

Medicalização e construção social da menopausa: impactos na experiência e produção de significados por parte das mulheres

Beatriz Marcos de Jesus

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto

novembro de 2022

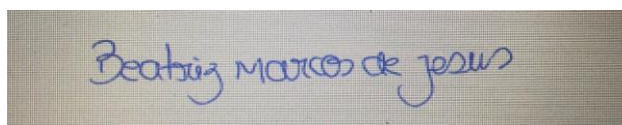
Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Beatriz Marcos de Jesus, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 10088 de/o Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 29 /11 /2022



Beatriz Marcos de Jesus

Folha em branco

Agradecimentos

A presente investigação, é a prova de que com trabalho, empenho e dedicação tudo se consegue. No entanto a realização desta tese não seria possível sem o apoio e ajuda de pessoas muito especiais. Assim, pretendo agradecer a quem de forma direta ou indireta, contribui para o culminar desta etapa.

Em primeiro lugar, agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, que desde o início desta caminhada universitária, se mostrou ser, para além de uma excelente professora, uma mulher de valores. Obrigada por todos os conhecimentos transmitidos, pela disponibilidade e apoio constantes, mas também pela exigência e pelo incentivo, que foram fundamentais para prosseguir o estudo de forma consistente.

Agradeço também a todos os professores, não apenas do mestrado, mas de todo o meu percurso académico ao longo destes cinco anos, que contribuíram para o alargamento dos meus conhecimentos e da minha formação, mas que essencialmente permitiram o nascimento de uma socióloga.

O meu profundo agradecimento às vinte mulheres, pela disponibilidade, pela confiança depositada e pela amabilidade e empatia, pois para além de me terem aberto a porta das suas casas, abriram também as suas vidas ao partilharem as suas experiências, tendo sido o seu contributo fundamental para a realização desta dissertação.

Agradeço aos meus amigos, principalmente aqueles que ouviram os meus desabafos durante esta fase da minha vida académica e pessoal. Obrigada por todo o apoio e motivação, mas também pela permanência ao meu lado ao longo desta etapa, sem vocês teria sido difícil continuar.

À minha família e ao meu namorado, obrigada por todo o carinho, apoio, paciência, por nunca me terem deixado desistir e por acreditarem sempre que seria capaz de chegar até aqui.

O meu maior e mais especial agradecimento, vai para os meus pais, que apesar de todos os esforços, tornaram possível a minha formação a nível académico e pessoal. Um

obrigado não chega pelo apoio incondicional e pela compreensão em todos os momentos.

A todos e todas, que de uma forma ou de outra me ajudaram e apoiaram na realização da minha dissertação, um enorme bem-haja!

Folha em branco

Resumo

Ao longo dos anos, acontecimentos naturais, próprios do desenvolvimento humano, como a gravidez, o parto, a infelicidade, o envelhecimento e a morte passaram a estar sob o escrutínio e controlo médico. Passámos a tomar como natural o facto de precisarmos de cuidados de saúde de rotina, o que, de certo modo, veio retirar a autonomia aos indivíduos para lidarem com a dor e o sofrimento. O corpo feminino foi sempre mais medicalizado, quando comparado com o corpo masculino, pois a medicina, apropriava-se dele como objeto de saber, principalmente no que dizia respeito à sua sexualidade e reprodução. Esta medicalização advinha sobretudo da ideia de que o corpo da mulher era sinónimo de doencificação, uma vez que a medicina tinha o poder de transformar questões fisiológicas em doenças, assim a gravidez e a menopausa eram entendidas como patologias, a menstruação era associada a distúrbios crónicos e o parto tornou-se um evento cirúrgico. A menopausa é uma das fases do ciclo reprodutor da mulher, mais propriamente a cessação da menstruação que leva à perda da fecundidade, e, como tal, também se viu sob alçada do olhar biomédico. Definida como doença, devido à redução de estrogénios, a toda a sintomatologia que lhe está associada, bem como às complicações de saúde que podem surgir no pós-menopausa, esta fase foi alvo de medicalização, através de terapia de reposição hormonal, a qual acarreta inúmeros riscos. O discurso pejorativo estimulado pela medicina em torno da menopausa, acaba por gerar uma perceção negativa sobre esta fase. Impondo-se como uma das etapas mais temíveis, a menopausa apresenta-se como uma fase de perdas, colocando a autoimagem das mulheres em causa. Numa sociedade em que os padrões de feminilidade estão enraizados em princípios de juventude, beleza, fertilidade e sexualidade, a mulher irá ser confrontada com o seu novo “eu”. A perceção da menopausa varia de mulher para mulher, consoante os contextos sociais e as biografias individuais, o que estimulará a produção de significados diferentes entre si. É neste sentido que se torna importante olhar além da definição biomédica da menopausa e estudá-la como um fenómeno social, como tal a presente investigação visa analisar os impactos da construção social e da medicalização da menopausa na vida das mulheres.

Procedeu-se a uma revisão de literatura com particular enfoque na análise sociológica dos seguintes temas: a tese da medicalização, o controlo social do corpo feminino e a definição biomédica de menopausa; e a construção social da menopausa, significados culturais e sociais da menopausa e os impactos trazidos por esta fase. Uma vez que se pretendeu analisar a forma como as mulheres constroem a menopausa, e os seus

pontos de vista quanto ao impacto desta fase sobre si mesmas e na vida cotidiana, dando voz e analisando as suas perspectivas enquanto mulheres ativas na construção da realidade através da atribuição de significados ao social. Adotou-se um enfoque metodológico de âmbito qualitativo, tendo sido realizadas 20 entrevistas semiestruturadas individuais. No que diz respeito aos principais resultados obtidos com a investigação, destacamos que a forma como as mulheres constroem a menopausa e os significados que lhe atribuem surgem sobretudo da interação entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, as suas observações e experiências pessoais, assim como da inter-relação de diferentes formas de conhecimento e de saber interrelacionados, como o saber biomédico e o social. A construção que as mulheres fazem da menopausa, influencia a perceção que estas têm sobre a sua própria experiência individual, como a sua feminilidade, a sua sexualidade, a sua perda da fertilidade, a sua autoestima, mas também o impacto que esta fase causa na vida profissional e conjugal.

Palavras-chave

Menopausa;mulher;medicalização;TRH;construção
feminilidade; fertilidade; sexualidade

social;envelhecimento;

Folha em branco

Abstract

Along the years, natural events, proper of the human development, such as pregnancy, childbirth, unhappiness, agedness and death came under medical scrutiny and control. It became normality the requirement of routine medical care that in a way, withdrew the individual autonomy to handle pain and suffer. The feminine body has always been more medicated, when compared with the masculine one, since medicine seized it as a knowledge object, mainly in what concerns sexuality and reproduction. These medications accrue mostly from the idea that the female body was a synonym of sickness, since medicine had the power to turn physiological questions into diseases. In this way, pregnancy and menopause were understood as pathologies, menstruation was linked to chronical disturbs and childbirth became a chirurgical event. Menopause is one of the phases of female reproduction cycle, more precisely the ceasing of menstruation that leads to loss of fecundity, and, as such, also saw itself under the remit of biomedical look. Defined as disease, due to estrogenic reduction, all the symptoms associated, and the health complications that may follow the post menopause, it was target of medication, through therapy of hormonal reposition, which brings a various number of risks. The pejorative speech stimulated by medicine around menopause, generates a negative perception on this phase. Imposing itself as one of the most feared phases, menopause presents itself as a loss phase, putting the self-image of a woman in cause. In a society where the pattern of feminism is unrooted in youth principles, beauty, fertility and sexuality, women will be confronted with its new "self". Menopause perception varies from women to women, according the society contexts, and the individual biographies, which stimulates the different meanings amongst themselves. In this sense, it becomes important to look behind the biomedical definition of menopause by studying it as a sociological phenomenal, as such, the present investigation, pretends to analyse the impacts of the social construction and medicalization of menopause in women life.

A literature review was performed, with focus in a sociological analyse in the following topics: the medicalisation thesis, the social control over the female body and the biomedical definition of menopause; and the social construction of menopause, cultural and social meaning of menopause and the carried impacts for this phase. Once it was intended to analyse the way women build menopause, and its points of view in the impact of this phase on their own and their quotidian life, by giving voice and analysing their perspectives as active women in the construction of reality through the meaning attribution of social. A methodological focus of the qualitative ambit was adopted,

being performed a total of 20 individual semi structured interviews. In what concerns the principal results obtained with the investigation, we highlight that the way women build menopause and the meanings that are attributed to it emerge mostly of the interaction between the specialists influences, the social and cultural influence, their observations and personal experiences, as well as the interrelations of the different ways of knowledge and interrelated savvy, as the biomedical and social knowledge. The construction that the women do of menopause influences the perception that they have on their own personal individual experience, such as its feminine, sexuality, loss of fertility, their self-esteem, but also the impact that this phase causes in the professional and marital life.

Keywords

Menopause;women;medicalisation;HRT;social construction;aging;femininity;fertility;sexuality

Folha em branco

Índice

<i>Introdução</i>	1
<i>Parte I: Enquadramento teórico</i>	4
<i>Capítulo 1: Críticas ao modelo biomédico: A tese da medicalização</i> ..	4
1.1. A medicalização enquanto fenómeno sociológico	4
1.1.1. A perspetiva de Ivan Illich.....	6
1.1.2. A perspetiva de Michel Foucault	9
1.2. A medicalização e o controlo social do corpo feminino	11
1.3. A menopausa enquanto fenómeno social	14
1.4. A definição biomédica da menopausa	16
1.4.1. Os sintomas	17
1.4.2. A medicação destinada à menopausa.....	18
1.4.3. Os riscos da medicação e as complicações de saúde	21
<i>Capítulo 2: A construção social da menopausa</i>	22
2.1. Significados sociais e culturais da menopausa	22
2.2. A perspetiva crítica das feministas	24
2.3. O confronto com os impactos da menopausa.....	26
2.3.1. A perda da feminilidade.....	26
2.3.2. A perda da fertilidade	29
2.3.3. A questão do envelhecimento feminino	31
2.3.4. Sexualidade e vida conjugal	32
2.3.5. Vida profissional	35
2.4. A menopausa precoce.....	36
<i>Parte II: Investigação empírica - da metodologia à análise dos dados</i>	39
<i>Capítulo 1: Do desenho da pesquisa à recolha</i>	39
<i>dos dados empíricos</i>	39
1.1. Questões, objetivos de investigação e seleção dos	39
participantes.....	39
1.2. Opções metodológicas	40
1.3. Modelo de análise	43
1.3.1. Explicitação do modelo de análise.....	43
1.4. Técnica de recolha de dados.....	44
1.4.1. Questões éticas	48

1.5. Descrição do contexto da pesquisa	49
1.5.1. Caracterização das entrevistadas	49
Capítulo 2: Análise e interpretação dos dados	51
2.1. A autoavaliação de si e do seu percurso de vida	51
2.1.1. O confronto com o processo de envelhecer e a capacidade de projetar futuros	56
2.2. Menopausa – da construção social à experiência individual.....	60
2.3. Medicalização da menopausa	95
Considerações Finais.....	112
Bibliografia	118
Anexos	125
Anexo I – Guião da entrevista às mulheres em processo de menopausa	125
Anexo II – Ficha de caracterização das entrevistas	127
Anexo III – Declaração de consentimento informado	128
Anexo IV – Sinopse das entrevistas.....	131

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de análise	44
--	----

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1. Variáveis de caracterização sociodemográficas das entrevistadas

Folha em branco

Lista de Acrónimos

TRH	Terapia de Reposição Hormonal
INE	Instituto Nacional de Estatística
AVC	Acidente Vascular Cerebral

Folha em branco

Introdução

A medicalização da vida tem vindo a ser discutida como um processo particularmente masculinizado e patriarcal, dado se ter focado de modo particular na medicalização da mulher, do seu corpo e das suas funções reprodutivas. No caso específico da menopausa, esta deixou de ser vista como uma fase natural da vida reprodutiva da mulher, tornando-se não apenas um marcador da velhice, mas também uma doença que necessita de intervenção médica e farmacológica. Assim sendo, e de forma a dar resposta a todas as alterações a nível corporal e hormonal, surge a terapia de reposição hormonal, que visa restabelecer a produção de estrogénios, assim como aliviar e atenuar sintomas que surgem durante esta fase. No entanto, esta terapia, para além de acarretar riscos ao organismo da mulher, também pode ser entendida como exercendo um controlo social sobre o corpo feminino, na medida em que se pretende medicar mais uma vez, uma fase natural da vida da mulher. O discurso médico, ao medicalizar a menopausa, tem formatado a perceção que as mulheres têm à cerca desta fase, o que também tem contribuído para a sua construção social.

Não obstante uma dada construção social, imbuída de significados mais ou menos comuns, a menopausa não é compreendida por todas as mulheres de igual forma, uma vez que cada mulher tem a capacidade de lhe atribuir significados diferentes consoante o contexto social e as biografias particulares, gerando experiências individuais também elas distintas. Esta fase, apresenta-se muitas das vezes como uma das mais temíveis da vida da mulher, pois para além de ser associada de forma evidente ao envelhecimento, também estão em jogo outros significados, como a perda da feminilidade, da fertilidade e o estigma referente à sexualidade. A mulher, ao entrar na menopausa, é confrontada com inúmeros preconceitos e ideias pré-concebidas, pois como é uma etapa associada ao envelhecimento existe a noção de que perde a sua feminilidade porque já não é jovem e atraente. Deixando de ser jovem, perde também a sua capacidade reprodutora, o que por sua vez leva à ideia de que deixando de ser fértil deixa também de ser sexualmente ativa. No entanto, para além destas dimensões que acabam por afetar a autoestima da mulher e a sua autoidentidade, a menopausa tem também impacto no que diz respeito à vida profissional e conjugal, sendo na última onde existe uma maior incompatibilidade.

