, mas não dá jeito onde está! Peito enorme, não tinha soutien que me servisse. (...)”

Como mulher, já não vou voltar a ser como era antes da menopausa. (...) Isto é a preparação para a C. nova que vem aí, que já está cá, já está a chegar. Tenho uma dificuldade grande com a mudança. (...) Agora mudei o corpo, agora choro mais, agora tenho mais fome, agora tenho menos... tem sido difícil a mudança. (...)”


Penso muito, a minha vida toda em perspetiva... (...) Agora sinto-me melhor fisicamente. Emocionalmente tenho dias. Mas não me sinto no fim da linha.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos

39%

Das mulheres ‘em plena menopausa’ ou pós-menopausa reconhece que o processo afetou negativamente a sua autoestima

N=465



«Olho à minha volta aos cinquenta anos e vejo as mulheres da minha geração a tentar lidar com o facto de estarem a envelhecer. Estão perplexas, e a resposta à sua perplexidade não é outro livro sobre hormonas. O problema é mais profundo do que a menopausa, as plásticas ou a hipótese de dormir com homens mais novos. Está relacionado com toda a imagem do eu numa cultura apaixonada pela juventude e sem amor pelas mulheres enquanto seres humanos.

Estamos aterrorizadas aos cinquenta anos porque não sabemos no que nos transformaremos quando já não formos jovens e bonitas. Como em todas as fases da nossa vida, não há modelos a seguir. Vinte e cinco anos de feminismo (e retrocesso), seguidos de feminismo novamente – e continuamos à beira do abismo. Em que nos poderemos tornar agora que as nossas hormonas nos libertaram?

Pode parecer que, nos últimos anos, tem havido uma vaga de livros que empoderam as mulheres de meia-idade. Mas até que ponto as coisas mudaram realmente? Será que podemos assim tão facilmente desfazer cinquenta anos de aprendizagem para a auto-aniquilação na meia-idade?»

in *Fear of Fifty*, 1994
Erica Jong



A autoimagem atingida pela associação ao envelhecimento

Em inquérito, 55% das mulheres que estão ‘em plena menopausa’ ou na pós-menopausa admite que a menopausa alterou a forma como se vê e, entre essas, os aspetos negativos prevalecem sobre os positivos. As diferenças físicas, no corpo, e ‘parecer mais velha’ são as alterações mais referidas em resposta espontânea, seguidas de aumento de peso, falta de vitalidade ou de libido como algo que penaliza a autoimagem. Já as alterações positivas, se indicadas, são sempre psicológicas.

O maior impacto da menopausa na autoimagem surge junto das mulheres mais novas (ou seja, aquelas a quem a menopausa chegou mais cedo) e das que reconhecem não estar bem de saúde.

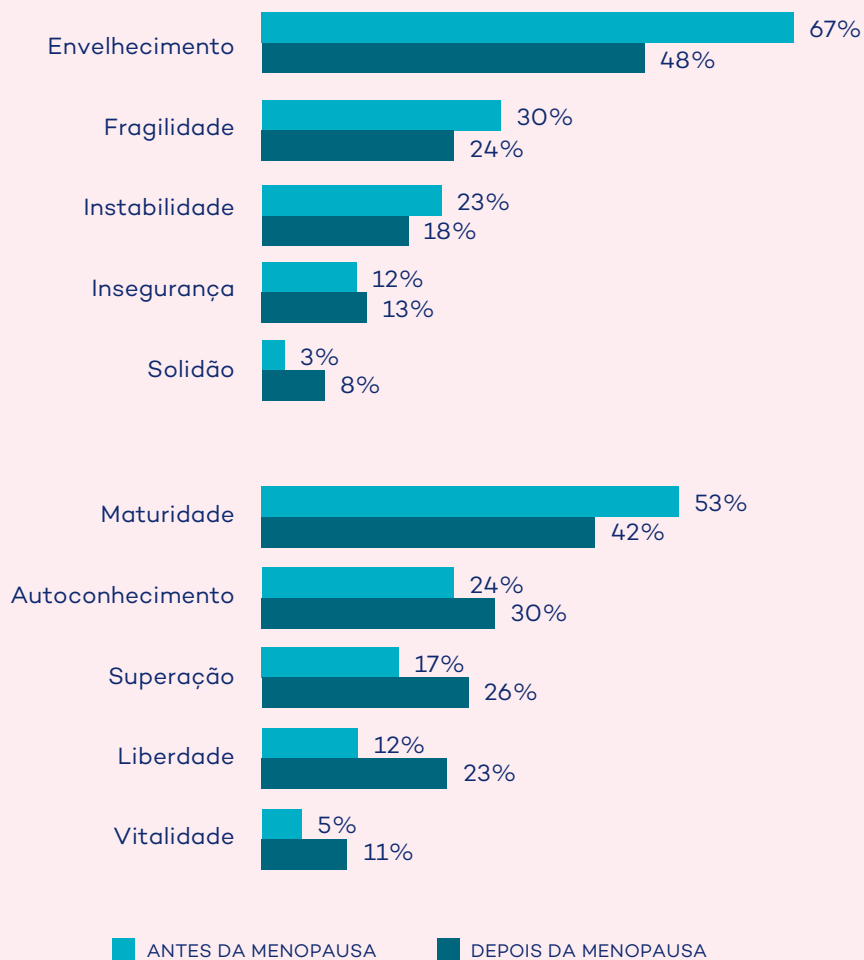
De uma questão que confronta as inquiridas com uma lista de dez palavras - 5 remetendo para associações positivas e 5 para associações negativas -, também se retira que ‘envelhecimento’ é o que mais frequentemente se associa à menopausa, o que pode ajudar a explicar alguma resistência à sua preparação.

Sobre esse exercício, importam duas conclusões. A primeira é a de que a visão que se tem da menopausa é alterada a partir do momento em que se passa pelo processo. Antes de chegar à menopausa, as associações são mais negativas que positivas, sendo mais comum haver mulheres que só associam aspetos negativos à menopausa; o inverso também se verifica, ou seja, é mais comum haver mulheres que só associam aspetos positivos à menopausa depois de a ultrapassar.

A segunda conclusão é que a associação que é feita tem uma correlação com a dificuldade do processo que se vive. Mulheres que passam por uma menopausa fácil indicam mais frequentemente palavras com conotação positiva (como maturidade), ao contrário das que passaram por um processo difícil, que indicam palavras com uma carga mais negativa (como fragilidade).

Que palavras melhor descrevem a forma como viveu ou está a viver a menopausa?

Max. 3 | N=498



O impacto na *saúde mental*, pouco reconhecido

Por mais que os sintomas físicos da menopausa incomodem as mulheres, é na transformação mental, no que na parte cognitiva ou emocional muda, que reside a sua maior apreensão. É quando se eclipsam palavras no meio de um discurso, quando se torna muito difícil uma tarefa que sempre fizeram sem esforço, ou quando percebem que o seu humor está alterado e instável, que a insegurança verdadeiramente se instala – sobretudo quando se desconhece a relação com a menopausa.

Sensação de cabeça vazia, tristeza, variações de humor, agressividade, ansiedade, falta de concentração e de memória – são sintomas emocionais que podem afetar as mulheres na menopausa. Está também provado maior risco de desenvolvimento ou reincidência em estado de depressão no período anterior ou subsequente à menopausa. Seja porque há uma queda ou uma grande flutuação hormonal, ou porque o sono deixa de ser reparador, há alterações no cérebro que podem ter um efeito-cascata.

No presente estudo, tanto as entrevistadas como o inquérito quantitativo foram esclarecedores da ignorância das mulheres sobre o impacto que a menopausa pode ter na saúde mental. Mais de metade das que reconhecem sentir falta de memória, dificuldade de concentração, fraqueza ou cansaço frequente, ansiedade ou depressão não associa esse sintoma à menopausa.

Entre todas as inquiridas, 24% autoavalia o seu estado de saúde e bem-estar psicológico como pouco ou nada saudável (29% entre as que estão ‘em plena menopausa’ ou perimenopausa). É quase duas vezes mais provável que estas considerem o seu processo de menopausa como difícil ou muito difícil, por oposição às que atribuem valores positivos à sua saúde e bem-estar psicológico. O número médio de sintomas que estas reconhecem também é superior (8,5 vs 7,2 em média).

É legítimo argumentar que, nalguns casos, a origem da depressão ou da ansiedade não estará na menopausa. Entre pais doentes ou mais dependentes, filhos a exigir cuidados ou a sair de casa, relações desgastadas, divórcios e trabalhos exigentes, esta fase da vida pode ser emocionalmente turbulenta. Em muitas situações, será difícil discernir entre causas e efeitos. As mulheres sentem-se mentalmente abaladas porque o seu processo de menopausa está a ser difícil? Ou o seu processo está a ser difícil porque estão numa fase de distúrbio emocional?

Seja como for, especialistas defendem que há uma “janela de vulnerabilidade” para a depressão e para a ansiedade nos anos da perimenopausa e nos anos subsequentes à menopausa. A tristeza, a perda de interesse por atividades, os sentimentos de antecipação, ou o pânico podem surgir – com frequência, é o primeiro sintoma. É preciso que as mulheres (e quem as acompanha) estejam cientes da possível relação com a menopausa.

“Ansiedade e depressão, já estou a ser acompanhada. Alterações de humor não vale a pena, sou um caso perdido. Preocupa-me a falta de memória, mais do que a dificuldade de concentração. Isso talvez seja o que me preocupa mais. Oíço falar mais em Alzheimer do que em menopausa, no geral. (...) A médica de família deu-me esta medicação [antidepressivos], logo se vê. Agora sinto-me menos cansada, mais relaxada, já não me sinto tão chateada com os homens cá de casa. (...) Dou explicações, ajudo crianças que precisam. E o meu filho disse, tens de parar, para! Mas sinto-me ocupada, útil..., mas reparei que estava a atingir um limite de cansaço extremo.”

S. 48 anos, casada, 1 filho

“Ansiedade sinto, depressão também. Não mudo de humor de repente, mas sinto-me mais triste. O estar em casa em teletrabalho, como estou sozinha, não tenho ninguém para falar, deprime-me. Falta de memória, sinto um pouco, e dificuldade de concentração... não sinto de uma forma grave, mas estou diferente. Eu fixava muita coisa, tinha facilidade em decorar números, agora não.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

24%

Classifica a sua saúde mental ou bem-estar psicológico como pouco ou nada saudável

Repostas bottom 5
numa escala de 1 a 10
N=1000

48%

Das mulheres com sintomas que avaliam o seu bem-estar psicológico como pouco ou nada saudável classifica a menopausa como difícil ou muito difícil

N=174

8,5

Número médio de sintomas entre mulheres que avaliam o seu bem-estar psicológico como pouco ou nada saudável

N=209

20%

Das mulheres é cuidadora ou presta apoio regular a pessoas doentes, deficientes ou em situação de fragilidade

26% entre os 55 e os 60 anos
N=1000

Como a menopausa afeta o cérebro das mulheres?

A ciência tem sido lenta em reconhecer que a não distinção entre homens e mulheres na investigação obscurece o entendimento da origem e o próprio diagnóstico de uma série de problemas de saúde. Até à data, a maioria dos estudos neurológicos tem comparado homens e mulheres dentro do mesmo espectro etário, ignorando que passam por um processo reprodutivo distinto. Mesmo quando consideram a menopausa, a maioria dos estudos tende a observar o que acontece antes ou depois desse momento. O que acontece durante a transição está pouco estudado.