Deste modo, e tendo em conta todos os aspetos mencionados anteriormente, torna-se importante, e necessário, que sejam desenvolvidas pesquisas que olhem além da definição biomédica da menopausa, analisando-a como um fenómeno social, onde se

procurem identificar os impactos pessoais sentidos pelas mulheres, tanto no que diz respeito à medicalização como à construção social da menopausa, contribuindo não só para o conhecimento científico, mas também para as escolhas informadas das mulheres que experienciam a menopausa. Por outro lado, é também importante alargar esta informação/ discussão aos indivíduos que as rodeiam, nomeadamente cônjuges, familiares e colegas de trabalho, no sentido de ajustarem comportamentos, de forma a minimizar os impactos negativos trazidos por esta fase. E é neste contexto que surge o estudo da presente dissertação de mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, que tem como tema “Medicalização e construção social da menopausa: impactos na experiência e produção de significados por parte das mulheres”.

Tendo tudo isto em conta e numa fase inicial, decorrente da reflexão em torno do objeto de estudo e de leituras preliminares, surgiram alguns dos questionamentos da investigação, nomeadamente: O que é para as mulheres a menopausa? Como é que a menopausa altera a vida das mulheres? Será a via da medicalização uma boa solução para esta fase natural da vida? Em que medida a Terapia de Reposição Hormonal será a resposta para a menopausa? Terá a medicalização da menopausa riscos? Qual a construção social que as mulheres fazem da menopausa? E quais os significados que lhe atribuem? A menopausa é percebida por todas as mulheres da mesma forma? Estará a menopausa associada de forma inevitável ao envelhecimento feminino? De que forma a perda de fertilidade causará impacto na vida de uma mulher na menopausa? A ideia de perda de feminilidade afetará a autoestima da mulher? Será que a menopausa tem impacto na vida conjugal? E a nível profissional? Em suma: Em que medida a construção social e a medicalização da menopausa têm impacto nos modos como as mulheres experimentam esta fase da sua vida?

Tendo estes questionamentos em conta, delineámos os seguintes objetivos de investigação: como objetivo geral, conhecer os impactos da construção social e da medicalização da menopausa na vida das mulheres; e como objetivos específicos pretendemos compreender qual a perceção das mulheres quanto à medicalização desta fase da vida; compreender quais os significados culturais, sociais e médicos que as mulheres atribuem à menopausa; compreender em que medida esses significados medeiam a sua experiência da menopausa; e perceber de que forma esses significados orientam as suas escolhas/estratégias para gerir esta fase da sua vida.

A dissertação encontra-se organizada em duas grandes partes, a primeira é constituída pelo enquadramento teórico, onde é feita a revisão da literatura. Esta parte conta com dois capítulos. No primeiro, faz-se um enquadramento sobre as críticas ao modelo

biomédico, mais propriamente a tese da medicalização, e como esta pode exercer um controlo social sobre o corpo feminino; a isto soma-se a questão central, a menopausa enquanto fenómeno social; de modo a encerrar o capítulo, fez-se uma definição biomédica da menopausa, onde se esclarecem os sintomas associados a esta fase, o tipo de medicação destinada à menopausa, e por fim quais os riscos que a medicação acarreta, assim como as complicações que esta fase pode causar na vida das mulheres. No segundo e último capítulo, abordamos a construção social da menopausa, isto é, os significados culturais e sociais que são produzidos sobre esta fase, a perspetiva crítica das feministas e o confronto com os impactos da menopausa, a isto soma-se a perda da feminilidade e da fertilidade, a questão do envelhecimento e da sexualidade, bem como o impacto que esta fase causa na relação conjugal e na vida profissional; por último, e de modo a encerrar o enquadramento teórico, faz-se referência à menopausa precoce, pois ao avançar para a recolha de dados deparámo-nos com duas mulheres que experienciaram a menopausa antes dos 45 anos. Já a segunda parte da dissertação diz respeito à investigação empírica, e encontra-se dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo, é feito o desenho da pesquisa desde a recolha de dados até à análise das entrevistas, justificando todo o protocolo metodológico adotado, sendo ainda feita a contextualização da pesquisa e a caracterização das participantes no estudo. E no segundo, procedemos à análise e discussão dos dados. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

Parte I: Enquadramento teórico

Capítulo 1: Críticas ao modelo biomédico: A tese da medicalização

1.1. A medicalização enquanto fenómeno sociológico

No século XIX, surgem as maiores críticas ao Modelo Biomédico, preconizadas essencialmente por autores das ciências sociais, nomeadamente por Ivan Illich. A primeira grande crítica, denomina-se tese da medicalização, no entanto, Illich preconiza o conceito de medicalização da vida, definindo como sendo o processo pelo qual os médicos ocupam e tratam problemas que dizem respeito ao bem-estar humano, tais como a gravidez, o parto, a infelicidade, o envelhecimento e a morte, passando agora a estarem sob alçada e controlo médico. Deste modo, as pessoas tomam como “natural” precisarem de cuidados médicos de rotina apenas porque estão grávidas, porque são recém-nascidos ou crianças, por estarem em idades de transição ou porque são idosas. A vida deixa assim de ser uma sucessão de diferentes formas de saúde, e passar a ser uma sequência de períodos que exigem formas particulares de consumos terapêuticos (Illich, 1975).

Consoante Ferrazza & Peres (2016), as críticas ao processo de medicalização da sociedade surgem quando intelectuais como Illich e Foucault, refletiram sobre a expansão das práticas e discursos médicos em toda a sociedade, através da definição de novos diagnósticos, da formação de novos medicamentos, do surgimento de novas técnicas de intervenção terapêutica e a criação de novas áreas de pesquisa, tais como a genética, a imunologia e a biotecnologia.

O conceito de medicalização surgiu no final dos anos 60, pois ao longo do tempo a medicina tem-se apropriado dos modos de vida do homem, o que veio despoletar um grande interesse no que diz respeito aos estudos críticos no âmbito da sociologia da saúde (Conrad, 2007). Apesar de estarmos perante um termo descritivo que serve para indicar que algo “se tornou médico”, múltiplos autores utilizam-no com o intuito de tecer uma crítica negativa ao excesso de medicalização, uma vez que a medicina se apropriou de áreas que não lhe pertenciam, o que veio gerar de certo modo alguns conflitos (Gaudenzi & Ortega, 2012), pois viram-se envolvidas inúmeras questões epistemológicas, filosóficas, sociais, políticas e culturais (Ferrazza & Perez, 2016).

Assim, a noção de medicalização passa pelo facto de a medicina se tentar apoderar de questões relacionadas com a existência humana, com o principal objetivo de os

transformar em questões de natureza médica, subjugando-os a processos de normatização dos corpos, das suas experiências sociais e sexuais. Desta forma, e através de tecnologias e estratégias inovadoras, a medicina irá influenciar a *“construção de conceitos, normas, regras de higiene, costumes e comportamentos alimentares, sexuais e sociais prescritos para governar a vida dos homens e das mulheres em processos de gerenciamento humano e controle biopolítico”* (Ferraça & Perez, 2016; p.18).

Ilich (1975) descreve a cultura da medicalização, voltando as suas investigações principalmente para a sociedade, tendo como foco uma aproximação de base macrossociológica. O autor preocupa-se com o facto de os agentes sociais perderem a sua autonomia e tornarem-se essencialmente dependentes das práticas médicas, para alcançarem um estado de completo bem-estar a nível de saúde. Assim, de forma a obterem uma verdadeira satisfação, devem ultrapassar a ideia de que necessitam de intervenção profissional e sobretudo agir contra o consumo excessivo da medicina moderna. Todavia, apesar de não utilizar constantemente o conceito de medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a sociedade em geral, são compreendidos e encaminhados por meio da medicina (Foucault, 2008).

O processo de medicalização social não se tornou uma questão pessoal, mas sim uma prática a nível social, isto é, inicialmente, o investimento era feito apenas e só sobre o indivíduo, através da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as percepções e as ideologias. Neste sentido, o autor, associa ao processo de medicalização, a categoria de um biopoder, uma vez que, o desenvolvimento do poder sobre a vida, é exercido sobre os corpos por meio de uma tecnologia de controlo (Foucault, 2008). Deste modo, o ponto-chave da medicalização é a definição (Conrad, 1992), isto é, *“quando um problema conquista uma definição médica, descrito a partir da linguagem médico científica, entendido através da racionalidade médica, e tratado por intervenções médicas”* (Gaudenzi & Ortega, 2012; p.24).

A princípio, o foco dado à questão pelos sociólogos centrou-se na medicalização do desvio, onde estavam incluídos comportamentos desviantes como: o alcoolismo, os problemas mentais, as perturbações alimentares, a homossexualidade, a criminalidade, a disfunção sexual, as complicações de aprendizagem, os abusos sexuais, entre outros. (Conrad, 1975). O principal objetivo da medicalização, centrou-se em demonstrar como determinados comportamentos que até então eram categorizados como desviantes,

passaram a ser definidos sob uma perspectiva médica (Conrad & Schneider, 1980). No entanto, para além dos comportamentos imorais, também processos naturais, como a menstruação, a menopausa, o envelhecimento e a morte, tornaram-se fenómenos sujeitos à medicalização e apropriação médica (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Duas das grandes inspirações, que estimularam o desenvolvimento das investigações sobre a medicalização e o controlo foram, a teoria do rótulo (labeling theory) e o trabalho de Talcott Parsons, com a sua definição da medicina como uma instituição de controlo social (Conrad, 1992). Parsons, conhecido como um dos pais do estrutural funcionalismo, procurou os significados que a sociedade atribui à área da saúde e investigou o papel da medicina, este que para além de se apresentar como um conjunto de técnicas e práticas, exerce também forças de controlo e regulação social (Parsons, 1951).

O objetivo principal de Parsons e da sua teoria, era atingir a manutenção e o equilíbrio das sociedades, assim sendo, a doença, era nada mais nada menos que uma forma de desvio, e como tal, a medicina como detentora do controlo e da regulação social, tinha então o dever de lutar contra as doenças. O autor, marca a sua posição e defende que o controlo social exercido por parte da medicina, acontece sobretudo, por recurso da administração e reintegração dos doentes na sociedade (Parsons, 1951). *“Através dos conceitos de “papel social” e “papel de doente” (sick role) o autor desenvolveu a ideia de que o papel social de doente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que definem as normas e os valores apropriados ao doente e aos indivíduos que interagem com ele. (...) A ideia que está por trás desse esquema é a de curar os doentes, sendo a cura sinónimo de normalidade. O desvio deve ser reprimido, e os indivíduos devem ser medicalizados e normalizados”* (Gaudenzi e Ortega, 2011; p.25).

1.1.1. A perspetiva de Ivan Illich

Illich, defende que a medicalização na modernidade, evidencia a dificuldade que os agentes humanos têm em manter a autonomia, pois as instituições médicas assumiram um compromisso de cuidar da dor, motivando que o seu significado íntimo e pessoal desse origem a um problema técnico/ científico. O autor, em 1975, no livro “Nêmesis da Medicina”, atira uma forte crítica à medicina moderna, realçando que a tese da medicalização está associada a um “imperialismo médico”, termo este que se refere ao facto de a medicina exercer uma supervisão sob todos os aspetos da vida. De modo a justificar a sua argumentação, o autor recorre à noção de iatrogénese para se referir ao aumento de doenças incitadas e desenvolvidas pela medicina. Assim, surge uma

contrariedade, uma vez que o sistema médico, criado para proteger a saúde, estava por sua vez a produzir doenças. (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Illich, segue com a noção de iatrogénese, no entanto esta já existia mesmo antes do autor a abordar, mas só apenas em termos médicos, por exemplo quando um medicamento é direcionado para uma causa e acaba por desencadear efeitos secundários ou iatrogénicos mais graves. Illich leva o conceito de iatrogénese para outro contexto, e tenta alargá-lo para um aspeto social e cultural. Sendo o autor mais conhecido no âmbito da crítica ao modelo biomédico, defende e argumenta que a indústria médica gera doenças para depois reivindicar a sua capacidade de as curar (Illich, 1975).

Tal como referimos anteriormente, Illich avança com o conceito de medicalização da vida, e refere que a principal função desta é patologizar, isto é, transformar uma condição natural numa doença. É então que surge a distinção entre iatrogénese social e iatrogénese cultural. Relativamente à iatrogénese social, é aquilo a que o autor chamou de medicalização da condição humana, e assim logo que uma série de sinais seja definida como sintoma(s) de uma doença, segue-se-lhe um conjunto de medicamentos e tecnologias. Desta forma, a saúde assume-se como um negócio, e à semelhança de todos os negócios, para se continuar a ter lucro é necessário vender e criar necessidade. Quanto à iatrogénese cultural, Illich defende que a indústria médica roubou às pessoas a capacidade para lidar com a dor e com a doença, substituindo essa capacidade por medicação. Estamos então perante uma predisposição em aceitar que todos os problemas carecem de uma solução médica, mesmo aqueles que não têm uma condição relacionada com a medicina. Por fim, surge a iatrogénese clínica ou médica, resultante da iatrogénese social e cultural, onde somos confrontados pelo facto de o tratamento médico poder ser nocivo, os medicamentos puderem ter efeitos secundários, e as cirurgias serem alvo de consequências negativas (Illich, 1975).

Na verdade, Illich (1975), reitera de forma radical que a instituição médica representa uma ameaça à saúde, pois retira a independência aos indivíduos para saberem lidar com os processos de vida, como o sofrimento. Assim, tendo em conta a questão da iatrogénese social, Illich defende que estamos perante uma cultura medicalizada, e apesar da sua rejeição, deixa transparecer a necessidade de reinvenção da autonomia das pessoas no que diz respeito ao processo de cuidado da própria saúde. Deste modo, e como defende o autor, apenas com uma desmedicalização que defina um

limite e uma intensidade do consumo de terapias, o indivíduo poderá reaver a sua autonomia (Gaudenzi & Ortega, 2012).

De facto, o autor aponta três dimensões que permitem a formação do processo de medicalização da sociedade. A primeira delas refere-se à *“medicalização do orçamento, que ocorre quando as despesas da saúde pública crescem e não se registam melhorias.”* De acordo com Illich, gerou-se na década de 70, uma ideia designada de *“promoção de saúde”*, que tinha como objetivo reduzir os custos da saúde pública, no entanto, este princípio, acabou por estimular o consumo e a circulação de produtos farmacêuticos, *“a segunda dimensão da medicalização social refere-se à invasão farmacêutica, que tem estimulado o consumismo exacerbado de medicamentos, em que o indivíduo passou a crer que a reposição do normal e da funcionalidade do corpo só seria alcançada por meio de produtos farmacêuticos (...) transformando-se num indivíduo superdependente dos serviços médicos (...)”*, por fim, Illich, tece ainda uma crítica sobre os profissionais de saúde, defendendo que se tornaram impulsionadores do consumismo exacerbado de medicamentos, *“a terceira dimensão diz respeito ao controlo social exercido pelo diagnóstico, através do resultado da medicalização das categorias sociais”* (Atumane, 2019; p.104-105).

Tal como já referimos, Ivan Illich (1975), tem para si, que a industrialização moderna, o progresso tecnológico e científico, o capitalismo, o biopoder e a biopolítica, afirmaram-se como fundamentos, capazes de conceberem diferentes meios de dominação e expropriação da saúde dos indivíduos. Deste modo, as relações de trabalho, o crescimento económico e os investimentos em pesquisas científicas acabaram por submeter a medicina e os Estados, aos interesses capitalistas, olhando para o corpo como um simples assunto de exploração, alienação, subjetivação, regulação e sujeição ao consumo desproporcionado de produtos farmacêuticos e da necessidade dos serviços médicos. Os efeitos da influência médica sobre o corpo, não são muitas vezes perceptíveis a curto prazo (Rabinow & Rose, 2006). Estamos, assim, perante um domínio, que tem criado novos tipos de pacientes, que acreditam e definem o exercício da sua cidadania em termos de direitos à vida, à saúde e à cura, o que deu origem a novos circuitos de bio economia, capitalização da biociência e mobilização do complexo da indústria médica (Atumane, 2019).

Illich, não se limitou apenas a investigar os prejuízos causados à saúde provocados pela perda da autonomia dos indivíduos, e as formas possíveis de liberdade numa sociedade em que a medicina prevalece como a instituição, uma vez que na década de 80, Illich

(1975), faz referência à iatrogénese do corpo, onde a procura por um corpo saudável aumentou, porque também a busca pela saúde se tornou uma obsessão e uma necessidade para alcançar a realização pessoal. Todavia, a abordagem de Illich alterou-se, pois, o foco que direcionava aos profissionais de saúde, nomeadamente aos médicos, deslocou-se para as indústrias farmacêuticas, para os meios de comunicação e para outros agentes terapêuticos (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Antes de avançarmos para a perspectiva de Foucault, é fundamental deixar esclarecido que este não se opõe ao estudo de Illich, apenas possuem pontos de vista e ideias diferentes, isto é, *“enquanto Illich priorizou a análise do significado cultural e social mais macrossocial das transformações operadas pela medicalização na cultura, Foucault abordou as formas de resistência dos indivíduos ao exercício do poder como tema seminal da sua análise do poder”*. Os principais pontos de interesse de Foucault na sua investigação dedicada ao poder, são efetivamente a positividade, a eficácia produtiva do poder e a criação de novas formas de vida livre. Assim, o autor, aborda a questão da medicalização numa perspectiva distinta, mas não essencialmente diferente da de Illich, analisando-a como particularidade central da sociedade moderna, no seio da sua elaboração da noção de biopoder (Gaudenzi & Ortega, 2012; p.28).

1.1.2. A perspectiva de Michel Foucault

Foucault analisa o poder, dilacerando as conceções clássicas do termo. Para o autor, o poder não se resume nem deve, a algo a que o indivíduo simplesmente cede ao soberano, deve sim ser compreendido como um vínculo que tem como função unir o poder e o objeto de poder (Gaudenzi & Ortega, 2012).

O poder para Foucault, não se pode focar numa única instituição, visto que é determinado por um conjunto de saberes que fundamentam a dominação de uns indivíduos sobre outros e tratando-se de uma relação é implícito que está em todas as partes (Machado, 2009). No século XVIII, a medicina ganha prestígio e assume a liderança no que toca ao controlo e gestão do corpo, intervindo nos modos de vida e nos comportamentos individuais e coletivos, através da definição de regras que deveriam nortear a vida moderna, não apenas no que diz respeito à doença, mas também às condições naturais do comportamento humano, tais como a sexualidade, a fecundidade, a fertilidade entre outras (Foucault, 2008).

Foucault, defende que a medicina tem vindo a criar uma linguagem hermética, fechada, que atribui significados a que ninguém tem acesso, com o intuito de só ser decodificada, partilhada e compreendida no âmbito da própria profissão. Deste modo,

a célebre frase de Foucault, “Saber é poder”, diz respeito ao saber médico-científico, capaz de dar poder sobre os leigos, afastando-os. Assim, o discurso científico permitiu à indústria médica não só auto designar-se como profissão, como também definir verdades sobre saúde e doença, controlando o modo como as pessoas pensam sobre si mesmas, os seus corpos, a sua saúde e os seus comportamentos (Zorzanelli & Cruz, 2018).

Tal como referimos, Foucault desenvolve a noção de biopolítica para afirmar que, desde o século XVIII, a medicina assume um papel de controlo e gestão do corpo, no entanto, este controlo não se ficou apenas pelo individual, passando a ser exercido sobre o “corpo social”, o que fez com que a sociedade passasse a ser estruturada em termos médicos. Assim sendo, podemos admitir que a medicalização ganhou uma postura a nível social, onde se passou a dar real importância ao cuidado com a saúde da população, onde o poder passaria a estar encarregue da estruturação das cidades, como por exemplo da higiene pública. Para o autor, a medicina passa a impor regras que devem orientar a vida moderna, assim como o comportamento humano (Foucault, 2008). Nesta linha de pensamento, o poder deixa de ser refletido apenas como uma ação que se exerce sobre um corpo, e a liberdade passa a ser vista como condição fundamental para o exercício do poder (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Seguindo a ordem de ideias, o autor reitera, que a medicina ganhou o poder de definir o modo como se deve viver, e o modo como nos devemos relacionar com o nosso próprio corpo, tudo isto conduzido e supervisionado por práticas e normas, que gerem o controlo e a regulação de doenças, mas também da fecundidade, da fertilidade, da sexualidade, entre outras. A medicina ao produzir um discurso normalizador da vida, torna-se uma ferramenta de poder do Estado, das instituições jurídicas, e de outras forças dominadoras, tais como a indústria farmacêutica e até mesmo a profissão médica, forças essas que, contribuíram para a dominação do indivíduo (Atumane, 2019).

Ao contrário de Illich, Foucault, defende que perante a propagação da medicina, os indivíduos não seriam indiferentes, e, apesar de acreditar na existência de diferentes formas de ser e estar no mundo, e na criação constante de novas formas de vida, Foucault teceu como um dos seus objetivos, *“analisar as formas pelas quais os indivíduos se constituem como sujeitos morais, preocupando-se com os modos de subjetivação em que o sujeito se constitui a partir de práticas que permitem, ao indivíduo, estabelecer uma determinada relação consigo mesmo e com os outros”* (Gaudenzi & Ortega, 2012; p.30).

1.2. A medicalização e o controlo social do corpo feminino

O controlo social é um conceito central e importante na área da Sociologia. A noção de controlo social por parte da medicina foi desenvolvida inicialmente por Parsons (1951), quando associa a doença a um desvio e define o *sick role*, considerando a medicina como um mecanismo adequado de controlo social (Conrad, 1992).

No contexto do desvio medicalizado Conrad, distinguiu três tipos de controlo social médico: a ideologia médica, a colaboração e a tecnologia. A ideologia médica, impõe um modelo médico principalmente por causa dos benefícios sociais e ideológicos acumulados; a colaboração, é quando médicos auxiliam como provedores de informações, gatekeepers, agentes institucionais e técnicos; relativamente à tecnologia, esta avalia o uso para o controlo social dos meios tecnológicos médicos, nomeadamente medicamentos, cirurgias e genéticas ou outros tipos de triagem. A estas categorias, podemos adicionar uma quarta, que diz respeito à vigilância médica. Esta forma de controlo médico surge da ideia de que, certas condições ou comportamentos são percebidos por meio de uma visão médica. Vejamos o exemplo clássico do parto, que apesar de todas as inovações do nascimento nas últimas décadas, este acontecimento permanece sob vigilância obstétrica, tanto em estilos de vida pré-natal, como a infertilidade e interação pós-natal com os bebés (Conrad, 1992).

Para abordar a dimensão do corpo feminino como objeto da medicina, é necessário resgatar a sua dimensão social, isto é, a relação que se estabelece entre condição orgânica e condição social de género (Vieira, 2002). A medicina foi apenas um dos vários discursos que atravessaram o corpo da mulher. Apesar de não ter sido o único, foi o que salientou a necessidade de se criar, disseminar e legitimar relações de causalidade entre a potencialidade da mulher gerar filhos e o cuidado das crianças como atividades femininas, baseadas nas diferenças inscritas no corpo biológico (Curi & Batista, 2018).

A medicalização do corpo da mulher mantém uma correlação forte com o surgimento da nova visão da prática médica que acaba por se afirmar no século XIX. Nesse sentido, Foucault, utiliza o exemplo da reprodução, para sustentar o seu argumento, uma vez que esta tem impacto direto em várias vertentes que são fundamentais à estrutura da sociedade, como a economia a política, a saúde e a demografia (Atumane, 2019). Tanto o homem como a mulher são vistos como seres reprodutores, daí estarem sobretudo associados a questões da reprodução humana, no entanto, só a mulher foi vítima de medicalização, no que diz respeito à sexualidade e à reprodução, dado que o corpo

desta, foi dominado, disciplinado e confinado ao lar, de forma a regulá-lo e controlá-lo. O corpo da mulher foi, assim, interpretado e analisado na linguagem médica e jurídica, como alvo de psiquiatrização, devido aos seus comportamentos, interpretados como desviantes (Vieira, 2002).

A necessidade de controlar as populações através do corpo das mulheres, tornou questões de essência demográfica, em questões de origem ginecológica e obstétrica, o que veio consentir a monopolização médica do corpo feminino como objeto de saber, sendo que a via para o medicalizar foi a reprodução (Costa et al., 2006). Todo o desenvolvimento técnico-cirúrgico veio reformular a sociedade em relação a questões de saúde que envolvem sobretudo a reprodução humana, isto é, através de uma lógica moderna e científica, a intervenção no corpo da mulher é apenas e só uma estratégia social, sendo que, *“as concepções que norteiam a medicalização do corpo feminino tomam-no exclusivamente como entidade biológica, reduzindo-o ao seu aspeto orgânico, a partir do qual será qualificado através de referências médicas”* (Vieira, 2002; p.24).

Foucault, levou-nos a pensar e a tomar consciência de que a manipulação do corpo e da sexualidade surge como uma estratégia de controlo social, ou seja, podemos ver que a produção de um saber sobre o corpo da mulher, torna visível que o controlo da sociedade sobre os indivíduos começa a ser operado no corpo e com o corpo, e não simplesmente pela consciência ou pela ideologia, acabando este por se assumir como uma realidade biopolítica (Curi & Batista, 2018).

A complementaridade física, surge como um reforço social apto para fixar a mulher nas suas funções por essência, isto é, as capacidades atribuídas às mulheres, como por exemplo, ter filhos e criá-los. *“A possibilidade do corpo feminino reproduzir as contribuições advindas de vários discursos (médico, pedagógico, moral, entre outros), que instauram a ordem normativa e jurídica das coisas, arrastam consigo a tal possibilidade à condição natural da mulher, isto é, possibilitando a emergência de um campo imaginariamente constituído, que faz da mulher mãe e da maternidade o seu destino inevitável”* (Curi & Batista, 2018; p.125-126). Posto isto, o corpo feminino, tem vindo a constituir-se, ao longo do tempo, como um objeto de saberes e práticas de intervenções médicas e, conseqüentemente, a condição feminina da mulher-mãe foi sendo naturalizada, sem que se realçassem as suas particularidades psicosexuais e existenciais (Vieira, 2002).

O poder da medicina de transformar acontecimentos naturais do corpo da mulher em doenças, representa uma ameaça sexista na nossa cultura, uma vez que, olhar para o corpo da mulher como sinónimo de doença, surge da ideia de que a gravidez e a menopausa são doenças, que a menstruação é associada a distúrbios crónicos, e o parto é um evento cirúrgico. De facto, ao longo dos tempos, e remetendo à antiguidade, o corpo da mulher foi muitas vezes interpretado como uma ameaça social, sendo que, em diversas sociedades, foi mesmo associado a ideias místicas, o que levou à necessidade de ser controlado por normas baseadas em crenças mágicas, religiosas e médicas (Vieira, 2002).

Focault, na sua obra “História da Loucura”, refere que o corpo feminino, visto como imoral, era associado à loucura, e ainda ao facto de ser portador de doenças, sobretudo as sexualmente transmissíveis (Atumane, 2019). Ao longo da história, os homens foram sempre associados ao ser racional e inteligente, enquanto as mulheres, estavam associadas à figura insana, ou seja, podemos concluir, que o que estava em voga não era propriamente o delito, mas sim, a componente fisiológica/ sexo, como determinante de doenças mentais (Zanello, 2018). As mulheres foram as principais lesadas quando estamos perante questões relacionadas com o corpo e sexo, dado que eram internadas em hospitais de psiquiatria, por motivos como a ninfomania ou a histero-epilepsia, pois pensava-se que estas perturbações advinham de distúrbios uterinos (Atumane, 2019).