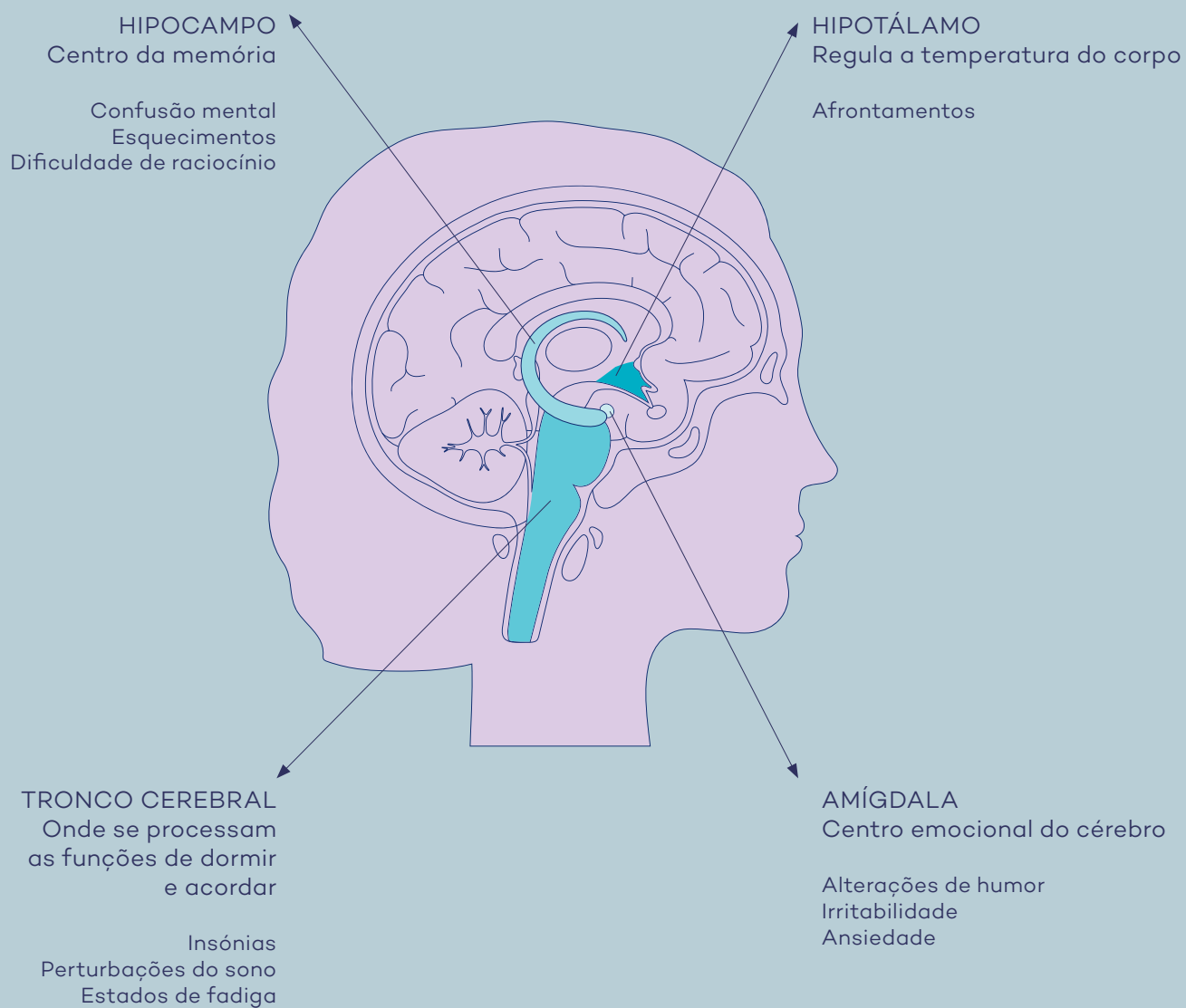
A omissão levou uma equipa de investigadores liderado por Lisa Mosconi - professora de neurologia na Weill Cornell Medicine e diretora da Women's Brain Initiative - a desenvolver e publicar na revista *Scientific Reports* um estudo que procura observar em detalhe o que acontece ao cérebro da mulher durante a transição para a menopausa[5].

Usando várias técnicas de neuroimagem, foram analisados cérebros de mais de 160 mulheres entre os 40 e os 65 anos em diferentes estágios do climatério, em termos de estrutura, fluxo sanguíneo, metabolismo e função do órgão. Muitos dos exames foram replicados dois anos depois. A equipa também comparou cérebros de homens na mesma faixa etária. "O que descobrimos nas mulheres e não nos homens é que o cérebro muda bastante. A transição da meno-

pausa realmente leva a toda uma remodelação." O que se infere do estudo é que, nas mulheres, a saúde dos ovários e a saúde do cérebro estão intimamente ligadas. Pela observação, verificou-se que durante a perimenopausa as mulheres sofreram uma perda de volume de massa cinzenta (as células cerebrais que processam a informação) e de massa branca (as fibras que ligam essas células). No entanto, após a menopausa, essa perda parou e o volume de massa cinzenta voltou ao normal, especialmente em áreas relacionadas com alguns tipos de memória e processamento cognitivo. Tal sugere que o cérebro, depois de se adaptar às alterações, recupera.

Além das alterações no cérebro, o estudo também refere que as mulheres que tinham um risco genético específico para a doença de Alzheimer começaram a desenvolver placas amiloides (que estão ligadas à doença) durante a perimenopausa - entre o final dos 40 e os 50 anos -, ou seja, mais cedo do que se pensava.

Segundo Jill M. Goldstein, professora de psiquiatria na Harvard Medical School, mais de dois terços das pessoas com Alzheimer são mulheres, sendo nelas também mais prevalente o transtorno depressivo maior e as doenças cardiovasculares. Se o cérebro muda significativamente durante a perimenopausa, é importante encará-la como uma janela crucial para a prevenção de doenças que muitas vezes acompanham as mulheres em idade avançada.



THE BR OF M

“Se pensarmos nas ondas de calor, nos suores noturnos, na ansiedade, na depressão, na insônia, no nevoeiro mental, são sintomas cerebrais, e devemos olhar para o cérebro como algo que é impactado pela menopausa, pelo menos, tanto quanto os ovários.”

“O estrogênio (ou estradiol), é essencial para a produção de energia no cérebro. A nível celular, o estrogênio faz os neurónios queimarem glucose e produzir energia. Quando o estrogênio está alto, a energia cerebral está alta, quando diminui, os neurónios desaceleram e envelhecem mais rapidamente. Quando o estrogênio não ativa o hipotálamo corretamente, o cérebro não consegue regular a temperatura corporal corretamente. Como resultado, podem ocorrer ondas de calor e suores noturnos. Depois temos o tronco encefálico, responsável pelo sono. Se o estrogênio não ativar corretamente o tronco encefálico, temos dificuldade em dormir. E ainda a amígdala, o centro das emoções no cérebro perto do hipocampo, que é o centro da memória no cérebro. Quando há redução dos níveis de estrogênio nestas regiões, talvez tenhamos alterações de humor e esqueçamos as coisas.”

Lisa Mosconi, Ph.D., professora associada de neurociência em neurologia e radiologia na Weill Cornell Medicine. Diretora da Women's Brain Initiative. Fonte: NewYork-Presbyterian



Sexualidade, a principal vítima da menopausa

Os dados revelam que a vida sexual é o aspeto mais afetado pela menopausa, com 46% das mulheres sexualmente ativas ou com parceiro(a), a reconhecer efeitos negativos – à frente das consequências sobre a autoestima ou a produtividade no trabalho. Os resultados estão em linha com vários estudos internacionais (por exemplo, um estudo recente feito no Reino Unido, em que 51% das inquiridas refere que os sintomas da menopausa afetaram a sua vida sexual[6]).

A menopausa não só tem consequências físicas nos órgãos sexuais, podendo provocar secura vaginal, menor sensibilidade à estimulação e menor lubrificação, como minar a motivação e o impulso sexual – mesmo que isso não dependa unicamente de fatores hormonais.

No presente estudo, 37% das mulheres entre a peri e a pós-menopausa avança a perda de libido como um dos principais argumentos para uma vida sexual menos satisfatória, seguido da dor durante o ato sexual (15%) e da dificuldade em atingir o orgasmo (15%). Foram também esses os principais problemas referidos em entrevista, não obstante algumas mulheres estarem já orientadas para soluções para mitigar o seu desconforto.

Sendo verdade que, sobretudo nos casos em que as mulheres estão emocionalmente envolvidas com os seus parceiros e há abertura entre o casal, o declínio da vontade não representa

necessariamente insatisfação com a vida sexual, o facto é que a menopausa pode ser uma fonte de insegurança ou de angústia entre as mulheres, levando a mudanças na relação com a sua sexualidade. Em entrevista, as mulheres que não estavam numa relação mostraram-se apreensivas com o tema, sobretudo pela frustração que poderia vir a gerar num novo parceiro(a).

A perda de desejo sexual nas mulheres é um tema complexo. Para além do desequilíbrio hormonal e de questões relacionadas com problemas de saúde ou efeitos colaterais de medicação (como os contraceptivos ou os antidepressivos), está intimamente relacionada com aspetos psicológicos e emocionais – que podem ir do stress e da depressão, ao desgaste das relações, até à falta de atracção física pelo parceiro.

O que importa esclarecer é que a perda de desejo sexual é própria da menopausa, mas não é definitiva. Segundo a NAMS (North American Menopause Society), estudos científicos feitos nos EUA têm demonstrado consistentemente que, embora a falta de desejo ou interesse sexual possa afetar mulheres de qualquer idade, tende a haver uma taxa mais elevada de desinteresse entre mulheres de meia-idade (45 a 64 anos), do que entre mulheres com mais de 64 anos ou menos de 45 anos[7]. Ou seja, o desejo sexual é algo que se perde e se recupera.

“A médica disse-me para experimentar aquele gel que se usa quando se usa preservativos para ver se ajudava, mas é assim, o facto é que é uma dor... parece uma espada a entrar! (...). Ele não se sentia confortável de me estar a prejudicar, foi logo o que ele disse: - Alto lá, isto assim não faz sentido! Não tem piada nenhuma eu estar a ter prazer e tu estares a sofrer, temos de arranjar uma alternativa! - Eu acredito que para ele, que sempre foi uma pessoa que gostou de sexo e continua a gostar, não deve ser muito fácil ter de se conter, mas tem feito tudo e mais alguma coisa, não me tem pressionado.”

P. 55 anos, casada, 2 filhos

“Uma pessoa sente alguma vergonha, com a menopausa, ‘dói-me a cabeça, não me chateies’. Temos vergonha, é aquela faixa etária, tudo muda. Mesmo a nível de relações, sexuais, de namoro, tudo isso, a pessoa tem dúvidas. Eu agora sinto-me diferente. Acabei esta relação. Se, entretanto, começar outra relação, tenho algum receio, sinto-me um pouco mais intimidada. Não sei se tenho alguma lubrificação normal. (...) A pessoa fica mais frágil. Emocional e fisicamente.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

46%

Das mulheres na menopausa ou pós-menopausa que tem parceiro(a) reconhece que a menopausa teve efeitos negativos na sua vida sexual

N=412

53%

Das mulheres entre a peri e a pós-menopausa indica que a sua vida sexual é insatisfatória ou praticamente inexistente

N= 599

37%

Das mulheres entre a peri e a pós-menopausa reconhece falta de libido e 15% indica ter dores durante o ato sexual

N=599

O trabalho, um *prejuízo* subestimado

A relação com o trabalho pode bem ser o aspeto da menopausa com maiores custos sociais. É também, provavelmente, um dos aspetos mais negligenciados na vida das mulheres de meia-idade.

As implicações na produtividade são confirmadas numa série de estudos nacionais e internacionais. Neste, 22% das trabalhadoras refere que a menopausa afetou negativamente a sua produtividade (47% entre as que a classificam como difícil ou muito difícil). Tendo presente a quantidade que acusa sintomas como ondas de calor (54%), perturbações do sono (53%), falta de memória (40%) ou dificuldade de concentração (29%), é relativamente fácil depreender por que, sem adaptação, o desempenho e a própria satisfação com o trabalho são prejudicados nesta fase da vida da mulher.

Mas as consequências do desprezo pelo desconforto que sentem vai muito além do prejuízo no bem-estar ocupacional. A esmagadora maioria das mulheres entre os 45 e os 60 anos trabalha. Muitas estão a chegar a cargos de responsabilidade e liderança e o confronto com os sintomas da menopausa pode inibir a ambição de progressão profissional, quando não sugere o próprio abandono do trabalho.

Um estudo da Elektra Health feito nos EUA, em junho de 2022, sobre uma amostra de 2.000 mulheres com cargos de direção e cargos executivos 'de alto nível,'[8] refere que 20% está a considerar ou considerou deixar o seu trabalho

devido aos sintomas da menopausa e 18% não perseguiu uma promoção por causa desses sintomas. Nesse estudo, 28% refere que a menopausa tornou as tarefas do dia a dia mais difíceis e 44% considera não estar a receber apoio suficiente por parte da entidade empregadora.