Os comportamentos desviantes cometidos pelas mulheres possuíam uma relação com a sua própria natureza biológica. Ao aprofundar-se melhor esta questão, notou-se claramente a desigualdade de género, pois foi possível observar que as mulheres e os homens diagnosticados exatamente com os mesmos sintomas de perturbação mental eram categorizados de forma diferente, ou seja, para os homens, as doenças mentais eram provocadas por irregularidades referentes aos papéis sociais atribuídos a eles, tais como o de trabalhador e o de viril, enquanto para as mulheres, os distúrbios mentais eram associados à sexualidade e à imoralidade (Engel, 2000). Historicamente, “*o corpo e a sexualidade femininos foram “patologizados” e construídos como objetos da medicina e da psiquiatria, como alvos prioritários para a medicalização social, o controle da fecundidade, natalidade, fertilidade e sexualidade* (Atumane, 2019; p.104). No século XIX, surge a ciência da fisiologia, que vem então desmistificar todos os mistérios envoltos do corpo da mulher. O interesse científico veio contribuir para desvendar, investigar e entender esse corpo, como componente fundamental para consolidar a sua medicalização (Vieira, 2002). Durante o século XX, as mulheres, as crianças e os idosos, foram constituídos como principais alvos de medicalização. Por

exemplo, a esterilização das mulheres em idade reprodutiva através de métodos contraceptivos, tem gerado consequências graves e danos indesejáveis à saúde. O biopoder e a biopolítica, constituíram assim uma política de subjetivação à normalização da vida pelo impulso ao consumo de produtos farmacêuticos e impulsionaram a medicalização dos corpos e da sexualidade, acabando por gerar mais pacientes e fazendo com que estes se tornassem mais dependentes da medicina, dos profissionais de saúde e das terapias, em nome do planeamento familiar e da regulação da reprodução “endémica” (Atumane, 2019).

1.3. A menopausa enquanto fenómeno social

Entrando agora na questão principal desta investigação, a menopausa enquanto fenómeno social, é um acontecimento que passa a ter visibilidade apenas a partir do século XX. Recorrendo a tempos antigos, a menopausa era considerada um evento sem importância, pois em nenhuma cultura existem motivos de celebração para esta fase como existem para outros acontecimentos da vida da mulher, como a menarca por exemplo. Assim, todo este envolvimento, leva a que algumas mulheres percebam esta fase como uma das mais temíveis das suas vidas, pois, para além de terem de se confrontar com questões relativas à perda da fertilidade, surgem também assuntos relativos ao envelhecimento, assim como ideias pré-concebidas associadas ao fim da sexualidade e à perda da feminilidade (Trench & Santos, 2005).

A medicalização do corpo feminino tem sido utilizada pela medicina como uma possível solução para as mudanças fisiológicas ocorridas durante a menopausa. Para justificar essa medicalização, a medicina alerta que a menopausa traz consigo uma diminuição de estrogénios, além dos restantes sintomas que devem ser controlados a partir da terapia de reposição hormonal. Assim, o conhecimento biomédico, defende que a menopausa é apresentada como um evento fisiológico inevitável e possuidora de cunho patológico, cuja intervenção artificial é fundamental. No entanto, muitos são os estudos de ordem sociológica que criticam a medicalização feminina, pois é entendida como um mecanismo de controlo e manipulação dos corpos femininos, uma vez que, esta tem o poder de provocar o silenciamento dos processos de subjetivações femininos na meia-idade, isto é, a medicalização da menopausa estimula a negação do início do processo de envelhecimento feminino este que é um ciclo natural da vida (Guerra, 2017).

O discurso médico, parte do princípio que a menopausa acarreta consigo a desfeminização do corpo feminino, uma vez que é considerada uma doença de deficiência hormonal. Assim, e tendo em conta esta perspetiva, a TRH, serviria e teria

como função, restaurar o padrão hormonal, dando a possibilidade às mulheres de permanecerem jovens e sexualmente ativas, concedendo às hormonas um antídoto contra o envelhecimento. Neste contexto, o olhar da medicina sobre a menopausa encontrava-se contagiado por uma visão pejorativa da mulher e, particularmente, do envelhecimento feminino (Kantoviski & Vargens, 2010).

O processo de transformação que o corpo feminino enfrenta durante a menopausa, é conduzido geralmente segundo um discurso impregnado de termos negativos, tais como: falência, perda, atrofia, entre outros. A forma como a sociedade e a medicina encaram a mulher nesta fase, é definida por numerosos fatores, que podem ser de origem histórica, estrutural e conjuntural. O ser feminina, é uma noção construída a partir de valores enraizados em princípios de beleza, juventude e fertilidade, podendo gerar conflitos interiores e atingir extremamente a identidade da mulher. Neste sentido, a menopausa é representada como uma fase crítica, que afeta negativamente a construção da autoimagem da mulher, pondo em causa a sua autoestima. (Mendonça, 2004).

A menopausa, é frequentemente entendida como uma doença e a propagação desta definição, poderá manifestar-se através da construção de uma cultura patriarcal, voltada essencialmente para o controlo dos corpos femininos. De certa forma, a desigualdade de género encontra-se impregnada não apenas no mundo institucional, como também na vida quotidiana, através das redes de trabalho, saúde e família, tendo repercussões diretas e indiretas na vida das mulheres (Saffioti, 2011). Assim sendo, a medicina encarrega-se, cada vez mais, das possibilidades de interpretação das fases naturais que ocorrem no corpo da mulher, procurando incessantemente por uma adequação, esta que é conseguida pela via da medicalização. (Kantoviski & Vargens, 2010).

A imagem negativa associada à menopausa, marcada por tabus, justifica a sua abordagem como uma doença, a qual carece de tratamento, mesmo que este tenha riscos associados. O intuito de se medicalizar o corpo das mulheres para se alcançar um suposto bem-estar, sempre foi um costume da medicina, e que só poderá ser alterado quando as mulheres tomarem a consciência de que existem outro tipo de terapias, e que as possibilidades oferecidas pela medicina contraem implicações sobre o corpo da mulher. É, assim, primordial que as mulheres, seja em qual for a idade, se encontrem informadas a respeito da menopausa, com a noção esclarecida que esta não se refere a

uma doença, mas sim a uma fase da vida. Deste modo, e segundo esta perspectiva, a busca por maneiras saudáveis de vivenciar a questão da menopausa deve ser fomentada, de modo que se respeite o corpo e a autonomia da mulher (Kantoviski & Vargens, 2010).

Temos noção de que são muitos os aspetos da vida quotidiana que estão associados à saúde e bem-estar da mulher, tais como o trabalho, a educação e o lazer, mas também são múltiplos os fatores sociais que agravam a perceção das mulheres sobre o que é realmente a menopausa, uma vez que é comum esta apresentar-se como uma fase temida, relacionada sobretudo com o envelhecimento que se experimenta no corpo e uma desqualificação que se experimenta a nível social, a sociedade que acaba por valorizar o consumo juvenil em detrimento da experiência dos mais velhos, o medo de perder o emprego, o pouco tempo que resta para o lazer, os papéis sociais diante da cultura patriarcal e a falta de suporte clínico (Guerra, 2017).

1.4. A definição biomédica da menopausa

A transição da menopausa, definida de forma biomédica como o período de irregularidade menstrual que culmina com o cessamento da menstruação, é um processo natural que ocorre normalmente entre os 45 e os 55 anos de idade (Brown et al., 2017), todavia, apesar de ao longo dos anos a esperança média de vida ter aumentado, a idade em que ocorre a menopausa, manteve-se constante (Antunes et al., 2003).

No entanto, em termos biomédicos, é necessário estabelecermos termos e definições, para que este processo natural da vida das mulheres fique mais claro. A menopausa não constitui um evento singular, mas sim um período de transição que pode ocorrer ao longo de 7 a 10 anos. Tecnicamente, a menopausa, é como já referimos, o final do período menstrual na vida da mulher, contudo, para definir bem esta fase, surgem-nos três fases: a pré menopausa, que define a transição entre o estado reprodutivo e o não reprodutivo, ou seja, diz respeito ao período que antecede a menopausa; a menopausa é a fase da interrupção menstrual, a qual tem de ter a duração de doze meses; e por fim, a pós menopausa, que é a fase que sucede a menopausa, tal como o nome indica (Newhart, 2013). Numa primeira fase, o ciclo menstrual vai tornando-se mais curto, mantendo alguma regularidade; mais tarde torna-se irregular, dando origem a ciclos de duração muito variável, sendo que a amenorreia definitiva ocorre ao fim de algum tempo, quando se dá a falência ovárica (Antunes et al., 2003).

A menopausa pode ocorrer em idade dita normal, ou pode ser classificada de precoce ou tardia. Considera-se que ocorre uma menopausa precoce, quando esta surge antes dos 45 anos, colocando a mulher num patamar de risco mais elevado no que diz respeito às complicações de carência estrogénica. No entanto, conforme há a possibilidade de a menopausa surgir mais cedo, também existe a probabilidade de surgir mais tarde, e nesse caso estamos perante uma menopausa tardia, esta que pode ocorrer após os 53 anos, no entanto à semelhança da menopausa precoce, também a menopausa tardia apresenta algumas preocupações acrescidas, dado que a exposição prolongada aos estrogénios, poderá aumentar as hipóteses de a mulher vir a sofrer de cancro da mama ou do endométrio (Antunes et al., 2003).

Segundo a perspetiva biológica, a menopausa significa o fim da reprodutividade (Rubinstein & Foster, 2012), assim sendo, o processo da menopausa é definido como um período de transição entre os anos reprodutivos e não reprodutivos da mulher (Valença et al., 2010), podendo resultar numa experiência sintomática com alguma duração, com consequências tanto físicas como psicológicas, estas que podem ter impactos negativos, tanto a nível de saúde, como de qualidade de vida das mulheres (Pimenta et al., 2019).

1.4.1. Os sintomas

Quando falamos em menopausa, uma das grandes preocupações das mulheres, assenta sobretudo nos sintomas e nas complicações a nível de saúde que esta fase lhes poderá trazer. Assim sendo, surgem questões como: que tipo de sintomas existem, com que frequência ocorrem, quando é que atingem um pico de ocorrência e severidade, e em que medida podem estar relacionados com acontecimentos passados e características de personalidade (Prakash, 1999).

Estudos demonstram que a maioria das mulheres experimenta diferentes graus de sintomas físicos e psicológicos durante a transição da menopausa, o que pode ameaçar a qualidade de vida e saúde das mulheres (Zhang et al., 2020). Os sintomas associados à menopausa são tipicamente biológicos e psicológicos (Newhart, 2013), e variam de mulher para mulher, sendo que com o decorrer do tempo, existe a perceção de que haja uma atenuação dos sintomas. A compreensão da menopausa varia conforme o contexto social, e no caso dos sintomas não é diferente, pois há a ideia de que estes podem também variar consoante a cultura e a etnia, o nível de educação, comportamentos de saúde, nível de stress e depressão (Hickey et al., 2017; Newhart, 2013). No entanto, há

algum consenso sobre os sintomas físicos que podem ocorrer com a menopausa. (Prakash, 1999). Deste modo, os mais comuns são os vasomotores, ou seja, os calores e os afrontamentos, mas também a secura vaginal, a perda da qualidade do sono, a perda da libido e a flacidez da pele. Relativamente aos sintomas psicológicos associados à transição da menopausa, surge a irritabilidade, as alterações de humor, o nervosismo, o stress ou angústia, e por fim, a depressão (Newhart, 2013).

As mulheres podem ter mais que um sintoma e estes podem agrupar-se, por exemplo, os suores noturnos, podem perturbar o sono, acabando por trazer alterações a nível de humor (Hickey et al., 2017). Assim, os sintomas físicos e psicológicos estão frequentemente inter-relacionados (Hunter & Edozien, 2017). Muitas medidas têm sido tomadas para melhorar a qualidade de vida das mulheres ao longo dos anos, tais como a TRH, a intervenção no estilo de vida e aconselhamento psicológico, que são todas as formas de cuidados de saúde pessoais destinadas às mulheres. Estudos evidenciaram que os fatores externos, tais como pressões laborais e de vida e o apoio social, também têm um impacto importante nos sintomas da menopausa, ou seja, a gravidade dos sintomas, parece estar muitas vezes associada aos níveis de apoio social percebido pelas mulheres, sendo que também os apoios familiares e emocionais desempenham um papel importante (Zhang et al., 2020).

1.4.2. A medicação destinada à menopausa

No final da década de 60, a menopausa adquiriu o caráter de doença (Costa et al., 2013), e como tal, a mensagem dominante é que as mulheres na menopausa necessitam de tratamento (Cantor & Hunter, 1999). Ao estabelecê-la como doença, Wilson (1966), declara que a menopausa é curável e que o tratamento, assenta numa Terapia de Reposição Hormonal (TRH), que visa completar a deficiência da produção de estrogénio pelo corpo feminino nesta fase da vida. Portanto, a utilização da TRH, não foi só recomendada como um meio para aliviar sintomas desagradáveis (Rubinstein & Foster, 2012), mas sim como promessa para aliviar a mulher de meia-idade desta “doença”, com o intuito de as manter sempre jovens e bonitas para alcançarem o ideal de “eternamente feminina” (Wilson, 1966).