Outro estudo, também americano, da Mayo Clinic, sobre uma amostra de 4.400 clientes com idades entre 45 e 60 anos[9], refere que 11% relatou ter faltado ao trabalho nos últimos 12 meses devido a sintomas como ondas de calor e distúrbios do sono. O estudo também prova uma correlação entre a probabilidade de um resultado profissional adverso e a gravidade dos sintomas da menopausa. "Que as mulheres optem por não trabalhar e, conseqüentemente, sair do 'pipeline' que encaminha para a liderança, identifica uma razão potencialmente não reconhecida para a escassez de mulheres em cargos seniores de liderança", lê-se.

A medida da extensão do impacto da menopausa no trabalho não deve esquecer que, em Portugal e na UE, as forças de trabalho no sector da saúde e da assistência social são dominadas por mulheres (mesmo se desproporcionalmente representadas em cargos de chefia). Quantas estarão a alterar decisões de desenvolvimento de carreira, a pedir licenças médicas, a mudar de função, a reduzir turnos ou mesmo a abandonar o emprego devido à menopausa? Quanto custa à sociedade o desperdício desta força de trabalho?

“Agora tenho de estudar imenso, que era uma coisa que eu não fazia. Eu percebia as coisas e pronto! Agora não, eu tenho de estar ali muito, muito concentrada porque a minha memória já não é a mesma, não consigo fixar. E noto que estou um bocadinho disléxica, troco não só as sílabas como o sentido das palavras. (...) Esqueço-me de algumas palavras e, quando revejo o texto, tudo faz sentido. Mas quando já enviei e volto a ler, faltam palavras! Mas como é possível, porque eu reli, juro que reli! Eu tenho todo o cuidado do mundo mas, de há uns tempos para cá, estou mais despistada. Eu associo isto à falta de horas de sono, também pode ser cansaço mental. A médica disse-me que são tudo sintomas da menopausa.”

A. 52 anos, casada, 2 filhos

“O diretor disse-me: ‘tenho andado a reparar e sinto-te desmotivada, triste. Estás doente? Tu és faladora, gostas de estar com pessoas e agora isso não anda a acontecer. O que se passa?’ - Passa-se que estou com a menopausa. Há dias em que não estou bem-disposta, não tenho paciência para as coisas que tinha. E, se calhar, estou menos paciente e disponível para as pessoas’. (...) Falámos, ele contou a experiência da mulher, passou por isso há uns anos. E disse-me, ‘se precisares de tirar uns dias, diz-me. Podes ficar em casa, ou mesmo trabalhar em casa, não é um problema.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos

85%

Das mulheres entre os 45 e os 60 anos trabalha. 70% trabalha por conta de outrem

N=1000

22%

Das mulheres que trabalham e já estão na menopausa ou pós-menopausa refere que a menopausa afetou a sua produtividade

47% entre as que consideram o processo da menopausa difícil

N=427

Como se *cuidam*?

Estilo de vida saudável, alimentação adaptada e prática de exercício físico são recomendações universalmente dirigidas a mulheres na aproximação à menopausa - consensuais entre especialistas. Embora as mulheres estejam cientes da importância destes aspetos para a saúde em geral, o estudo revela grandes défices nestes cuidados, com prováveis implicações na sua qualidade de vida.

Para além da falta de motivação, da falta de tempo e de outros argumentos que levam pessoas de qualquer idade a fazer menos do que seria recomendável, há desconhecimento sobre as razões que enfatizam a necessidade de cuidados específicos durante esta fase.

A falta de estrogénio contribui para a má distribuição da gordura corporal, fazendo com que, durante a menopausa, a gordura se concentre na região abdominal, por oposição às ancas e às coxas. Porque coincide com o processo natural de envelhecimento, há também nesta fase uma tendência para a perda de massa muscular e a consequente lentificação do metabolismo, fazendo com que seja frequente o aumento de peso, mesmo mantendo o nível de ingestão calórica.

Pesquisas recentes[10] também sugerem que a diversidade do microbioma intestinal e as respostas metabólicas podem estar ligadas aos estrogénios, juntando explicações às alterações de peso na aproximação à menopausa.

Há ainda fatores de natureza genética ou comportamental que explicam o aumento de peso - por exemplo, pessoas mal dormidas muitas vezes compensam a falta de sono com a ingestão de comida ou bebidas mais calóricas ou a redução da sua atividade física.

A associação entre a gordura abdominal e o risco de desenvolvimento de doenças é conhecida. A hipertensão e a diabetes Tipo 2 são mais comuns entre pessoas que concentram mais gordura abdominal.

As mulheres obesas também apresentam uma taxa de mortalidade cardiovascular superior (4 vezes maior, segundo estudos recentes). Refira-se que a doença cardiovascular é uma das, senão "a" principal causa de morte entre mulheres. Juntam-se outras estatísticas importantes que desaconselham o excesso de peso, como a relação entre a obesidade e o risco de demência ou de osteoporose.

Mais do que por questões estéticas (que não devem desprezar-se pelo impacto que podem ter na autoestima), o controlo de peso é importante pelas implicações que o excesso de peso pode ter na saúde das mulheres em idade mais avançada.

Na aproximação à menopausa, esse controlo torna-se ainda mais crítico na medida em que mulheres com excesso de peso tendem a apresentar sintomas da menopausa mais significativos.

41%

Reconhece o aumento de peso numa lista de sintomas de mal-estar e a maioria associa-o à menopausa

N=818
Exclui mulheres em pré-menopausa

“Aos quarenta, cinquenta, começa a haver alterações. Notei a tal história: sou magra e parece que esta parte caiu aqui [na cintura], porque sou magra. E noto que a pele começa a ser mais flácida. Na cara, tinha a pele para cima, agora está para baixo. (...) A menopausa faz com que o corpo comece a envelhecer. Deixamos de produzir hormonas da mesma forma e tudo muda.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

O aumento de peso é um dos efeitos mais comuns da perimenopausa, afetando pelo menos 50% das mulheres. Evidências dos estudos SWAN e The Healthy Women's[11] sugerem que, em média, as mulheres ganham aproximadamente 1,5 kg por ano durante a transição para a menopausa, resultando num ganho de peso médio de 10 kg quando a menopausa é atingida. À medida que os níveis de estrogénio diminuem, a gordura abdominal aumenta de 5-8% para 10-15% do peso total.

Fonte: British Menopause Society Information for GPs and other health professionals, 2023

Défices na adequação da alimentação

55%

Não fez nenhuma alteração à sua alimentação em consequência da aproximação à menopausa

8% (apenas) alteraram muito

65%

Nunca foi acompanhada na alimentação por um médico ou por um nutricionista

Défices na adequação do exercício físico

49%

Não aumentou a prática de exercício físico após os 40 anos

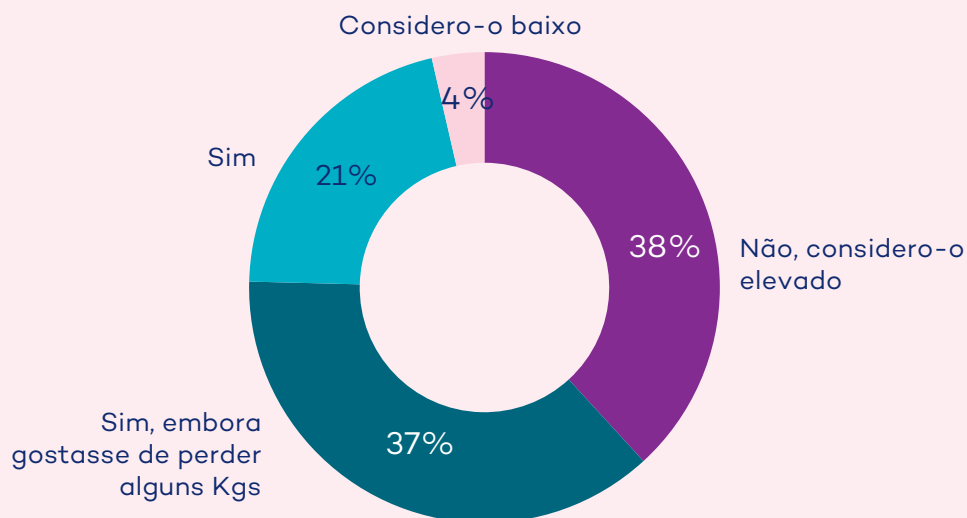
24% aumentou muito

73%

Indica não fazer ou fazer menos exercício físico do que devia

Está confortável com o peso que tem?

N=1000



Às mulheres, aconselha-se o aumento da frequência e da intensidade do exercício físico na aproximação à menopausa – nem que apenas para manter o peso. Mas há uma série de outros benefícios que reforçam esta recomendação. Em termos físicos, o exercício pode contribuir para maior densidade óssea e o reforço da massa muscular. Em termos cognitivos e emocionais, o exercício melhora o mood, ajuda ao funcionamento do cérebro, melhora a capacidade e a força da memória e é um tratamento indireto, mas eficaz, para o stress. Estudos relatam também sintomatologias menos intensas entre mulheres fisicamente ativas; neste estudo, isso confirma-se: entre mulheres que fazem exercício regular, 18% refere sintomas intensos, por oposição a 28% das que não o fazem.

Apesar de consensuais, nem todas as mulheres estão cientes da importância destes cuidados. Durante as entrevistas, algumas referiram o tema da alimentação e do exercício por se sentirem a engordar, e não tanto por perceberem a importância que um e outro podem ter no próprio alívio dos sintomas da menopausa.

O quantitativo também expõe grandes omissões ao nível da alimentação e do exercício físico: praticamente metade das mulheres não alterou a alimentação nem aumentou a prática de exercício físico após os 40 anos, sendo que, num e noutro aspeto, tudo sugere faltar informação e acompanhamento.

O resultado é este: apenas 21% das mulheres se declara confortável com o peso que tem; 75% considera ter peso a mais. Também se confirma pelos dados a correlação entre o peso e a experiência da menopausa: entre mulheres que classificam o processo como difícil ou muito difícil, mais de metade (54%) está desconfortável com o seu peso por ser elevado. A diferença entre as mulheres que têm cuidados e as menos empenhadas pode, em parte, ser explicada pela informação. São as que se consideram pouco ou nada informadas sobre a menopausa as que menos indicam a adequação de comportamentos de estilo de vida saudável.

À exceção dos cuidados especificamente orientados à saúde mental, as mulheres mais velhas tendem a indicar mais cuidados do que as mais novas (mesmo que sem diferenças significativas). Isto sugere que, mais do que em ação preventiva, as mulheres estarão a agir reactivamente aos sintomas à medida que se vão tornando mais enfáticos ou visíveis, ou seja, estão a atenuar e não a impedir que uma série de desconfortos se instalem.

“Nunca tive o hábito de um ginásio. Gosto muito de caminhar, faço caminhadas, mas faço normalmente acompanhada. Devia fazer sozinha, mas não faço. Devia acabar o trabalho e fazer, mas não faço. Sem dúvida que devia fazer exercício. Nesta fase é importante pela flacidez da pele. Fortalece os músculos.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

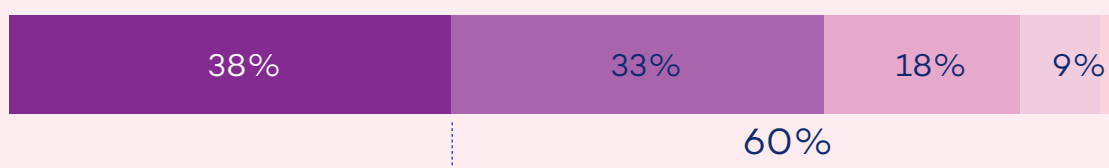




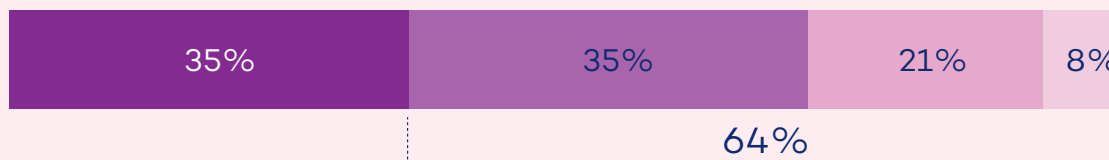
Auto-cuidado com *déficis* reconhecidos

N=1000

Garantir horas de sono



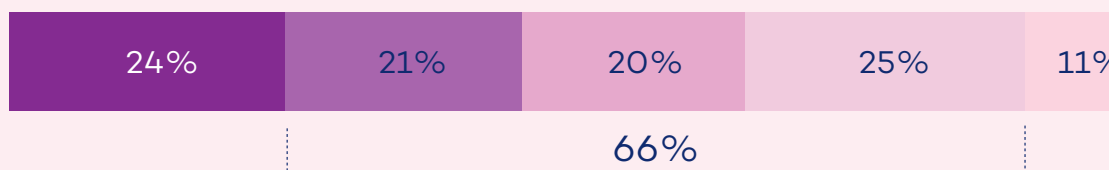
Ter cuidado com a alimentação



Fazer exercício físico / desporto



Controlar o ritmo de trabalho

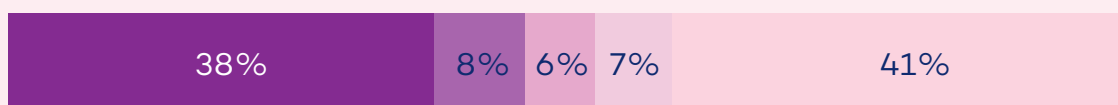


■ FAÇO ■ FAÇO, MAS MENOS DO QUE DEVIA ■ FAÇO MUITO POUCO ■ NÃO FAÇO ■ NÃO SE APLICA

O estudo revela défices no auto-cuidado. Sono e alimentação são as áreas em que há mais empenho, embora consistentemente se reconheça que se faz pouco ou menos do que deveria fazer-se. Entre o 'faço, mas menos do que devia', o 'faço muito pouco' e o 'não faço' revelam-se espaços potenciais de melhoria de qualidade de vida.

Embora sem distâncias expressivas, também se confirma que mulheres que consideram o processo da menopausa fácil ou muito fácil tendem a ter mais cuidados (sobretudo na alimentação e no exercício físico) do que as que consideram o processo difícil ou muito difícil.

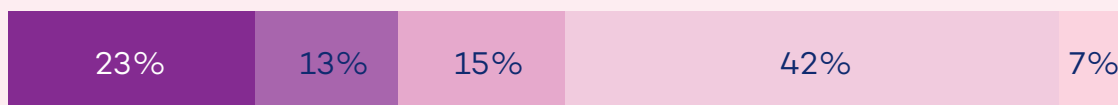
Evitar/ reduzir o consumo de álcool



Evitar/ reduzir o tabaco



Tomar vitaminas ou suplementos



Fazer atividades que promovam a saúde da mente (ex. meditação)



Dúvidas quanto ao *tratamento hormonal*

Entre o pouco que sabem e o muito que receiam, a esmagadora maioria das mulheres opta por não fazer terapia hormonal (TH), em muitos casos, contrariando indicações médicas.

A resistência à adoção deste tipo de terapêutica, assim como a medicamentos em geral, foi muito evidente nas entrevistas. A maioria das participantes socorria-se de soluções naturais, ou alternativas, para atenuar os sintomas da menopausa – mais frequentemente, por preferência pessoal.

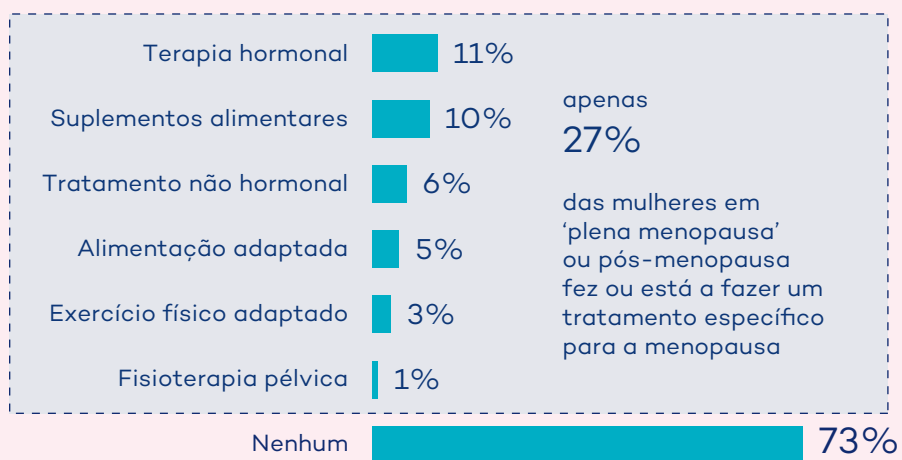
A reserva em relação à terapia hormonal não é exclusiva do nosso país. Um estudo conduzido pela Wild Nutrition[12] (que vende suplementos

alimentares) no Reino Unido revela que 32% das inquiridas, de diferentes idades, gostaria de encontrar uma alternativa natural à terapia hormonal.

A ideia de que a menopausa é um processo natural sem consequências para a saúde, somada a posturas contraditórias sobre a terapia hormonal entre a própria classe médica, sustenta a inação. Na amostra, apenas 11% das mulheres em 'plena menopausa' ou em pós-menopausa fez ou está a fazer uma TH e, dessas, 25% sentiu-se insegura nessa decisão. Refira-se que, entre as poucas que o fazem, mais de metade (55%) considera os resultados bons ou muito bons.

Tratamento específico para a menopausa (menopausa e pós-menopausa)

N=498



Novamente, também sobre este tema se confirma falta de informação:

- 33% das mulheres em plena ou pós-menopausa 'muito informadas' fazem tratamentos específicos para a menopausa, por oposição a 10% das 'pouco ou nada informadas';
- 38% das que se dizem impreparadas para a menopausa refere que ter menos dúvidas sobre a compensação hormonal ajudaria à preparação;
- 36% das mulheres não tem qualquer informação sobre tratamentos para minimizar sintomas.

Apesar da interferência que os sintomas da menopausa podem ter na qualidade de vida das mulheres - apenas 14% em pleno processo o considera fácil -, 73% não faz nenhum tipo de tratamento específico. Sendo verdade que nem todas precisarão de ser medicadas ou suplementadas, o facto é que muitas se encontram em estados de enorme desconforto apenas por dúvida e desconhecimento [vide cronologia de Terapias Hormonais na página seguinte].

Acrescente-se que, além do mal-estar, a resistência a tratamentos pode ter como contraponto maior risco de desenvolver problemas de saúde como a depressão, a osteoporose, as doenças cardiovasculares ou demências, assim como os efeitos secundários de medicamentos acessoriamente prescritos, como ansiolíticos e antidepressivos.

“Eu passo semanas em que não consigo dormir por noite mais de três horas. Mas eu sou resistente à toma de medicamentos! Leio tudo o que é possível para combater de forma natural - sumos, saladas, chás, tudo o que seja mais natural, só que às vezes tenho de ir à medicação. Esta semana já tomei uma embalagem de comprimidos para dormir. (...) Agora os medicamentos que são para combater os sintomas da menopausa, não tomo. Disse à médica: - Faço isso uma vez por ano! (...) Ela diz, ‘isso não chega’. Diz que se eu tomasse os medicamentos com a regularidade que era preciso, não tinha tantos sintomas. Mas como eu gosto de levar por minha conta, acabo por sofrer as consequências.”

A. 52 anos, casada, 2 filhos, fez histerectomia aos 40 anos. Sintomas que acumula: insónias, cansaço, irritabilidade, dificuldade de concentração, falta de memória, dislexia, cansaço, infeções urinárias, secura vaginal, problemas nos dentes (e consequentes problemas auditivos)

“Prefiro não tomar [hormonas]. Ao tomar muita coisa, o nosso corpo começa a adaptar-se e depois precisamos e não faz nada. Sempre fui contra medicamentos. (...) Se fosse mais natural, talvez, não diria que não. Produtos com químicos tenho mais receio.”

S. 51 anos, casada, 1 filho

Terapias hormonais (TH): avanços e recuos ao longo do tempo

Anos 50

Primeira metade do século XX

É aprovado um produto de estrogénio para o tratamento dos afrontamentos.

Década de 60

Um livro do ginecologista americano Robert A. Wilson – *Feminine Forever* –, aliado ao crescimento do movimento feminista, incentiva as terapias hormonais para combater dos sintomas da menopausa.

“A menopausa é uma doença de deficiência hormonal, curável e totalmente evitável, basta tomar estrogénio.”

Década de 70

Estudos revelam que a toma de estrogénio está associada a um aumento de cancro do endométrio e a fama da TH diminui. Nos anos seguintes, investigadores descobrem que a redução da dose de estrogénio e a sua combinação com progesterona poderia reduzir o risco de cancro do endométrio. Esta terapia combinada foi recomendada para mulheres com um útero intacto, trazendo de volta o entusiasmo pela TH.

1998

1998

É lançado o Women's Health Initiative (WHI), um estudo sobre 161.808 mulheres entre os 50 e os 79 anos (idade média, 64). A cerca de 10% (de mulheres com útero) foi efetuada a TH mais comum nos EUA. O objetivo era definir estratégias para redução de doenças cardiovasculares, fraturas e tumores da mama e reto da mulher pós-menopáusicas.

2003

Publicados os primeiros resultados do WHI, revelando um risco aumentado de cancro da mama em cerca de 28% (em termos absolutos, correspondia a 8 casos por cada 10.000) - em mulheres que efetuaram apenas progestagénio, sem estrogénio. Também expõe aumento da incidência de doença coronária. Por oposição, revela que a utilização da TH diminuiu o risco das fraturas da anca e de cancros colorretais. Mas é no cancro da mama que se vão fixar as apreensões, e o estudo é prematuramente interrompido ao fim de 5 anos (devia durar 8,5 anos). Nos anos seguintes, a TH diminui em cerca de 70% em países como a Noruega ou a Suécia. Esta redução não alterou a incidência do cancro da mama. Em 2008, naqueles países praticamente não se efetuava a TH e a taxa de cancro da mama aumentava.

2003

Desde a divulgação dos resultados do Estudo da Women's Health Initiative (WHI), a TH suscita muitas dúvidas e receios. No entanto, o estudo tem várias limitações, desde logo, os tipos de TH testados e a idade das mulheres - na maio-

ria estavam na pós-menopausa há mais de 10 anos (muitas, há mais de 20). Também não formula considerações sobre consumos de tabaco, álcool, doenças e medicações acessórias, que podem degradar o estradiol.

2012

Levantam-se dúvidas sobre os resultados do WHI, sobretudo os efeitos da TH em mulheres mais novas e considerando outras formas de TH.

Uma reanálise do estudo WHI revela que o uso de TH em mulheres mais jovens (50-59 anos) ou em mulheres nos primeiros 10 anos em pós-menopausa (quer no grupo das mulheres sem útero que só utilizou estrogénios, quer no grupo das mulheres com útero que utilizou estrogénios e progestina), teve um efeito benéfico no sistema cardiovascular, reduzindo as doenças coronárias e a mortalidade por todas as causas. Ou seja, o risco cardiovascular de facto aumenta (muito) com a TH, mas tal acontece quando a terapêutica é tardiamente iniciada.

Outro grande ensaio controlado da Dinamarca (2012) demonstrou que mulheres saudáveis que tomaram TH combinada durante 10 anos imediatamente após a menopausa tiveram um risco reduzido de doença cardíaca e morte por doença cardíaca. Um outro estudo [Manson, J.E. et al, 2013] revela que mulheres que usaram apenas os estrogénios apresentaram um risco diminuído de cancro da mama em 23%.

2021

Publicado o Consenso Nacional de Menopausa, que apresenta as terapêuticas a considerar para o tratamento da menopausa e a forma como devem ser administradas - tratamentos hormonais e não hormonais. No documento lê-se que “a TH, é o tratamento mais eficaz para os sintomas associados ao défice de estrogénios, os benefícios são mais notórios se iniciada até aos 60 anos de idade ou até 10 anos após a menopausa”. O tratamento deve ser feito entre 3 a 5 anos e, em mulheres com mais de 60 anos, a continuidade é possível, mas deve ser avaliada individualmente. O Consenso também se pronuncia sobre as comumente denominadas “hormonas bioidênticas” preparadas magistralmente por farmácias, (hormonas estrutural e quimicamente iguais às do corpo humano que, em teoria, “encaixam” melhor nos órgãos e são melhor metabolizadas pelo fígado), afirmando que “a eficácia e segurança anunciadas para estes produtos não estão validadas pela medicina baseada na evidência”.