A TRH, atua de múltiplas formas: pode atuar localmente no corpo da mulher e estar confinada a locais específicos, ou pode atuar sistematicamente em todo o corpo. É amplamente defendida como agente terapêutico para a gestão de sintomas mais graves da menopausa, e para além do seu papel terapêutico, a TRH é também amplamente recomendada como agente preventivo contra a osteoporose e doenças cardíacas

(Guillemin, 2010), o que significa que a menopausa se torna reposicionada como uma condição mais permanente em vez de uma transição temporária (Cantor & Hunter, 1999). Relativamente à osteoporose, esta era considerada uma condição de velhice, observada tanto em homens como em mulheres, sendo que, atualmente, é considerada uma doença de género associada essencialmente às mulheres, através da sua reconstrução numa complicação da menopausa (Guillemin, 2010).

Devido ao facto de a TRH ser associada a alguns riscos, como iremos analisar mais à frente, as empresas farmacêuticas tentaram produzir terapias hormonais que tentassem igualar o equilíbrio hormonal biológico “natural” das mulheres, com o objetivo de afastar os efeitos secundário derivados de dosagens inadequadas. Esta solução surgiu apenas para tentar ganhar alguma aceitação e conformidade no que diz respeito à utilização da TRH a longo prazo. Ao desenvolverem-se estas novas formulações da TRH, os riscos resultantes de dosagens inadequadas são reduzidos e é supostamente assegurado um maior cumprimento dos regimes de TRH a longo prazo. Desta forma assumir-se-ia como benéfica e cheia de riscos, pois ao mesmo tempo que é considerada uma droga, é também uma intervenção para aliviar sintomas e um substituto para a diminuição das hormonas. Todas estas construções são moldadas e configuradas pela rede de forças sociais, económicas e biológicas em que a TRH atua (Guillemin, 2010).

A literatura substancial sobre a medicalização, mostra de forma evidente, que as experiências de vida das mulheres são mais medicalizadas, quando comparadas com as dos homens (Guerra, 2017), especialmente a saúde reprodutiva, sendo mesmo o campo em que a discriminação de género é feita ao máximo, pois associa-se que as mulheres têm mais problemas relacionados com a saúde reprodutiva aos longo das suas vidas (gravidez, parto e aborto), quando comparadas com os homens. Além disso, a fase da menopausa é um dos períodos em que os problemas de saúde reprodutiva são mais experimentados e negligenciados (Derya et al., 2021).

A menopausa tornou-se medicalizada, devido a alegações médicas de que os “sintomas” desta, eram um sinal de doença, enquanto outros afirmam que foi devido à disponibilidade de um tratamento. A introdução da TRH foi fundamental na popularização do tratamento médico para a menopausa (Conrad, 2007), no entanto para que algo seja medicalizado, deve ser diagnosticado como condição de doença que necessita de tratamento (Conrad, 1992). A biomedicina atribui à deficiência hormonal a causa principal da menopausa, esta que é a causadora dos sintomas, que podem ser

suavizados pela reposição de hormonas (Guerra, 2017), o que nos leva a crer que a compreensão da menopausa como uma deficiência hormonal não é pré-determinada nem fixa, mas sim uma realização bio culturalmente construída (Kelly, 2011). Esta reposição, surge-nos com o intuito de estabelecer a ordem orgânica num processo corporal que se encontra em desequilíbrio e descontrolo. Deste modo, o corpo feminino vem sendo tratado e manipulado pela medicina, a partir do momento em que se transforma no seu objeto de saber e prática (Guerra, 2017).

A menopausa passou a ser vista como uma interrupção desnecessária e patológica da “natural” diferença sexual, isto é, o crescente domínio da teoria da evolução no pensamento científico, e a sua influência na política, na literatura, nas artes e na sociologia, veio reforçar a visão patriarcal já prevalecente nas sociedades, em concreto, a de que os homens estavam destinados pela natureza a assumir um papel ativo na vida social, enquanto as mulheres eram essencialmente vistas como seres passivos (Guerra, 2017).

Deste modo, o processo histórico da medicalização do corpo feminino passa pelo pressuposto de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina, uma vez que, está intrinsecamente ligada à progressiva medicalização dos processos reprodutivos, tais como, a menstruação, a gravidez e, neste caso, a menopausa (Guerra, 2017). Tal como temos vindo a observar, o sistema reprodutivo feminino foi sempre entendido como a fonte da vulnerabilidade física e, por conseguinte, da inferioridade da mulher (Vieira, 2002). À medida que avançávamos na revisão literária, existe a perceção de que são as mulheres mais privilegiadas economicamente que recorrem à medicação destinada a esta fase, pois esta apresenta-se como uma solução para as mudanças fisiológicas ocorridas durante a menopausa (Guerra, 2017).

Quando comparadas as diferenças anatómicas entre homens e mulheres, percebe-se que a medicina, atribui aos corpos femininos o estatuto de patológicos, dado que, a menstruação e a menopausa eram encaradas como doenças, e, portanto, seriam passíveis de medicalização (Hepworth & Featherstone, 2005). A ideia de que o corpo biológico da mulher é excluído do seu corpo social e histórico, é duramente criticada pelos estudos feministas, que questionam o pretensso modelo médico hegemónico de atenção à saúde feminina. A construção social da menopausa e da sua medicalização, é essencialmente impulsionada pela medicina, pelos laboratórios farmacêuticos e pelos média, e tem como público alvo uma mulher favorecida a nível social e económico,

intelectualmente refinada e com tempo e dinheiro disponíveis para seguir as recomendações sugeridas pelos médicos, tais como exercício físico, caminhadas e alimentação saudável, assim como o apelo ao consumo do mercado da menopausa, através de cremes e vitaminas (Guerra, 2017). A procura perseverante pela qualidade de vida e pela boa aparência, juntamente com os bons desempenhos corporais, sexuais e afetivos deixam de depender de qualidades intrínsecas aos indivíduos, passando agora a ser algo que deve ser conquistado através de um esforço pessoal. Grosso modo, nas sociedades contemporâneas, o envelhecimento remete para um mercado de consumo, onde não existe lugar para a velhice, pois esta passa a ser tratada não só como consequência de descuido pessoal, como também da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados (Dillaway, 2005).

É fundamental que as mulheres, seja qual for a idade, estejam informadas e educadas pelos profissionais de saúde a respeito da menopausa, com a visão principal de que esta fase não se trata de uma doença, mas sim, de uma etapa da vida da mulher. Sob esse prisma, a adoção de maneiras saudáveis de vivenciá-la que respeitem o corpo e a autonomia da mulher, e que constituam princípios básicos para um cuidado desmedicalizado, deve ser estimulada (Kantoviski & Vargens, 2010).

1.4.3. Os riscos da medicação e as complicações de saúde

Os benefícios da TRH, têm sido contrariados por investigações que afirmam estar carregada de risco, deste modo, as controvérsias em torno da menopausa têm-se centrado em grande parte nos malefícios associados à TRH. A utilização a longo prazo, tem sido associado ao aumento do risco de cancro do endométrio e cancro da mama, para além disso, é também responsável por efeitos secundários, como dor de mama e hemorragias. É esta associação a riscos médicos e cancerígenos graves que põe em causa a TRH como benéfica, posicionando-a como uma tecnologia arriscada (Guillemin, 2010).

Embora o papel dos sintomas, tanto físicos como psicológicos, sejam mecanismos importantes que contribuem para os resultados da saúde das mulheres, é também importante reconhecer que as mudanças de biologia durante a transição da menopausa contribuem diretamente para o aumento do risco de resultados negativos para a saúde física. Dois dos principais riscos a que as mulheres ficam expostas depois da menopausa são o risco cardiovascular e o risco de AVC. Nos dez anos após o início da pré menopausa, o risco cardiovascular das mulheres quadruplica. No entanto, os riscos

variam em função do tempo da menopausa, isto é, as mulheres que experimentam uma menopausa precoce, têm um risco de AVC superior ao das restantes mulheres. Além disso as escolhas de tratamento da menopausa como a TRH combinadas com estilos de vida menos saudáveis, podem agravar este risco (Newhart, 2013).

Capítulo 2: A construção social da menopausa

2.1. Significados sociais e culturais da menopausa

Na presente dissertação, a menopausa, será abordada tendo em conta as dimensões sociais do sujeito, enquanto tecemos uma crítica ao olhar biomédico, deste modo, os estudos inseridos nas áreas sociais, tem como objetivo geral compreender a maneira como as mulheres interpretam a construção da autoimagem e como a menopausa significa o início do envelhecimento (Mariga, 2019). Assim, a mulher estabelece uma relação com a velhice e com a menopausa que decorre de uma construção social (Costa & Gualda, 2007). Segundo estas, *“as mulheres são sujeitos socioculturais, agem, pensam e descodificam a menopausa a partir das suas interpretações do mundo e das relações sociais estabelecidas nos ambientes de convivência”* (Mariga, 2019; p.38).

Os papéis de género são descritos como deveres, responsabilidades e atividades que a cultura atribui às mulheres e aos homens. No entanto, os papéis de género, apresentam diferenças no que diz respeito às diferenças na família, na vida profissional, na educação, no próprio casamento e por último na vida social, sendo que nesta, é recorrente a manutenção de um modelo de desigualdade que valoriza mais os homens do que as mulheres. Todas estas desigualdades sociais de género a que as mulheres estão sujeitas em termos de educação, vida profissional, participação política e mecanismos de tomada de decisão, acabam por determinar o estatuto social da mulher, mas também irá ter influência de forma negativa na sua saúde (Derya et al., 2021).

A menopausa tem sido a responsável por algum do sofrimento que as mulheres têm enfrentado, pois além de ser uma fase temível e silenciada por tabus relacionados com o envelhecimento feminino, é ainda influenciada por fatores externos, tais como, a discriminação social feminina, a escassez de políticas públicas dirigidas à mulher, a excessiva valorização da beleza física, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e a relação entre a juventude e o sucesso como fatores que põe em causa a autoestima da mulher, o que leva a que na teia de símbolos e significados, as representações da mulher sejam colocadas constantemente à prova (Guerra, 2017). A experiência da menopausa nunca se encontra divorciada de processos socioculturais nem das histórias

pessoais e dos seus contextos sociopolíticos, assim, é fundamental que esta fase seja entendida como parte integrante da vida e não apenas como um evento biológico discreto (Salis et al., 2018).

A menopausa tem sim uma base biológica, mas é uma experiência que difere de acordo com os valores culturais. Esta fase, extrai os seus significados de conceitos básicos dentro da cultura, tais como o significado do poder reprodutivo da mulher, o papel da mulher na estrutura social e as atitudes em relação ao envelhecimento (Guillemin, 2010). Os significados que cada mulher atribui à menopausa não são estanques, e por isso variam conforme o contexto social a que se pertence e os símbolos culturais que se partilham, incluindo diálogos sobre género, envelhecimento e questões reprodutivas. Assim sendo, constata-se que as mulheres experimentam a menopausa consoante o meio em que socializam, o que gera diferentes significados e experiências desta fase da vida (Bahri & Roudsari, 2019).

A imagem do que a menopausa significa para os corpos e mentes femininas, é construída, muitas das vezes através dos media, e acaba por moldar a identidade social das mulheres mais velhas, através da comunicação. O trabalho de Goffman sobre o estigma, aproxima-se muito da teoria da rotulagem de Durkheim, uma vez que, ambas as palavras, menstruação e menopausa, servem para rotular e estigmatizar o comportamento das mulheres, isto é, a mulher que menstrua é associada a uma ideia de sujidade, enquanto a mulher na menopausa, caminha a passos largos para a velhice (Krajewski, 2018).

Como já foi referido anteriormente, é importante ter em conta que a menopausa é uma fase natural da vida, ainda que a medicina tenha tendência a entendê-la a partir do prisma biomédico. No entanto, as ciências sociais, têm defendido que a menopausa vai muito além da sua fisiologia, isto porque os fatores psicossociais, incluindo atitudes, etnia, estilo de vida e personalidade, desempenham um papel central na forma como a mulher irá experimentar a menopausa (Brown et al., 2017).

Cada vez é mais importante falar de menopausa num contexto de esfera pública, com o intuito de contribuir para uma mudança social e uma mudança nas relações de poder entre géneros, uma vez que a forma como as sociedades comunicam e representam esta fase natural da vida, acaba por contribuir para uma construção social sob um ângulo depreciativo (Krajewski, 2018). A matéria-prima biológica da menopausa é tida como certa e aceite como dada, enquanto a social é analisada pelo seu papel na construção de determinadas suposições sobre a menopausa. O foco é colocado nos significados da

menopausa derivados das relações sociais e culturais, e a biologia da menopausa é deixada inquestionável. Esta separação entre corporeidade e cultura tem sido objeto de um número crescente de críticas e análises feministas (Guillemin, 2010).

2.2. A perspectiva crítica das feministas

Quando falamos em construção social da menopausa, há temas que são imprescindíveis para a realização desta análise, e um deles é a desvalorização social das mulheres mais velhas. A menopausa tem sido construída como um problema social, onde as mulheres são vítimas de suposições culturais, muito à conta dos discursos biomédicos (Guillemin, 1999), assim surge um modelo sociocultural feminista, que apresenta a menopausa como uma transição natural a ser abraçada, mas que traz em foco outros fatores que podem afetar as mulheres durante esta etapa, tais como o trabalho, as pressões financeiras, os papéis de cuidado e as relações (Judith & Rizq, 2016). Deste modo, as feministas têm desempenhado um importante papel de contradição, no que diz respeito à medicalização da vida das mulheres (Guillemin, 1999). As feministas têm tentado assim mostrar que a menopausa não é um acontecimento que limita as capacidades psicológicas ou físicas, mas sim um processo natural de envelhecimento que não é uma doença nem um comportamento desviante (Kelly, 2011).

No final dos anos 60 e início dos anos 70, o movimento dos direitos da mulher começou a desafiar a autoridade médica, questionando a legitimidade do modelo de doença da menopausa. Em contraste com o modelo da doença, as feministas concordam até determinado ponto que a TRH, pode auxiliar as mulheres a lidar com as alterações temporárias da menopausa, como hot flashes (afrontamentos) e a secura vaginal. No entanto, a utilização da TRH a longo prazo, centra-se essencialmente na prevenção da osteoporose (Kelly, 2011). A literatura feminista parece desconfiar da TRH porque a medicalização dos processos naturais da vida envolve necessariamente controlo natural da vida (Conrad, 1992), o que acaba por retirar o controlo das mulheres sobre os seus corpos, impedindo que processos naturais ocorram (Kelly, 2011).

Os preconceitos sobre a menopausa mantêm-se, nomeadamente entre a maioria das mulheres mais jovens, que normalmente não têm experiência direta com a menopausa, o que leva a que tenham atitudes mais negativas relativamente a esta (Cantor & Hunter, 1999).

A proposta feminista da menopausa como construção social proporcionou uma plataforma útil para expandir opções para a gestão da menopausa, da qual podem

emergir diferentes tipos de entendimentos. No entanto, as críticas feministas têm-se mostrado relutantes em alargar o argumento da construção social à própria biologia (Guillemin, 1999).

As feministas, estabeleceram assim críticas que desafiaram a organização da menopausa como uma condição médica que requer a intervenção de um sistema médico patriarcal. A primeira crítica, diz respeito às análises feministas antecedentes acerca do tema, onde têm tentado assegurar várias dicotomias, nomeadamente as dimensões sociais versus biológicas e as dimensões culturais versus naturais. Neste seguimento de análise, a menopausa enquanto fenómeno social, assume uma posição oposta à da compreensão biológica. A menopausa pode ser vista de duas perspetivas, tal como temos vindo a perceber: a perspetiva biológica, como resultado do declínio hormonal e consequentes sintomas físicos; e a perspetiva social, resultado de influências sociais e culturais, tais como, a desvalorização social das mulheres de meia-idade, os efeitos do sistema médico patriarcal e as forças económicas que mantêm a posição social inferior das mulheres. A segunda crítica, refere-se à promoção da menopausa como construção social, e coloca ênfase na menopausa como ideologia. Muitas críticas feministas assumem um mapeamento direto da ideologia sobre a prática, prestando pouca atenção à análise das práticas. Esta análise da menopausa como ideologia recusa a envolver-se com as tecnologias e práticas que confrontam as mulheres, quando estas procuram gerir a sua menopausa. Por último, a terceira crítica, defende que a abordagem da estruturação social da menopausa como um problema de ideologia afasta a técnica e o material da análise. A situação da menopausa em relação às condições sociais, estruturas de classe e relações económicas é útil. No entanto, este tipo de investigação omite as tecnologias e entidades materiais que fazem muito parte do mundo da menopausa. O social e o material estão inextricavelmente interligados quando se vive com a menopausa (Guillemin, 1999).

Relativamente ao consumo de medicação para o efeito de reposição hormonal, também esta acaba por fazer uma construção social da menopausa, pois as mulheres ao rejeitarem este tratamento, são interpretadas como ignorantes e irresponsáveis. No entanto, muitas são as razões pelas quais rejeitam este tipo de terapêutica, em primeiro lugar, deve-se ao surgimento de efeitos secundários, tais como hemorragias, depressões, aumento de peso e dor no peito, em segundo lugar, a preocupação associada aos efeitos de longo prazo, em particular a probabilidade de desenvolverem problemas cancerígenos, em terceiro lugar, não haver mais a necessidade de continuar

com a terapia, em quarto lugar, o elevado custo da terapia, e por último, a dissuasão constante nos meios de comunicação social (Guillemin, 1999).

Segundo a perspectiva das feministas, as mulheres são construídas socialmente como irresponsáveis e ignorantes por parte de uma perspectiva médica, pois a questão da prevenção da osteoporose está patente tanto na literatura médica, como no material promocional da indústria farmacêutica. Assim, estas duas fontes apresentam dois pontos predominantes: primeiro, instigam o medo de desenvolverem osteoporose, e em segundo, levam as mulheres a sentirem-se responsáveis caso sofram algum tipo de fratura, advinda da osteoporose que surgiu durante a fase da menopausa, causada pela rejeição de TRH. É importante ter em conta que a posição crítica das feministas em relação à terapia de reposição hormonal, não pretende discutir se é certo ou errado a utilização desta a longo prazo, mas sim ressaltar que o cumprimento a longo prazo encoraja as mulheres a responderem de forma passiva a uma ideologia médica dominante, em vez de as encorajar a informar-se sobre outro tipo de tratamentos, de forma a tomarem uma decisão ponderada. Em contrapartida, garantir a benevolência das mulheres em relação à TRH, garante interesses profissionais, sociais e económicos específicos (Guillemin, 1999).

Com o objetivo de se resistir aos discursos dominantes, é necessário que se estabeleçam estratégias, de forma a propor que a menopausa é uma etapa natural de desenvolvimento, associada à sabedoria, à oportunidade de refletir e à possibilidade de criar o seu próprio significado (Cantor & Hunter, 1999).

2.3. O confronto com os impactos da menopausa

2.3.1. A perda da feminilidade

De forma a contextualizar a questão da feminilidade, é necessário ter em conta que a ideia de “natureza feminina” se baseia em acontecimentos biológicos que ocorrem no corpo da mulher como a capacidade de gerar vida, a possibilidade de dar à luz; o facto de poder amamentar, e também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece servir de justificação para as questões sociais que envolvem esse corpo, ela torna-se dominante, como explicação legítima e única sobre os fenómenos. Daí surgem ideias sobre a maternidade, o instinto maternal e a divisão sexual do trabalho como atributos “naturais” e “essenciais” à divisão de géneros na sociedade (Vieira, 2002).

Historicamente, o fenómeno da menopausa sempre foi considerado um não evento, uma vez que ocorre no invisível social, ao contrário de outras fases da vida da mulher. No entanto, esta fase é a mais temida, pois é nela que é socialmente decretado o fim da fertilidade, da feminilidade, da sexualidade e o início do envelhecimento (Trench & Santos, 2005). De facto, existe uma grande dificuldade de experimentar a menopausa como transformadora, dado que esta é considerada como uma perda e os seus múltiplos significados são subjugados (Salis et al., 2018).

A menopausa tem tendência a ser construída como uma doença passível de tratamento médico, e deste modo, tem sido retratada como uma fase em que as mulheres deveriam esperar ficar doentes, deprimidas e sexualmente impotentes. Contudo, para além de todos os sintomas físicos e biomédicos que lhe estão associados, é fulcral que se perceba de perto a própria compreensão das mulheres sobre esta fase (Rubinstein & Foster, 2012).

Em pleno século XXI, encontramos-nos perante uma sociedade que coloca muita ênfase na imagem do corpo ideal normalizado de magreza, deste modo, tais preocupações podem ser exacerbadas e podem causar consequências negativas para a saúde. É evidente que o corpo da mulher muda durante a menopausa, podendo engordar, mudar a forma, notar alterações no tom de pele, ou experienciar o aumento de pelos. Tais mudanças deixam então transparecer a impossibilidade de corresponder aos ideais de feminilidade (Rubinstein & Foster, 2012). A aparência submete o sujeito a um olhar depreciativo, olhar este que classifica socialmente consoante a sua apresentação, daí, ser nesse estereótipo socialmente construído, que surgem os estigmas e as marcas, que podem afetar de forma considerada a autoestima (Mariga, 2019).

A menopausa é a etapa à qual está associada a perda da juventude e da feminilidade, onde se inicia o processo de envelhecimento, o que faz com que esta experiência seja interpretada de uma forma negativa (Mendonça, 2004; Valença et al., 2010). Para a sociedade contemporânea, a beleza exerce uma forte correlação com a juventude, sendo um capital social muito valorizado (Aboim, 2014), quer a nível profissional, quer a nível afetivo (Mariga, 2019).

Durante a vida, a visão que o ser humano tem sobre o seu próprio corpo, altera-se conforme a conjuntura sociocultural, pois enquanto a masculinidade é vista como constante ao longo da vida, o mesmo não acontece com a feminilidade, uma vez que esta enfatiza a juventude e a fertilidade (Cantor & Hunter, 1999). Assim, no caso das mulheres, ao considerar a beleza e a jovialidade como integrantes das suas exigências

em todas as fases das suas vidas, é importante refletir sobre a compreensão do corpo feminino (Valença et al., 2010).

Associados à ideia de perda de feminilidade, surgem a perda de fertilidade, a perda de atratividade, bem como o tornar-se “invisível”. A perda da capacidade reprodutiva, é o significado que apresenta maiores repercussões, uma vez que, a perda da fertilidade veio coincidir com a saída dos filhos de casa, o que reforçou a sensação de que uma fase da vida estaria agora terminada. Relativamente à perda de atratividade, sentiu-se um desagrado, pois apesar de a menopausa não ser por si só a causadora do envelhecimento, é notável que é simbólica do envelhecimento em geral. Compatível e associada à perda de atratividade, surge a percepção do tornar-se “invisível” na sociedade (Rubinstein & Foster, 2012).

O facto de perceberem que se tornam invisíveis afeta profundamente as mulheres, que consideram que para além da sua beleza e juventude ser posta em causa, também o seu papel enquanto seres sociais e profissionais está em declínio. A sociedade, em geral, prefere muitas das vezes que as mulheres se mantenham jovens e atraentes, e é aqui que a noção de menopausa parece ser difícil de aceitar para algumas mulheres (Rubinstein & Foster, 2012).

A maioria das mulheres vivem assim numa busca incessante por um ideal de beleza e feminilidade, transformando os corpos femininos, no que Foucault chama de corpos dóceis. De facto, o corpo feminino está submetido a um controlo externo, à sujeição, à transformação e ao aperfeiçoamento. As mulheres associam muitas das vezes os sentimentos de carência e insuficiência relativos aos seus corpos, levando, por vezes, as práticas de feminilidade a casos extremos de desmoralização e debilitação, podendo atingir consequências graves, tais como a morte (Trench, 2004). As mulheres têm por hábito associarem a menopausa à velhice, o que as leva a desencadearem um conjunto de significações negativas. Assim, numa época em que se admira tanto o corpo e que todos os cuidados nunca são demais, surgem inúmeras marcas de produtos de beleza, clínicas de estética, cirurgias de lipoaspiração, ginásios, regimes de emagrecimento rápido, o que se traduz numa grande vontade de prolongar a feminilidade, retardando esta fase “indesejável”, que é a menopausa (Valença et al., 2010).

A crença e o desejo pela juventude e beleza eterna agravam-se na menopausa, uma vez que é uma fase da vida em que o corpo da mulher, não tem o mesmo vigor físico, devido ao inevitável processo de envelhecimento. Tudo isto, pode levar a um conjunto de consequências, como um completo estado de insegurança emocional perante tais

transformações, dado que, afeta de forma negativa a autoestima das mulheres, achando-se menos atraentes e desejáveis e prejudicando as suas vidas a nível das esferas familiar, conjugal e social (Favarato & Aldrighi, 2001).

As mulheres que se associam fortemente a valores predeterminados, normatizados e temporais, receiam envelhecer, pois tal acontecimento alterará a maneira como são amadas, desejadas e reconhecidas (Valença et al., 2010). Deste modo, a menopausa deve ser encarada como uma transição da meia-idade para a sensibilidade, transição esta que resulta muitas das vezes em sentimentos de negação, stress, diminuição da libido, preocupação e insónias (Adashi & Hillard, 1998).

Quando confrontadas com os sintomas físicos ou doenças associadas a esta fase, as mulheres muitas das vezes acabam por desvalorizar, pois dedicam a sua atenção àquilo que realmente é diferente e desconhecido para elas, como a perda da imagem de si mesmas, bem como o medo que o outro as desvalorize, logo, o ideal de juventude é construído em função de valores culturais e socioeconómicos. Assim, torna-se imprescindível que as mulheres considerem que se mantêm atraentes e bonitas, de modo a fortalecer a sua autoestima, pois acabará por se fomentar a busca pelo amor próprio, demonstrando feminilidade e maturidade, mesmo que não se encontrem mais no período reprodutivo da mulher (Valença et al., 2010).

Em suma, é fundamental que a maioria das mulheres faça os devidos ajustamentos, de modo a poderem interpretar a menopausa de uma forma mais positiva, desenvolvendo a noção de que a menopausa é um processo natural, inevitável e longe de ser considerado como um acontecimento que assinala o fim de uma vida plena, que cumpre todos os requisitos necessários para uma nova confiança e uma maior liberdade (Rubinstein & Foster, 2012).

2.3.2. A perda da fertilidade

Tem-se assistido ao longo do tempo ao argumento da determinação biológica do corpo da mulher, este que parece justificar plenamente as questões sociais que o envolvem, assim sendo, esta passa a ser predominante, como explicação legítima e ímpar sobre fenómenos, que levam à origem de ideias sobre maternidade e instinto maternal. A essência feminina, faz parte de um conjunto de conceções em que estão inseridas a identidade de género e a divisão sexual do trabalho, que são geralmente construídas nas sociedades capitalistas. Assim, a capacidade reprodutiva da mulher vê-se envolvida numa mediação entre a biologia e a organização social e cultural, uma vez que existe a

noção de que a essência biológica do corpo da mulher é mediada pela cultura e pela organização social (Vieira, 2002).

O aparecimento da menopausa vem confrontar as mulheres com a perda progressiva da fertilidade e com as alterações menstruais até à sua cessação. A perda da possibilidade de ser mãe, acaba por gerar um sentimento de perda da feminilidade e da capacidade de manter uma relação com o mundo externo, o que tende a causar repercussões relevantes a nível emocional, social e psicológico da mulher (Miranda & Figueira, 1999).