Quanto ao tratamento não hormonal, recomenda tanto fármacos como alternativas não farmacológicas como suplementos, alterações no estilo de vida, recurso a terapias e técnicas de relaxamento, entre outras.

Como são acompanhadas?

O estudo revela haver um número significativo de mulheres que não são devidamente acompanhadas, sobretudo na fase de transição para a menopausa.

Talvez porque considerem dispensável o acompanhamento num processo que entendem ser natural, porque não tenham acesso fácil a profissionais de saúde ou porque desconheçam que há risco de desenvolvimento de problemas de saúde ou espaço para melhorar a qualidade de vida na menopausa, nem todas as mulheres procuram acompanhamento médico.

Entre as mulheres que percebem estar com sintomas, quase 30% não procura um médico (por esse motivo) e 35% fá-lo, mas não imediatamente. No total das que se apercebem da aproximação à menopausa, 38% ou não procura nenhum especialista ou demora pelo menos um ano a fazê-lo.

Em termos de perfil de acompanhamento, a maioria é seguida por um ginecologista e/ou um médico de família, sendo o recurso a especialidades complementares (como nutricionistas ou dermatologistas) pouco expressivo e a consideração de alternativas como a medicina “anti-envelhecimento” residual. Pelos números, de-

duz-se que as mulheres que não procuram um acompanhamento específico para a menopausa acabam por tê-lo em consultas de rotina no ginecologista ou no médico de família.

De sublinhar que 14% das que estão ‘em plena menopausa’ ou na pós-menopausa não foi acompanhada por um profissional de saúde em nenhum momento do processo - um valor que sobe para 19% entre mulheres com rendimento abaixo ou bastante abaixo das necessidades do agregado.

Entre as que são acompanhadas, quase metade (47%) é acompanhada no SNS, 37% exclusivamente por um médico ou clínica privada, e 15% em ambos. A maioria visita o médico entre 1 e 2 vezes especificamente por causa da menopausa.

Em concreto, no acompanhamento por parte de um ginecologista, a experiência da menopausa não parece suscitar alterações; quando se compara a frequência com que as mulheres iam ao ginecologista antes de sentirem sintomas da menopausa com a que passam a ir depois de perceberem esses sintomas, praticamente não se verificam alterações.

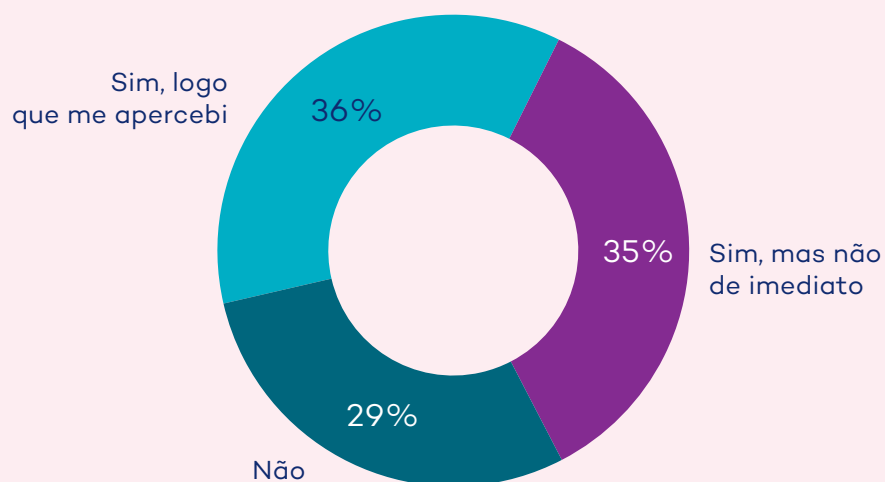
14%

Das mulheres em ‘plena menopausa’ ou na pós-menopausa não foi acompanhada por nenhum profissional de saúde em nenhum momento do processo

19% se rendimento abaixo ou muito abaixo das necessidades do agregado

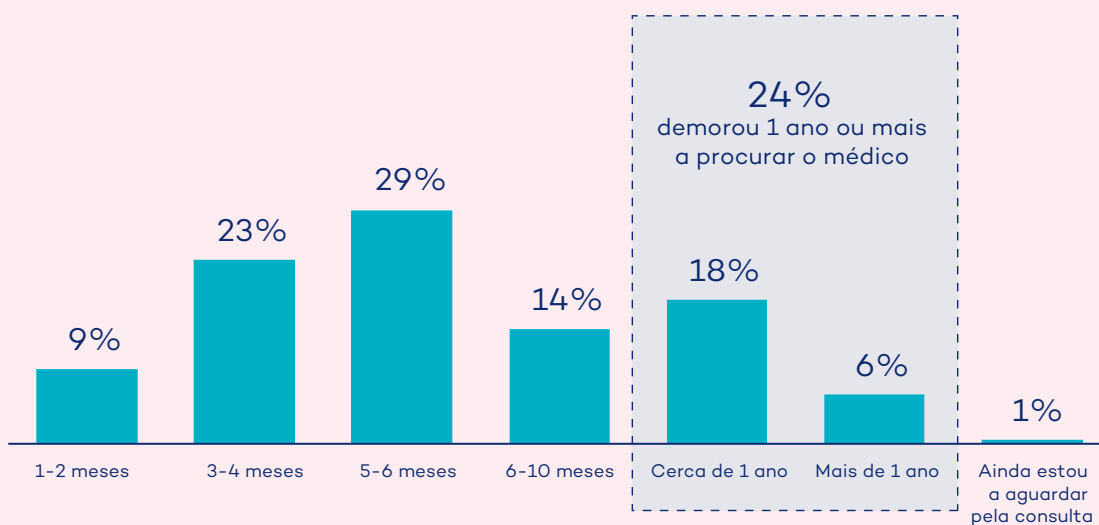
Quando se apercebeu da aproximação da menopausa, procurou acompanhamento médico?

(N=467 – não foi o médico a perceber os primeiros sintomas)



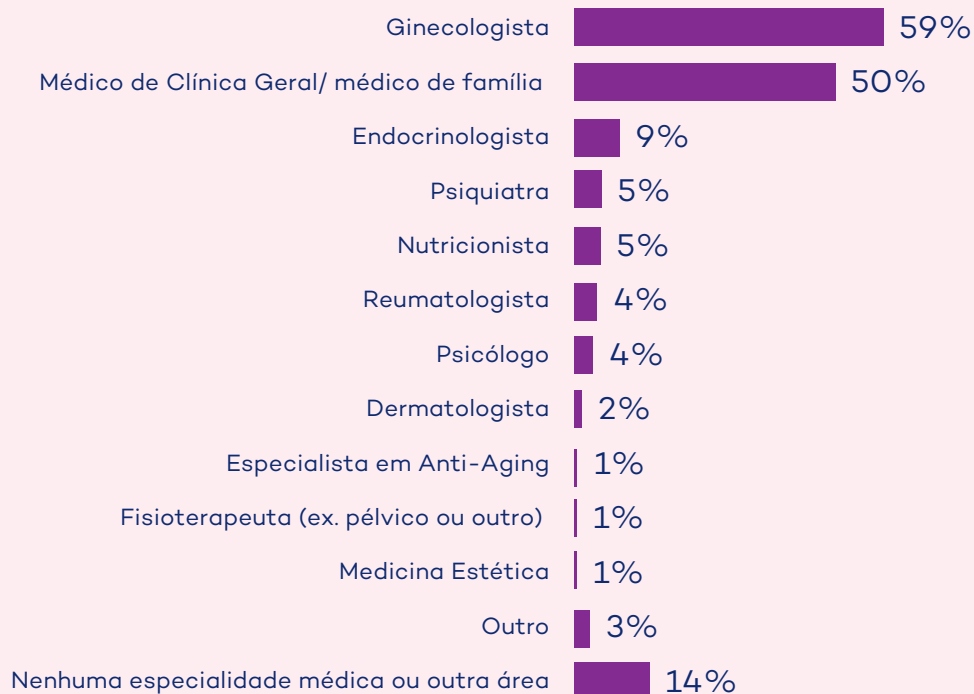
Quanto tempo demorou a ir ao médico?

(N=162)



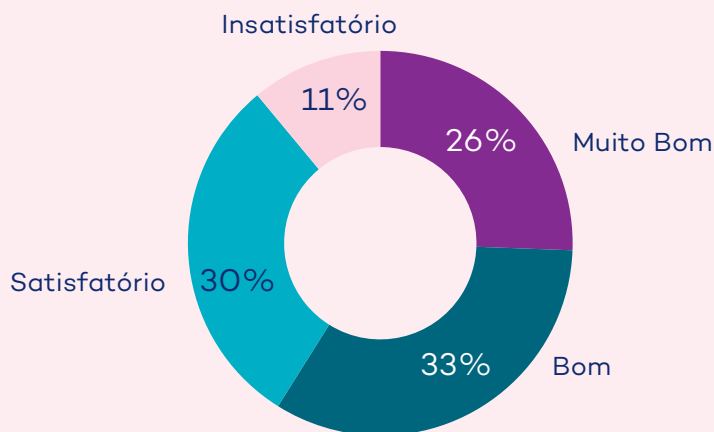
Que especialidade(s) médica(s) ou áreas a acompanham ou acompanharam neste processo da menopausa?

Menopausa ou Pós menopausa | N=498



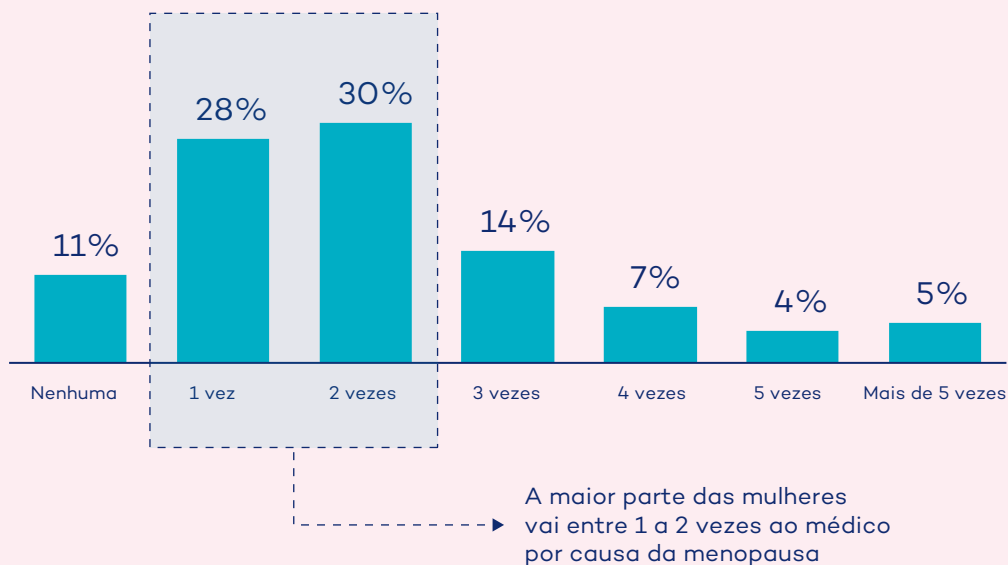
Como avalia o acompanhamento médico que teve ou está a ter na menopausa?

Está a ter acompanhamento médico | N=426



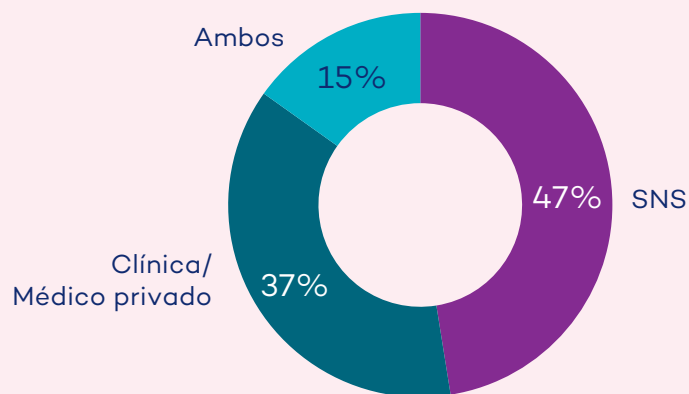
Número de vezes que foi ao médico especificamente por causa da menopausa

Mulheres em diferentes fases do processo que indicam sintomas da menopausa e procuram acompanhamento médico | N=331



Onde está a ser acompanhada?

Mulheres em diferentes fases do processo que indicam sintomas da menopausa e procuram acompanhamento médico | N=331



Baixo grau de exigência em relação ao *apoio médico*

Nas entrevistas, sem falhar à justiça das que elogiaram os seus médicos e das que reconheceram não estar bem (ou melhor) pela própria decisão de não cumprir as recomendações que lhes foram dadas, ouviram-se vozes de descontentamento com os profissionais de saúde.

Nuns casos, pela sensação de indiferença por parte de médicos à sua manifesta condição de mal-estar. Noutros, por sentirem que os médicos foram demasiado parciais ou pouco prescritivos na recomendação de cuidados ou tratamentos a seguir. Noutros ainda por sentirem que não foram suficientemente esclarecidas sobre a menopausa e os sintomas que envolve.

Se, por um lado, 59% das mulheres avalia o acompanhamento médico que teve ou está a ter na menopausa como bom ou muito bom, por outro, percebem-se evidentes lacunas nas informações e recomendações que lhes são fornecidas - tendo por referência, por exemplo, as recomendações do National Institute for Health and Care Excellence, no Reino Unido [13].

O médico é a via mais indicada apenas no que diz respeito à obtenção de informações sobre 'diagnóstico' e 'benefícios e riscos de tratamentos'; já a informação sobre 'sintomas mais

comuns' ou 'recomendações de estilo de vida', as mulheres chegam de forma mais comum por outras vias. E sobra uma expressiva percentagem de mulheres ignorantes acerca de vários aspetos da menopausa.

A internet é a primeira fonte de informação das mulheres sobre a menopausa (apontada por 60%). Os médicos surgem imediatamente a seguir, mas não são uma referência universal - 42% não indica médicos como uma fonte de informação.

A maior evidência de lacunas no acompanhamento clínico talvez seja esta:

34% das mulheres que classificam o processo da menopausa como difícil ou muito difícil não indica o médico como principal fonte de informação sobre a menopausa. Na verdade, mais do que uma maioria de mulheres satisfeitas com o acompanhamento que recebem, o estudo sugere baixo grau de expectativa e exigência em relação ao apoio que lhes é prestado.

A falta de respostas da medicina tradicional também ajuda a explicar por que diferentes participantes revelaram, em entrevista, recorrer a terapias alternativas - da homeopatia à medicina japonesa.

Como obteve as seguintes informações?

(excluindo mulheres em pré-menopausa)
N=818

Processo(s) de como se diagnostica



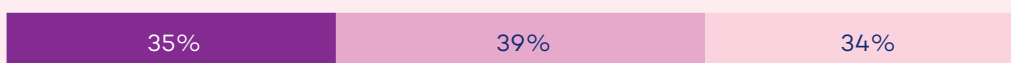
Benefícios e riscos de tratamentos para amenizar sintomas



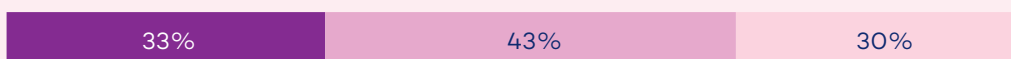
Sintomas mais comuns



Implicações de longo prazo da menopausa



Explicação sobre as diferentes fases da menopausa



Recomendação sobre mudanças de estilo de vida (por ex. atividade física)



Recomendação sobre suplementos alimentares



Recomendação sobre mudanças alimentares



■ PELO MÉDICO ■ POR MIM NOOUTRAS FONTES ■ NÃO TENHO INFORMAÇÃO

Omissões no *acompanhamento* clínico da menopausa

Não obstante os espaços de melhoria no suporte que é dado a mulheres que já estão ‘em plena menopausa’ ou na pós-menopausa, é às mulheres que ainda não sabem estar em processo que o apoio médico mais parece falhar.

As entrevistas foram ricas em testemunhos que revelam como há ainda grande dificuldade no diagnóstico de aproximação à menopausa quando os sintomas não fazem parte do leque consensualmente atribuído a esse período da vida das mulheres (como as ondas de calor) ou quando a mulher “ainda é nova”. Por exemplo, uma das participantes com irregularidade menstrual e enjoos revelou que a médica suspeitou de gravidez aos 47 anos por considerar que ainda não estava em idade de entrar na menopausa. Outras participantes discorreram sobre os diferentes médicos que tiveram de consultar até encontrar um profissional que se compadecesse com o seu mal-estar e propusesse tratamentos.

A indiferença ou desconhecimento sobre os sintomas da menopausa não é um problema exclusivo de Portugal. Um estudo divulgado pela The Menopause Charity,[14] indica que 1/3 das mulheres no Reino Unido esperou pelo menos 3 anos até que os seus sintomas fossem corretamente associados à menopausa e 18% foi seis vezes ao médico até conseguir obter a ajuda de que precisava. Outro estudo na mesma região[15] revela que apenas 28% das mulheres discutiu com um profissional de saúde escolhas

de estilo de vida (por exemplo, alimentação e exercício) para a sua perimenopausa.

Não são apenas as mulheres que apontam lacunas no acompanhamento clínico. No website da Organização Mundial de Saúde pode ler-se “os prestadores de cuidados de saúde podem não ter formação para reconhecer os sintomas da perimenopausa e da pós-menopausa e aconselhar as doentes sobre as opções de tratamento e a manutenção da saúde após a transição para a menopausa”. Uma afirmação reforçada por diferentes estudos, nomeadamente um que revela que da análise dos manuais de medicina utilizados em diferentes regiões do mundo, 58% não faz qualquer referência à menopausa e 12% dedica ao tema menos de um parágrafo.

A falta de conhecimento e de consultas específicas da menopausa também é apontada por diferentes especialistas em Portugal. Fernanda Geraldês, médica ginecologista que foi presidente da Secção da Menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) durante 7 anos, avança-o em entrevista recente ao Jornal Médico dos Cuidados de Saúde Primários[16] “Este foi um dos temas abordados no 18.º Congresso Mundial da Menopausa (...). Foi interessante perceber que os representantes dos outros países também se queixam da abordagem feita à mulher na menopausa, isto é, da falta de informação adequada, da falta de médicos vocacionados e do facto de as senhoras não recorrerem aos serviços de saúde.”

“A médica [de medicina integrativa] é super empática, isso ajudou imenso, porque a minha ginecologista não foi nada empática. (...) Ela não me disse quase nada. Na altura, eu estava com uma hemorragia gigante, ela recomendou-me uns comprimidos (...).

–‘Faz isto durante 10 meses, e o resto tem de ter paciência.’

–‘Pois, eu sei, mas o mal-estar...’

–‘Mas filha, é assim.’

Pensei: não venho cá mais.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos

“[A médica de família] Está a borrifar-se, é um não assunto. Não ligou nenhuma, nada. (...) Ela acha que é um mal que faz parte. Como se estar um bocadinho melhor não fosse importante! Uma pessoa está mal, tem uma depressão, se fica cheia de calores, fica pior de certeza! A ajuda pode ser uma pequena grande coisa e pode oferecer qualidade de vida!” (...)

“Fui na altura à minha ginecologista, à qual vou muito raramente. E era tendenciosa (...) Quando se ouve ‘a última coisa a fazer é reposição hormonal, é o cancro’, a pessoa não aprofunda muito. (...) Se fosse agora, perguntaria de outra forma. Eu permiti aquela resposta muito básica!”

B. 54 anos, divorciada, 2 filhos

“Tenho alturas em que durmo bem e tenho alturas em que não durmo tão bem, mas não consigo identificar a causa. Ainda há pouco tempo não dormi, devo ter adormecido às seis da manhã! Podíamos dizer que foi um dia muito stressante, com muita confusão e problemas... nada! Foi um dia calmo, muito tranquilo. (...) Mas porque é que eu não dormi? É daquelas coisas que eu não consigo identificar o porquê! (...) Não consigo entender e a médica também não consegue! (...)”

“Já fui a vários médicos. Primeiro foi a irregularidade, há mais tempo; achei estranho, fiquei preocupada. Depois a fase de corrimento, achava estranho, não tinha outro sintoma... também fui, mas não me disseram nada. (...) O último médico a que eu fui acha que é importante a compensação hormonal.”

A. 49 anos, solteira, sem filhos

“Agora estou a pensar ir ao médico e fazer mais perguntas. Aquilo que falei há pouco do gel hidratante; a médica da minha amiga falou logo nisso. A mim, o médico não disse nada! (...) Há bons ginecologistas homens, mas, nesta fase da menopausa, percebi que tenho de ir a uma médica que perceba o que estou a dizer. Que sintá!”

S. 51 anos, casada, 1 filho

Lacunas na oferta de produtos e serviços adequados

Para além do acompanhamento clínico, o estudo confirma que as mulheres se sentem sub-servidas em termos de produtos e serviços: 64% concorda muito ou totalmente com a ideia de que as marcas deveriam ser mais proativas na resposta às necessidades das mulheres na menopausa.

A maior lacuna apontada é ao nível da nutrição e suplementos. Das entrevistas, deduz-se que esta crítica está relacionada não só com a quantidade ou a diversidade de produtos disponíveis - tanto mais importantes quanto mais se recusem à toma de medicamentos -, mas sobretudo com falhas ao nível do esclarecimento e da recomendação.

É relativamente simples deduzir que a suplementação feita indiscriminadamente, ou seja, sem olhar à circunstância particular de cada mulher, tanto pode ser um risco para a saúde - pela eventual contra-indicação face à situação de saúde ou interação com medicamentos que esteja a tomar -, como um desperdício de recursos - se erra na dosagem ou no momento face ao que seria recomendável. Também neste aspeto, o que falha essencialmente às mulheres são profissionais qualificados, que saibam recomendar uma estratégia de suplementação personalizada e segura.

Aos suplementos, sucedem as categorias de produtos ou serviços relacionados com a sexualidade e o sono. O facto de surgirem mais frequentemente do que os temas relacionados com a imagem (como beleza, ou roupa), prova a extensão do mal-estar, e do espaço de melhoria, nestas dimensões da vida das mulheres.

Finalmente, em termos de exercício físico, falha a oferta, novamente pela falta de adequação às necessidades das mulheres neste período específico das suas vidas.

“Deveria haver uma clareza maior, de explicar à mulher, o teu corpo está a fazer isto, vais entrar na menopausa, é natural ter afrontamentos, é por causa disso, em termos hormonais está tudo bem. Aconselho-te isto... não, não há isso. E vamos pesquisar na net ou a uma loja. Se for a uma determinada loja, o senhor que está a atender indica-me uma coisa; se for a essa mesma loja, mas noutra sítio, a outra pessoa indica-me outra. (...). ‘Estive cá na semana passada, a sua colega mostrou-me este. O outro é melhor porquê?’ - ‘É mais recente, foi melhor estudado.’ Acabo por não trazer. Afinal de contas, o que vou tomar?”