Associada à menstruação, surgem dois significados, a ausência da possibilidade de uma gravidez, mas também, a perda da juventude e da fecundidade da mulher, deste modo, a menstruação assume-se assim como um marco de juventude e feminilidade. Posto isto, ao entrar na menopausa, a mulher pode ver-se envolvida num conflito relacionado com a cessação da menstruação, enquanto símbolo de fertilidade/ feminilidade e de manutenção da capacidade de reprodução (Pinotti et al., 1995).

Normalmente, as mulheres que se reproduziram durante a idade fértil, têm por norma grande dificuldade em aceitar a menopausa, contudo, mulheres que não passaram pela maternidade, também elas sofrem na menopausa (Valença et al., 2010). A menopausa, acarreta muitas dúvidas para as mulheres em relação à sua pessoa e às suas possibilidades futuras. Por esse motivo, é importante a coesão da sua estrutura psicológica, bem como a aceitação pelos que estão à sua volta (Pinotti et al., 1995).

Com isto, percebemos que a vivência da maternidade está relacionada com a sua construção social, não limitada apenas pela biologia, mas dependente de uma rede de apoio nos âmbitos socioeconómicos, emocionais e espirituais, sendo que é fundamental que a menopausa não assuma uma visão negativista de fim ou redução da feminilidade. Na meia-idade não se discute apenas a menopausa ou o cessar do ciclo reprodutivo, mas também a construção de diferentes discursos culturais em relação à mulher, reprodução, sexualidade e envelhecimento (Valença et al., 2010).

A mulher ao chegar à maturidade pode enfrentar medos e inseguranças a respeito do seu corpo, da sua capacidade de seduzir e até quanto ao desempenho do seu papel social de mãe, já que nesta fase perde a sua capacidade reprodutiva. Ao pensarmos em menopausa, e tendo em conta todos os significados que ela acarreta, o central baseia-se apenas no fim do período de fecundidade. (Favarato & Aldrighi, 2001). Contudo, não é, nem deve ser o fim da vida nem tampouco o fim da sexualidade, esta que muitas das

vezes, se deixa influenciado pela privação da qualidade da vida sexual e pela perda do libido apresentadas pela mulher nessa fase (Valença et al., 2010).

2.3.3. A questão do envelhecimento feminino

Nos séculos XX e XXI, a menopausa é decifrada, como uma etapa da vida associada a mudanças físicas e psicológicas. Além disso, há o entendimento e a ideia generalizada de que a menopausa e o envelhecimento andam de mãos dadas. Pode-se afirmar que a passagem por essa fase da vida, é repleta de significados biopsicossociais depreciativos (Trench & Santos, 2005). Isso ocorre porque muitas são as transformações e transições pelas quais a mulher passa nesse período. Desta forma, e não sendo de admirar, o gênero feminino ao pensar em envelhecimento irá refletir de imediato sobre o seu corpo (Ferreira et al., 2013).

No imaginário social, o envelhecimento feminino inicia-se a partir da meia-idade, e é um processo que está associado a desgastes e perdas físicas e de papéis sociais, num percurso que termina com a morte. Tratadas essencialmente como problemas de saúde, as perdas são comumente apresentadas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece, como o aparecimento de rugas, a flacidez da pele, os cabelos brancos, o aumento do peso e a perda da agilidade (Guerra, 2017), tais perdas são essencialmente sentidas muito mais a partir do olhar do outro do que pelo próprio (Motta, 2002).

Os papéis de gênero e a idade fazem parte do lugar e da imagem que neles ocupamos socialmente. A idade, desta forma, não é apenas uma função cronológica, mas também um fator que determina as expectativas que depositamos sobre um indivíduo. Nesse sentido, a construção social do que é ser feminina surge a partir de valores solidificados na beleza, na juventude e na fertilidade, atingindo abruptamente a identidade da mulher ao envelhecer. Assim, sendo viver numa sociedade que desvaloriza a população idosa, pode evidenciar a menopausa como uma experiência dolorosa, vislumbrando-a somente como um momento de decadência (Paiva & Frasson, 2014).

O fenômeno do envelhecimento, surge a partir de mudanças estruturais e ideológicas. Em primeiro lugar, as recentes mudanças demográficas significam que as pessoas estão a experimentar uma maior longevidade e a viver mais tempo uma existência mais saudável, muito devido aos avanços na tecnologia, bem como na saúde. Em segundo lugar, a geração do baby boom é a primeira a ter pleno acesso à pílula anticoncepcional, aborto legal, e outros avanços nas tecnologias contraceptivas que permitem às mulheres evitar a maternidade biológica. Assim sendo, as mulheres contemporâneas podem

definir-se mais além da sua capacidade reprodutiva, podendo deixar de identificar a menopausa somente ao fim da fertilidade. Em terceiro e último lugar, surge a crescente semelhança entre pais e filhos, no que toca a posturas, modas e atividades de lazer, o que pode ser encarado como um estilo informal de unidade (Dillaway, 2005).

O termo envelhecimento reprodutivo, é referido de forma a conceptualizar a menopausa como um processo que denota maturação biológica ou envelhecimento de algum tipo; sugere que as experiências reprodutivas das mulheres criam experiências diferentes em comparação com os homens e ilustra como a menopausa pode ser diferente de outros processos de envelhecimento. Este conceito, reflete assim que a menopausa não deve ser analisada de forma unidimensional e permite uma exploração dos múltiplos contextos sociais que a podem tornar única. Para finalizar, as experiências de envelhecimento podem permitir às mulheres, novas escolhas e identidades e ainda a entrada numa fase degenerada da vida, onde se poderá tornar mais claro, os significados e experiências positivas da menopausa. (Dillaway, 2005)

2.3.4. Sexualidade e vida conjugal

Existe uma forte crença associada à menopausa, que consiste na perda indubitável do seu desejo sexual, consequência da negação da sexualidade num período pós reprodutivo, tal mito pode dever-se ao facto de a mulher ser olhada enquanto objeto de procriação (Valença et al., 2010). Porém, qualquer noção pejorativa que surge sobre a sexualidade neste momento da vida é mais simbólico do que biológico (Paiva & Frasson, 2014). A função sexual abrange dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, podendo ser influenciada por regras sociais, padrões de julgamento e tabus (Bahri et al., 2017).

A ideia de que as mulheres na menopausa sofrem uma redução da libido, surge associada à quebra na produção de estrogénios, o que torna lenta a lubrificação, e ainda a questão da atrofia vaginal que pode provocar dispareunia (Valença et al., 2010), deste modo, todas as alterações ocorridas no corpo da mulher, leva a um processo anatómico, fisiológico e psicológico onde se observam impactos negativos na sexualidade da mulher, podendo diminuir a satisfação sexual (Derya et al., 2021).

É então necessário termos em conta que o ser humano é constituído por múltiplos valores sociais, não podendo ser compreendido apenas através de uma perspectiva puramente fisiopatológica. De facto, a mulher na menopausa apesar de todas as transformações naturais que enfrenta, continua a sentir prazer, o seu corpo permanece

erótico, não devendo deixar de expressar o seu amor e a sua sexualidade (Valença et al., 2010).

A atividade sexual é um aspeto importante da vida da maioria das mulheres que afeta a sua relação conjugal e a sua qualidade de vida (Bahri et al., 2017), no entanto, relações de poder, de atividade/ passividade, manifestações e papéis culturais, são também alguns fatores a ter em conta quando o assunto é a vida conjugal, sexualidade e/ou menopausa (Valença et al., 2010). Deste modo, parece evidente, que as perceções dos homens sobre a menopausa das suas esposas podem afetar as suas atitudes em relação a ela e, por conseguinte, afetar os seus comportamentos de apoio (Zhang et al., 2020).

Conforme um estudo levado a cabo por Fernandez et al., (2005), com o objetivo geral de identificar os aspetos que as mulheres consideram como positivos e negativos relativamente à sua sexualidade, na fase da menopausa, foram abordadas situações que foram organizadas em três categorias: relacionamento a dois, ato sexual e mulher enquanto ser social. *“Os resultados evidenciaram que elas priorizam a valorização da qualidade do relacionamento e da manifestação da emoção no contexto romântico”* (Valença et al., 2010: 280-281). Posto isto, nesta fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, assim como um melhor conhecimento do próprio corpo (Ministério da Saúde, 2008).

Referindo ainda outra investigação, que tinha como objetivos compreender as mudanças a nível fisiológico trazidas pela menopausa que detêm influência no padrão sexual da mulher; perceber se a frequência da atividade sexual sofreu alterações após a vivência da menopausa e ainda compreender quais os fatores agravantes ou atenuantes da vida sexual durante essa fase. Posto isto, verificou-se que a análise de resultados evidencia mudanças no relacionamento sexual após a fase da menopausa, como por exemplo, a diminuição da libido e a incompreensão por parte do companheiro, no entanto, houve casos em que referiram não terem ocorrido nenhuma mudança, ou até mesmo casos de mudanças positivas, surgindo um aumento da qualidade das relações sexuais. (Valença et al., 2010). Cabe de certa forma aos profissionais de saúde, um apoio no que diz respeito à procura pela promoção da saúde sexual, atitudes e comportamentos, visando a rutura de mitos e tabus (Aderne & Araújo, 2007).

Percebe-se, então, que a questão do desejo sexual durante a menopausa não é uma temática estanque, pois está sujeita à influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. A viuvez e, portanto, a falta de disponibilidade de um parceiro,

afeta em larga medida a questão da sexualidade. A falta de privacidade, filhos casados a viver na mesma casa e a saúde precária do conjugue, são outras razões para a diminuição da atividade sexual em mulheres mais em velhas em vez da menopausa por si só (Prakash, 1999).

Para além dos fatores referidos, também o estatuto sociocultural das mulheres tem influência na qualidade da vida sexual no período da menopausa. Na mesma linha de pensamento, se a sociedade em que a mulher vive dá valor à fertilidade da mulher e se a imagem corporal da mulher for considerada desfavorável, a vida sexual nesta fase é afetada negativamente. Todavia, a ausência do medo em engravidar e a perceção de uma experiência sexual mais livre e confortável, pode ser benéfica, pois acaba por influenciar positivamente o nível de saúde sexual da mulher. Ou seja, a crença na saúde, o estatuto sociocultural da mulher na menopausa e a atitude da sociedade em relação à menopausa, são fatores importantes para a qualidade da vida sexual (Derya et al., 2021).

A maneira como um casal se relaciona, ou até mesmo as pessoas que não têm uma vida conjugal, exerce influência no modo como a mulher pode lidar com a menopausa, isto é, se for estabelecida pouca ou nenhuma intimidade na relação conjugal ou parceira, pode originar uma certa dificuldade em aceitar esta etapa. Deste modo, é fundamental que se mantenham informadas a cerca de todas as questões de saúde que a menopausa envolve, bem como esclarecidas sobre o seu corpo, e realizadas com o relacionamento que detêm com o companheiro, a fim de ultrapassarem os conflitos que permeiam esta fase da vida feminina (Valença et al., 2010).

No entanto, não se pode generalizar a questão da sexualidade no período da menopausa, pois para muitos casais, a atividade sexual aumenta em função da vida mais prazerosa e do decréscimo das responsabilidades. A partir do momento em que o receio de engravidar não faz mais parte desta nova etapa, a vida sexual pode ser mantida de forma mais tranquila e livre (Paiva & Frasson, 2014). Assim, os significados de atividades como a sexualidade, podem mudar com o tempo, devido a contextos de género, isto é, novos significados podem induzir as mulheres a sentirem-se jovens em vez de velhas (Dillaway, 2005).

A sexualidade da mulher é muitas das vezes associada ao potencial reprodutivo, formando-se a ideia de que com o avançar do tempo, se possa tornar assexuada na menopausa. Geralmente, as mulheres juntam-se e socializam de forma a verem a sua autoestima relacionada com a atração sexual, juventude, fertilidade e maternidade, de

modo que, ser mulher é fazer o que todas as outras fazem, e, se por qualquer razão uma mulher não consegue ou não pode alcançar o mesmo padrão que as outras, então ela pode sentir-se diminuída (Cantor & Hunter, 1999).

Em suma, o desejo sexual não tem de ser experienciado por todas as mulheres da mesma forma, pois algumas mulheres desenvolvem o aumento da libido derivado do facto de se sentirem mais livres e valorizadas para manter relações sexuais somente pelo prazer, dado que, nesta fase da vida, a atividade sexual envolve exclusivamente a relação íntima e não mais a dimensão reprodutora presente antes. Posto isto, a vivência da sexualidade não se encerra com o envelhecimento, podendo ocorrer alterações corporais e na resposta sexual, mas o interesse pode continuar uma vez que a idade não dessexualiza (Paiva & Frasson, 2014).

2.3.5. Vida profissional

Ao longo da leitura, temo-nos vindo a aperceber que a experiência da menopausa acaba por ter o seu impacto em todos os campos da vida social da mulher, e a nível profissional não é exceção (Riach & Jack, 2021). A saúde e o bem-estar das mulheres de meia-idade no trabalho são de extrema importância, uma vez que estas constituem quase metade da mão de obra remunerada em muitos países de elevado rendimento, e principalmente em algumas indústrias tais como, os cuidados de saúde e assistência social, a educação e formação, o comércio e o retalho (Hickey et al., 2017).

As primeiras investigações em torno da menopausa no trabalho tiveram em conta esta fase enquanto variável que poderia ter impacto negativo no trabalho, ou funcionar como uma variável explicativa de como as mulheres vivenciaram a menopausa (Riach & Jack, 2021). Os sintomas advindos da menopausa, podem assim ter impacto direto nos locais de trabalho. Os calores, que assolam a maior parte das mulheres, podem prejudicar a confiança e aumentar a ansiedade, enquanto os distúrbios do sono, podem prejudicar a concentração e aumentar o risco de depressão. O trabalho remunerado é geralmente uma experiência positiva para as mulheres mais velhas, mas a localização e o timing do trabalho podem ser a chave para a experiência. As mulheres que trabalham em ambientes quentes ou mal ventilados estão mais propícias a que os seus sintomas de menopausa sejam mais problemáticos (Hickey et al., 2017).