S. 51 anos, casada, 1 filho

3 em cada 5

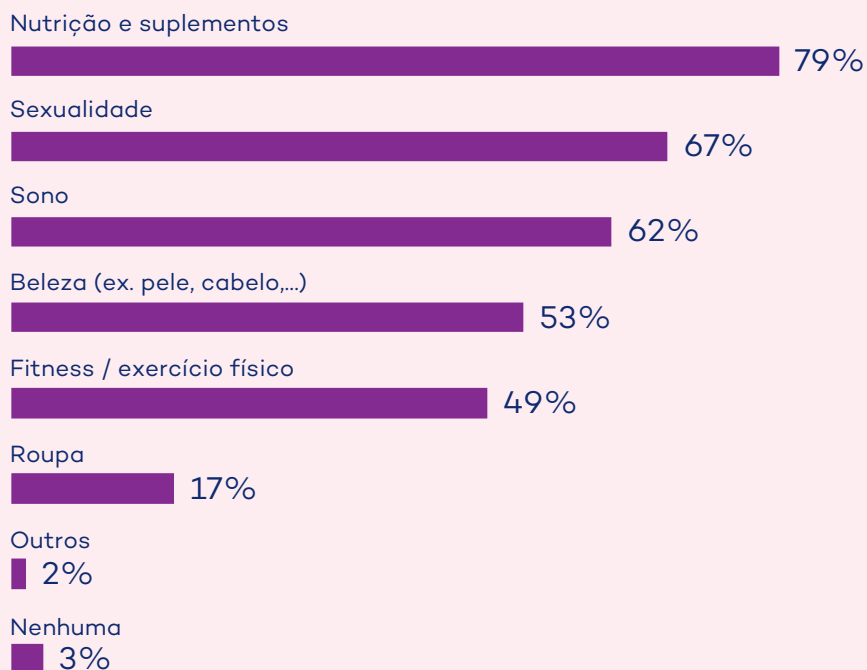
mulheres consideram que as marcas são pouco proativas na resposta às necessidades das mulheres na menopausa

N=1000



Categorias em que as marcas deveriam ser mais proativas

se admite que marcas devem ser mais proactivas
N = 851



“A minha mãe, tias, primas mais velhas, quando passaram por isto, era quase um tabu, não se falava, era uma vergonha. E para elas, mulheres, parecia que estavam a perder a sua condição de mulher. (...) Acho que foi o que aconteceu por não ter havido grupo de suporte. A minha mãe diz que foi uma coisa horrível, fartou-se de ter afrontamentos. Mas... a minha mãe é do Alentejo, eu também sou, e na minha família nunca se falou muito destas coisas. Ela nunca me disse como se sentia mesmo.”

C. 51 anos, divorciada, sem filhos





Falta de incentivo e de espaço para falar sobre o tema

As mulheres mantêm-se contidas nas conversas sobre a menopausa. Mesmo olhando apenas para as que já estão em pleno processo, percebe-se ser essencialmente com as amigas da mesma geração que escolhem falar sobre o assunto.

40% das que estão num relacionamento fala com o(a) seu parceiro(a) e, nesses casos, as conversas tendem a ser profundas. Mas o que isso revela, por oposição, é que a maioria das mulheres (60%) opta por não falar com a pessoa com quem vive sobre um tema que pode ter grandes implicações na sua vida – e, com grande probabilidade, afeta o ato sexual.

Uma boa parte das mulheres que não fala com o parceiro atribui a falta de diálogo ao desinteresse do outro, outras preferem deliberadamente mantê-lo afastado. O estudo não ausculta homens, mas há estudos que sugerem que esta atitude das mulheres pode ter efeitos indesejados. Por exemplo, num inquérito conduzido pela British Menopause Society[6], cerca de 38% dos homens admitiu sentir-se impotente para apoiar a sua mulher durante a menopausa e 28% reconheceu ter discussões por “não saber aquilo por que está a passar”. De resto, é sintomático que 30% das inquiridas que passaram pelo processo admita implicações negativas da menopausa na relação com o seu parceiro.

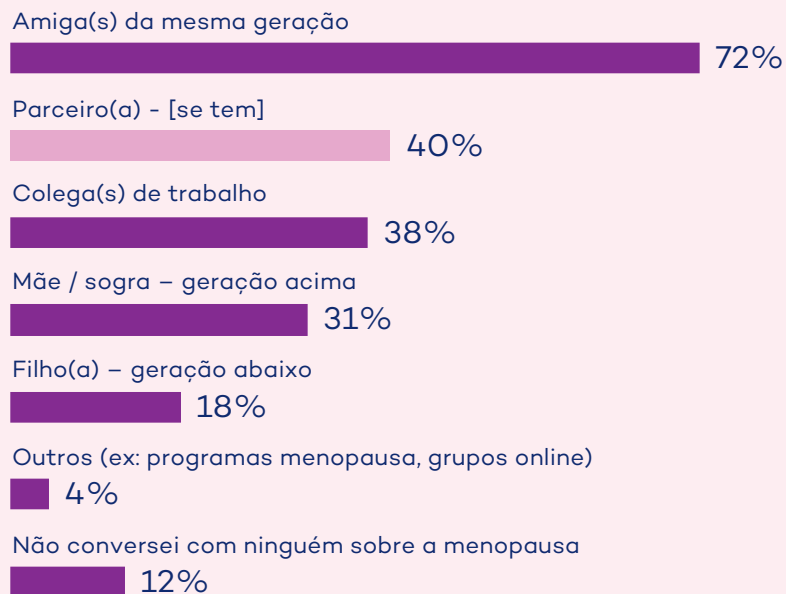
Torna-se também claro que as mães nem sempre se dispõem a apoiar as filhas. Para muitas mulheres das gerações mais velhas, a menopausa não pode ser razão de queixa – seja porque a viveram com menos sintomas e não empatizam com o mal-estar das filhas, seja porque (como em todos os temas que envolvem a vida reprodutiva da mulher) foram educadas para normalizar e viver o mal-estar sem lamúrias.

“A minha mãe nunca falou muito sobre isso, disse-me ‘mas que conversa é essa? Eu passei pela menopausa e não me queixei a ninguém!’ (...) Ficou furiosa comigo porque me estava a queixar de calores: ‘que disparate, agora queixares-te, toda a gente passa por isso!’. E não só, nunca me disse que podia ter uns calores como tenho tido, podia ter-me dito! Não digo que me matem, mas é horrível... ‘Mas dizer o quê? Isso não é nada!’.”

B. 54 anos, divorciada, 2 filhos

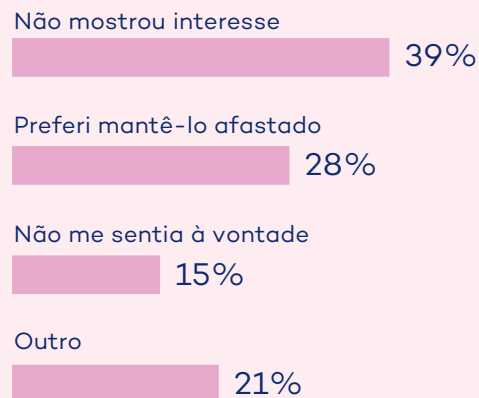
Para além de médicos, com quem conversou sobre a menopausa

mulheres em perimenopausa, 'plena menopausa' ou pós-menopausa
N = 599



Razões para não ter falado com o seu parceiro/ marido?

mulheres em perimenopausa, 'plena menopausa' ou pós-menopausa
N = 599





Vamos falar da *menopausa*

A sinalização das contrariedades que a menopausa pode reservar às mulheres não basta para as resolver. Não se resolvem problemas e desconfortos que se silenciam. É preciso falar sobre o tema e trazer toda a sociedade para a conversa. Todos são interessados.

O silêncio em torno da menopausa tem implicações de larga escala na sociedade. Há razões válidas para que toda a sociedade e, em particular, as mulheres, falem abertamente sobre o tema.

Só a consciência trará atenção (e financiamento) à pesquisa científica que precisa ser feita. E hoje, através da tecnologia, pode ser feita com uma escala e uma fiabilidade inéditas.

Só a consciência permitirá que os modelos e as condições de trabalho se adaptem a um período da vida em que as mulheres podem revelar dificuldades maiores em fazer o que sempre fizeram. Para que as suas ambições profissionais não tenham de ser reduzidas a limites mais estreitos.

Só a consciência fará que marcas e negócios percebam que as mulheres na menopausa estão sub-servidas em aspetos importantes do seu dia a dia e merecem produtos e serviços específicos.

Só a consciência pode normalizar o que sentem de estranho e recomendar uma atitude proativa de defesa ou melhoria da sua condição de bem-estar. E defender-se de riscos agravados de saúde.

Só a consciência tornará possível falar da idade mais avançada, cerca de um terço da vida da maioria das mulheres, como um espaço apetecível de conquista e crescimento.

Porquê falar?

A primeira razão, que seria bastante, é o interesse das mulheres. Não saber quando surge a menopausa, por que surge, o que pode envolver, como e durante quanto tempo pode afetar diferentes dimensões da sua vida, condena muitas mulheres a sofrimentos injustificados.

Desde logo, porque a impreparação gera dúvidas e incertezas relativamente ao que sentem e interfere na sua perceção de controlo - um fator preponderante na avaliação que se faz de qualquer experiência que envolva saúde ou bem-estar.

Para além da impreparação, decorre do estudo que as mulheres estão bastante aquém ao nível dos cuidados que têm, menos por razões de ordem económica do que por falta de recomendações ou por manterem reservas sobre tratamentos que, aos olhos da ciência e da medicina, já não se justificam. Algumas estarão a habilitar-se a doenças e problemas de saúde que poderiam ser prevenidos, mas tal supõe que tenham conhecimento que as capacite para decisões informadas sobre a sua saúde.

Junte-se o problema emocional e psicológico de ter de ultrapassar um processo tendencialmente difícil num ambiente social que lhes aconselha o silêncio e a discrição. É preciso falar, e falar sem interditos, sobre a menopausa para que não termine numa experiência sofrida, isolada e envergonhada.

A segunda razão envolve as pessoas que vivem ou lidam diariamente com mulheres na meia-idade. Maridos, pais, filhos, amigos, colegas de trabalho - qualquer pessoa que esteja na dependência ou na proximidade de mulheres que estão a passar pelo processo da menopausa deve estar ciente das suas possíveis afetações,

não apenas para melhor gerir as dinâmicas de relacionamento, mas para as poder apoiar. A vontade e a capacidade de proteger os que são próximos não são um exclusivo das mulheres.

Para a comunidade médica e científica também sobram motivos. Por mais que, nos últimos anos, tenham procurado galgar décadas de atraso na abordagem à saúde das mulheres, o esforço é manifestamente curto face à impreparação que alguns profissionais de saúde ainda revelam e face à dimensão do que já se sabe ser possível fazer para melhorar a condição de bem-estar das mulheres - da perimenopausa à pós-menopausa. A consciência dos sintomas, da sua origem e dos riscos potenciais para a saúde é essencial para incentivar a pesquisa sobre a menopausa (e, por arrasto, a saúde da população).

Finalmente, a sociedade, como um todo. Negligenciar ou abafar a experiência da menopausa tem tido repercussões que envolvem prejuízos sociais e económicos importantes. Ao nível da saúde pública, depreende-se que algumas doenças que as mulheres apresentam desproporcionalmente face aos homens em idade avançada (como osteoporose, demências ou doenças cardíacas) podem estar associadas a problemas desencadeados pela (ou durante) a menopausa. A sua prevenção é causa pública.

Percebe-se igualmente que a menopausa interfere na qualidade e na disposição para o trabalho, conduzindo a maior modéstia na ambição profissional, quando não convida à desistência. Dispensar a participação de pessoas capazes e experientes, numa fase da vida em que muitas vezes se libertam de obrigações familiares e quando lhes sobram décadas de vida pela frente, é, no mínimo, um enorme desperdício.

4 em cada 5

mulheres consideram que a menopausa é um tema pouco ou muito pouco falado na sociedade portuguesa

N=1000



Quem deve *falar*?

Uma maioria muito expressiva (93%) das mulheres não se recorda de nenhuma entidade ou marca que esteja a trazer a menopausa para a agenda pública. O SNS e o Ministério da Saúde, algumas clínicas ou hospitais privados e a Tena (marca de pensos para incontinência) estão entre as poucas entidades a quem se reconhece algum tipo de contributo, ainda assim insuficiente.

Em entrevista, foi visível a ausência de referências e a dificuldade em identificar figuras públicas que falem abertamente sobre o tema em Portugal. Na televisão, acusam, há um deserto de informação e de conteúdos sobre a menopausa. Surge um ou outro nome de mulheres (e são sempre mulheres) que se têm envolvido na consciencialização sobre a menopausa, a cujas mensagens chegam através de livros ou redes sociais (por exemplo, Cristina Mesquita de Oliveira, fundadora da VIDAs Associação Portuguesa de Menopausa e autora do livro “Descomplicar a Menopausa”).

Internacionalmente, o tema tem ganho tração nos últimos anos, muito por força de uma nova geração de mulheres com espaço mediático que, estando a passar ou tendo passado recentemente pelo processo, percebe a negligência a que é votado, e usa a própria experiência (e posição de privilégio) como uma oportunidade para educar e sensibilizar para essa experiência das mulheres. Nomes como Oprah Winfrey, Michelle Obama, Emma Thompson, Naomi Watts, Salma Hayek, Gillian Anderson, Angelina Jolie, Drew Barrymore ou Maria Shriver são exemplos de vozes que se têm juntado às conversas sobre a menopausa.

É justo referir que jornais e revistas nacionais e, sobretudo, internacionais, têm dedicado maior atenção ao tema e publicado artigos com maior frequência, alguns de bastante profundidade.

Todos estes esforços são importantes e meritórios, mas objetivamente insuficientes face à escala da ignorância com que nos confrontamos.

Na lógica da informação e da sensibilização, todas as audiências e formatos serão válidos. Nas escolas, nos locais de trabalho, em espaços culturais, em espaços comerciais, através da televisão, de podcasts, de redes sociais, de livros ou de artigos jornalísticos – o tema da menopausa pode e deve sair dos limites da informação dos cuidados de saúde. E se as mulheres são as primeiras destinatárias, não devem ser as únicas. Só assim a sociedade despertará para o tema.

Na lógica do apoio a mulheres que estão a passar pela experiência, exige-se mais empenho e imaginação. Se alguma coisa se percebeu das entrevistas feitas foi que as mulheres não querem ser apenas ouvintes; querem ser interlocutoras, falar da sua experiência e encontrar alívio em diálogos. Nem todas o quererão fazer através de plataformas online ou em modo de partilha com uma comunidade de desconhecidas. Para algumas mulheres, a privacidade e a discrição mantêm-se importantes.

Por último, devem reconhecer-se os riscos que sempre envolvem a mediatização. O primeiro, é poder sugerir que a menopausa é uma patologia e não um processo biologicamente natural. Essa seria uma narrativa fértil para pensamentos polarizados, em que de um lado se assume que é sempre necessário o tratamento médico e, do outro, a resistência a qualquer intervenção – quando todas as mulheres passam por um processo diferente, e se umas são altamente afetadas outras vivem-no suavemente. O segundo risco é o do marketing predatório. O mercado da menopausa promete ser gigantesco e as mulheres podem tornar-se presas fáceis de empresas menos escrupulosas.



93%

Não reconhece em nenhuma entidade ou marca de consumo um especial contributo para trazer a menopausa para a agenda pública

N=1000

falar sobre o quê?

Do estudo, resulta óbvio que continua a faltar às mulheres um ‘guia para navegação na menopausa’ que, pelo menos, esclareça sobre temas de saúde e bem-estar – processos de diagnóstico, sintomas possíveis (e não apenas prováveis), cuidados recomendáveis de estilo de vida, de alimentação e de exercício físico, terapias mais ou menos aconselháveis, implicações de longo prazo da menopausa –, que hoje é um exclusivo de mulheres com a possibilidade ou a sorte de serem acompanhadas por profissionais de saúde mais disponíveis ou diligentes.

Sem invalidar a relevância desse tipo de informação, há um tema merecedor de destaque, pelo pouco que dele se sabe e pelo muito que parece afetar diferentes dimensões da vida das mulheres: a perimenopausa.

Ao contrário da menopausa, a perimenopausa não é facilmente diagnosticável, começa antes (e, nalguns casos, muito antes) de se chegar à menopausa e, segundo o estudo, é a fase que mais desconforto pode envolver – com a agravante de a grande maioria das mulheres desconhecer a sua existência e, portanto, não suspeitar da relação entre a turbulência e o mal-estar que sente e o seu desequilíbrio hormonal.

À data, sabe-se que a perimenopausa pode estar associada a mais de 30 sintomas diferentes, desde a perda de cabelo à dormência dos lábios e da língua. Algumas mulheres relatam ter sentido pela primeira vez na vida depressão e impulso para o suicídio. E, dizem especialistas, é bem possível que a panóplia de sintomas não seja inteiramente conhecida.

Estudos recentes dão nota de mulheres a quem, por ignorância, médicos repetidamente falharam no diagnóstico da transição para a menopausa e que, por isso, tiveram de passar por inúmeras consultas até serem corretamente

diagnosticadas ou viram o seu problema resolvido pela lógica do tratamento do sintoma e não da sua causa – o que, podendo ser válido, nem sempre é a abordagem mais correta.

Para além dos aspetos estritos de saúde, impõe-se falar de perimenopausa por ser uma fase central da vida das mulheres. Ao contrário dos homens, existem na vida das mulheres marcos concretos e objetivos que sinalizam o fim de uma fase e a entrada noutra; são marcos fisicamente visíveis e transportam cargas simbólicas importantes. A menopausa, tal como a menarca (a primeira menstruação) é um desses marcadores e a perimenopausa é a viagem que conduz a uma nova fase da vida da mulher. O problema está em fazê-la debaixo de uma cultura que considera que o destino lhe reserva um lugar de perda – de energia, de beleza, de libido e, no limite, de função social.

Na verdade, a menopausa só pode ser seriamente discutida subindo ao degrau em que se consegue ler o lado mais profundo das experiências. É a própria identidade que a menopausa parece questionar, mas a que lhe sucede não é apelativa por se perpetuarem preconceitos em torno do envelhecimento.

Negar que a menopausa envolve mudanças físicas que contradizem a ideia de juventude não parece ser o caminho, na medida em que se torna difícil inverter essa tendência. Em alternativa, propõe-se que o seu significado seja reescrito e construído como uma ‘fase de transição e aceitação’ para um lugar diferente, que guarda espaço para a conquista e o crescimento.

Deixe-se esta inspiração: em 2021, um dicionário de árabe online alterou a descrição de menopausa de “era do desespero” para “era de renovação”. Um passo tardio, mas certo.



55%

Das mulheres em 'plena menopausa' ou pós-menopausa sente que a menopausa impactou a forma como se vê, como pessoa ou como mulher

N=498

Anexos

Trabalho de Campo

Estudo Qualitativo

AMOSTRA TOTAL:

No total, participaram 8 mulheres

UNIVERSO:

Mulheres com idades compreendidas entre os 48 e os 60 anos, em diferentes fases do climatério e todas com sintomatologia associada à menopausa, pertencentes ao Painel Global IPSOS-APEME.

METODOLOGIA:

Foi adotada uma metodologia de natureza qualitativa, através da realização de entrevistas presenciais em casa, com uma duração média de 2h.

TRABALHO DE CAMPO:

Realizado entre 4 e 11 de dezembro de 2023

Estudo Quantitativo

AMOSTRA TOTAL:

1000 mulheres (estabelecida uma quota mínima de 50% de mulheres nas fases de Menopausa ou de Pós-menopausa)

UNIVERSO:

Mulheres representativas da população portuguesa dos 45 aos 60 anos.

METODOLOGIA:

Foi realizado um estudo quantitativo a 1000 mulheres através da aplicação de um questionário online junto do painel Netsonda

TRABALHO DE CAMPO:

Realizado entre 19 e 31 de maio de 2023

Caracterização da amostra

Idade	
45 a 49 anos	35%
50 a 54 anos	37%
55 a 60 anos	28%

Habilitações formais	
Ensino Básico: 5º a 9º Ano Atual	4%
Ensino secundário: 10º a 12º Ano Atual	36%
Curso médio/politécnico	9%
Ensino superior: Licenciaturas/ Doutoramentos	51%

Número de filhos	
0	19%
1	35%
2	37%
3 ou mais	9%

Agregado	
1 pessoa	11%
2 pessoas	28%
3 pessoas	33%
4 pessoas	23%
5 ou mais pessoas	5%

Fase do Climatério	
Pré-menopausa	18%
Possível perimenopausa	22%
Perimenopausa	10%
Menopausa	32%
Pós-menopausa	18%

Região	
Litoral Norte	15%
Interior Norte	14%
Grande Porto	15%
Litoral Centro	15%
Grande Lisboa	30%
Sul	11%

Rendimento médio líquido do agregado	
Menos de 500€	2%
De 501 a 750€	4%
De 751€ a 1000€	13%
De 1001€ a 1200€	9%
De 1201€ a 1500€	15%
De 1501€ a 2000€	21%
De 2001€ a 3000€	20%
Mais de 3000€	8%
Ns/Nr	9%

Como classifica o rendimento?	
Bastante abaixo das necessidades do agregado	9%
Abaixo das necessidades do agregado	46%
Adequado à necessidades do agregado	43%
Acima das necessidades do agregado	2%

Tem seguro, ou pertence a algum subsistema de saúde?	
Sim, tenho seguro	41%
Sim, pertenço a um subsistema de saúde	28%
Não	31%

Referências

Estudos citados ao longo do texto

- [1] Infrequently asked questions, Tena, 2022; N=6000
- [2] The state of menopause 2023, Bonafide; 2023 N=2000
- [3] The state of menopause 2022, Bonafide; 2022 N=2000
- [4] Menopause accelerates biological aging, Levine M.E., Lu A.T., Chen B.H., Hernandez D.G., Singleton A.B., Ferrucci L., Bandinelli S., Salfati E., Manson J.E., Quach A., et al., 2016; N=3100
- [5] Mosconi, L., Berti, V., Dyke, J. et al. Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Sci Rep* 11, 10867, 2021
- [6] The British Menopause Society: Data on file. British Menopause Society online survey in the UK conducted by Edelman Intelligence on behalf of The British Menopause Society, 2017
- [7] Sexual problems at midlife, The North American Menopause Society (NAMS),
- [8] Menopause in the workplace report, Elektra Health, 2022; N=2000
- [9] Impact of Menopause Symptoms on Women in the Workplace, Mayo Clinic, 2021; N=5219
- [10] Menopause, the gut microbiome, and weight gain: correlation or causation? , Sarah L Becker, JoAnn E Manson, 2020, *The Journal of the Menopause Society*
- [11] Menopause: Nutrition and Weight Gain, British Menopause Society, 2023
- [12] The Perimenopause Study, Wild Nutrition, 2022
- [13] Menopause: diagnosis and management, NICE guideline [NG23] Published: 12 November 2015, Last updated: 05 December 2019
- [14] Common Misdiagnoses, Newson Health & Research, 2019. N=5000
- [15] Menopause Care for Women, Dr Louise Newson x Primary Care Women's Health Forum, 2019; N=2920
- [16] 'A menopausa não é um fardo que a mulher tem de carregar', *Jornal Médico dos Cuidados de Saúde Primários*, 2023

Bibliografia

Principais relatórios e livros consultados

M.T. O'Neill, V. Jones and A. Reid, 'Impact of menopausal symptoms on work and careers: a cross-sectional study', published by Oxford University Press on behalf of the Society of Occupational Medicine

Stephanie S. Faubion, Felicity Enders, Mary S. Hedges, 'Impact of Menopause Symptoms on Women in the Workplace', Mayo Clinic Proceedings, 2021

The British Menopause Society, 'Menopause: Nutrition and Weight Gain', 2023

Fenton A., 'Weight, shape, and body composition changes at menopause'. J. Midlife Health. 2021;12:187–192. doi: 10.4103/jmh.jmh_123_21

Grose, J. (2021), 'Why Is Perimenopause Still Such a Mystery?', The New York Times

Samuels, A. (2023), 'Now's The Time to Bring Up Menopause At Work', TIME

Edelstein, J. (2022), 'Feeling Nervous About Menopause? These Trailblazers Are Here to Help', Oprah Daily

Mirpuri I. (2019), A Mulher e as Hormonas, Edição de autor

Secção Portuguesa da Menopausa (2021), Consenso Nacional Sobre Menopausa

Women and Equalities Committee (2022), Menopause and the workplace

Autoria e Coordenação Geral

Return On Ideas

Research e Análise

Return On Ideas

Consultoria Científica

Dr. Joaquim Neves

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

Estudos de Mercado Qualitativos

Ipsos Apeme

Estudos de Mercado Quantitativos

Netsonda

Design Gráfico

C-Studio

Data de publicação

Junho 2024

AVISO LEGAL:

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores e não da Wells. A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada à Wells. A presente análise contém referências a iniciativas e imagens que não são propriedade da Return On Ideas ou da Wells, sendo tais referências feitas a título meramente ilustrativo.