Em termos gerais, quando falamos de questões relacionadas com a organização de trabalho, usualmente, as mulheres são as principais lesadas nesta experiência, devido aos 3 M's: Menstruação, Maternidade e Menopausa. A menopausa, assume-se assim como uma barreira de desigualdade no mundo laboral, uma vez que a saúde está

presente de forma implícita nesta questão. Para além disso, a menopausa carrega o estigma do envelhecimento, o que leva a que as mulheres de meia-idade sintam discriminação pela sua condição (Riach & Jack, 2021), principalmente porque o trabalho com homens e/ou colegas mais jovens aumentam o embaraço e estimulam de forma negativa o sentido de autoestima profissional das mulheres (Hickey et al., 2017).

Na investigação levada a cabo por Riach e Jack (2021), os relatos deixam transparecer o receio de algumas mulheres demonstrarem algumas fraquezas a nível de saúde, pois poderia ter impacto na forma como eram vistas. O segundo padrão relaciona-se com a experiência das condições de saúde, quer exacerbada pela menopausa, quer provocada por esta e, subsequentemente, causando experiências negativas no local de trabalho. Isto foi frequentemente discutido em relação à depressão, ansiedade e outras condições de saúde mental. Por exemplo, a menopausa ou o tratamento prescrito tiveram um impacto em condições pré-existentes das mulheres que, por sua vez, tiveram um impacto na sua experiência de trabalho.

Trabalhar com a experiência da menopausa, vai além das posições de género ou da idade no local de trabalho, pois estão inevitavelmente associados fatores como os níveis de trabalho emocional, bem como a gestão de pessoas complexas. No decorrer da investigação antes mencionada, as mulheres *“raramente sentiram que o esforço ou as competências necessárias eram reconhecidas a nível institucional e o stress deste tipo particular de trabalho podia exacerbar a ansiedade e os níveis de stress – sintomas associados à transição da menopausa”* (Riach & Jack, 2021: 16).

Existe assim a necessidade de haver algum tipo de cuidado no que diz respeito ao controlo da temperatura dentro dos locais de trabalho, assim como a disponibilização de informação, educação e formação para gestores e colegas, no que diz respeito à menopausa, de forma a promover um ambiente sem julgamentos e sem estigmas em torno desta fase, estimulando o apoio às mulheres que enfrentam a menopausa (Hickey et al., 2017).

2.4. A menopausa precoce

Na sociedade contemporânea, a menopausa tende a ser abordada a partir de uma compreensão eminentemente biomédica. No entanto, é necessário considerar que, embora a menopausa precoce constitua uma experiência corporal, a mesma é subjetivamente experienciada, num contexto que se caracteriza por uma dissonância

entre aquilo que é socioculturalmente esperado para a faixa etária vivenciada e a realidade biológica efetivamente experienciada por essas mulheres (Boughton, 2002).

À semelhança da menopausa normal, a menopausa precoce sofre de sintomas similares, no entanto há diferenças marcantes neste processo, uma vez que a cessação da menstruação em mulheres jovens, difere de forma substancial das mulheres em meia-idade, cujo facto já seria esperado (Lima & Tedesco, 2008). Enquanto algumas mulheres de meia-idade conseguem relativizar com sucesso estereótipos negativos em torno da menopausa, as mulheres jovens permanecem mais relutantes, encontrando pouco consolo em qualquer que seja a visão positiva. Deste modo, a menopausa precoce é vista como um estado estigmatizado que exige negociação de culpa e responsabilidade, a preocupação particular com a perda de capacidade reprodutiva e um plano de vida perdido para o futuro (Cantor & Hunter, 1999).

Além da questão da infertilidade, as mulheres com o diagnóstico de menopausa precoce evidenciam uma série de preocupações, tais como o risco de desenvolver osteoporose, questões em relação à autoimagem, receio da morte, os efeitos do uso de terapias hormonais a longo prazo, o impacto que essa condição exercerá sobre os seus relacionamentos, potenciais prejuízos cognitivos e a perda da feminilidade, bem como da sexualidade são algumas delas (Deeks et al., 2011; Singer et al., 2011). Quanto ao impacto da menopausa precoce sobre a sexualidade, sugere-se que, com ela, as relações sexuais podem perder o seu significado primário para algumas mulheres: a reprodução. As mudanças à cerca da esfera sexual podem assim, apresentar um impacto negativo sobre a autoconfiança e a autoestima, favorecendo sentimentos de ansiedade e depressão (Grazziotin, 2010).

As mulheres na menopausa precoce enfrentam a dificuldade de serem jovens ao mesmo tempo que se sentem posicionadas como sendo velhas (Cantor & Hunter, 1999). Assim é provável que se venham a exacerbar questões relacionadas com a autoimagem, que tende a adquirir especial relevância neste período desenvolvimental. Além disso, deve-se destacar que este infortúnio acarreta uma situação de elevada falta de sincronia entre pares, uma vez que as mulheres lidam com o encerramento precoce de seu ciclo reprodutivo e com todas as possíveis repercussões desse fato enquanto por exemplo as suas amigas e conhecidas na mesma faixa etária pensam em ter filhos e ampliar a família, o que pode fazer com que se sintam deslocadas e inferiorizadas (Boughton, 2002). Confrontadas com a falta de sintonia com a norma, pode haver apenas um

estereótipo social ao qual recorrer, quando o estereótipo é negativo, a autoestima é facilmente afetada e ameaçada (Cantor & Hunter, 1999).

Para além desta questão, a incapacidade de reprodução durante os anos designados como “férteis”, afeta de forma significativa o ideal de ser “feminino”, o que reflete o discurso de género de uma cultura pró-natalista. A infertilidade parece ser mesmo o aspeto mais angustiante da menopausa prematura e tende a ser experimentada tanto como uma crise, como um stress crónico, pois carrega um estigma, que surge do não cumprimento da norma cultural da maternidade. Assim sendo confrontado com o facto de estar fora de controlo numa área tipicamente assumida como controlável, o autoconceito da mulher na menopausa precoce como pessoa sexual pode ficar comprometido. A questão da infertilidade, torna-se ainda mais problemática, quando a mulher que a vivencia ainda não tem filhos, o que faz com que caia por terra um plano de vida ou sonho que para elas era fundamental enquanto mulheres (Cantor & Hunter, 1999).

Parte II: Investigação empírica - da metodologia à análise dos dados

Capítulo 1: Do desenho da pesquisa à recolha dos dados empíricos

1.1. Questões, objetivos de investigação e seleção dos participantes

Recordemos as questões e os objetivos deste estudo. Colocámos as seguintes questões de investigação:

- O que é para as mulheres a menopausa?
- Como é que a menopausa altera a vida das mulheres?
- Será a via da medicalização uma boa solução para esta fase natural da vida?
- Em que medida a Terapia de Reposição Hormonal será a resposta para a menopausa?
- Terá a medicalização da menopausa riscos?
- Qual a construção social que as mulheres fazem da menopausa? E quais os significados que lhe atribuem?
- A menopausa é percecionada por todas as mulheres da mesma forma?
- Estará a menopausa associada de forma inevitável ao envelhecimento feminino?
- De que forma a perda de fertilidade causará impacto na vida de uma mulher na menopausa?
- A ideia de perda de feminilidade afetará a autoestima da mulher?
- Será que a menopausa tem impacto na vida conjugal? E a nível profissional?

Em suma: Em que medida a construção social e a medicalização da menopausa têm impacto nos modos como as mulheres experimentam esta fase da sua vida?

De maneira a tentar responder a estes questionamentos, definiu-se como **objetivo geral**: conhecer os impactos da construção social e da medicalização da menopausa na vida das mulheres; e como **objetivos específicos**:

- Compreender quais os significados culturais, sociais e médicos que as mulheres atribuem à menopausa;

- Compreender qual a percepção das mulheres quanto à medicalização desta fase da vida;
- Compreender em que medida esses significados medeiam a sua experiência da menopausa;
- Perceber de que forma esses significados orientam as suas escolhas/estratégias para gerir esta fase da sua vida;

Com base nas questões de partida e nos objetivos definidos, e tendo em conta a escolha metodológica desta investigação, foi definido que iriam participar neste estudo mulheres que estejam a vivenciar a fase da menopausa. Como técnica de recolha de dados optámos pela entrevista semiestruturada.

Como critérios de inclusão definimos que os participantes tinham que:

- Ser mulher e estar a vivenciar o processo da menopausa;
- A menopausa ter ocorrido de forma natural;
- Terem idades diferentes e contextos sociais, culturais, pessoais e familiares distintos.

Já os critérios utilizados para excluir os participantes foram:

- A mulher ter entrado em menopausa como resultado de ter realizado tratamentos de quimioterapia;
- A mulher ter entrado em menopausa como resultado de ter enfrentado intervenções cirúrgicas a nível do sistema reprodutor.

1.2. Opções metodológicas

Segundo Almeida e Pinto (1975; p.384) a metodologia é “(...) a organização crítica das práticas de investigação”, isto é, o caminho e a direção para o rigor científico. Esta guia o caminho da pesquisa, oferecendo normas e regras, e quando aplicada, consiste num conjunto de procedimentos utilizados que tem como função examinar, estudar e avaliar métodos e técnicas de pesquisa.

Consoante os objetivos da presente investigação, pretende-se analisar o ponto de vista das mulheres acerca da menopausa, procurando compreender qual o impacto da medicalização e da construção social desta fase na vida das mulheres, dando-lhes vez e voz para exporem a sua experiência. O foco é, assim, colocado na análise da sua experiência subjetiva e na produção de significados em torno da menopausa,

entendendo-a não apenas como um evento biológico, mas também como produtora e produto de significados sociais e culturais. Por tudo isto, consideramos que a metodologia mais adequada é a **metodologia qualitativa**.

As metodologias qualitativas têm como objetivo descrever e compreender o comportamento humano na sua complexidade, explicando o processo através do qual os atores sociais constroem os significados atribuídos ao social e, a partir daí, elaborar conceitos que traduzam essa realidade. Esta metodologia permite “(...) *captar relatos, descrições, discursos e documentos que se reportam aos significados, crenças, opiniões e práticas dos actores (...)*” (Silva, 2013; p.16) assim, como discursos e experiências que revelam o modo como os sujeitos constroem e reconstróem a realidade social e como pensam a sua vida quotidiana.

O traço marcante deste tipo de metodologia reside no facto de que “*as questões que se pretendem investigar, não são definidas a partir da operacionalização de variáveis ou de hipóteses previamente formuladas, mas segundo objetivos de exploração, descrição e compreensão dos fenómenos em toda a sua complexidade, privilegiando um contacto estreito e prolongado com os sujeitos no seu meio natural*” (Silva, 2013: 2).

A pesquisa qualitativa é geralmente criticada pela subjetividade e proximidade entre o sujeito (investigador) e objeto (investigado). Os críticos afirmam que estes aspetos põem em causa a neutralidade e a objetividade do conhecimento científico (Martins, 2004), uma vez que dificultam o distanciamento entre os dados recolhidos e a perspetiva do investigador. No entanto, é a proximidade entre investigador e investigado que permite a partilha de experiências e significados, possibilitando analisar realidades complexas e recolher determinadas informações que não seriam conseguidas sem essa relação (Silva, 2013). Outra crítica prende-se com a impossibilidade de generalização dos resultados e da não representatividade dos dados qualitativos (Martins, 2004). Contudo, esta crítica pode ser ultrapassada através da diversificação e da saturação. Para tal, torna-se necessário assegurar a presença de diversidade de sujeitos ou situações, de modo a garantir a heterogeneidade tentando abordar a realidade através de todas as suas variações captando todas as tipologias de sujeitos. Assim, o que importa “(...) *não é a definição de uma imensidade de sujeitos estatisticamente «representativos», mas sim uma pequena dimensão de sujeitos «socialmente significativos» reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade do género (...)*” (Guerra, 2006; p.20). Já a saturação, indica o momento em que o investigador deve parar de recolher dados, pois estes não trazem

informações novas ou diferentes que justifiquem a recolha de material empírico. Segundo Guerra (2006) é este fator que irá permitir a generalização, pois a chegada à saturação significa que de momento não existem novas tipologias na realidade estudada.

O objetivo desta metodologia, consiste em descrever e compreender o comportamento humano na sua complexidade, e ainda interpretar a forma como os atores sociais constroem os seus próprios significados acerca de um determinado tema. Assim, o interesse foca-se na interpretação e avaliação de processos sociais, com auxílio a uma análise reflexiva e crítica das narrativas do real. Para compreender o real, torna-se necessário investigar as perspetivas dos atores sociais, transformando-os em informadores privilegiados, que revelam a realidade através dos significados atribuídos durante a interação. Assim, as metodologias qualitativas permitem simultaneamente uma valorização do indivíduo enquanto sujeito ativo na construção da realidade, recuperando a subjetividade através da recolha dos significados sociais, mas não perdendo de vista as estruturas sociais e os contextos da ação, permitindo uma abordagem holística do real, reconhecendo a interdependência entre os fenómenos objetivos e subjetivos (Silva, 2013).

A pesquisa qualitativa é geralmente criticada pela subjetividade e proximidade entre o sujeito (investigador) e objeto (investigado). Os críticos afirmam que estes aspetos põem em causa a neutralidade e a objetividade do conhecimento científico (Martins, 2004), uma vez que dificultam o distanciamento entre os dados recolhidos e a perspetiva do investigador. No entanto, é a proximidade entre investigador e investigado que permite a partilha de experiências e significados, possibilitando analisar realidades complexas e recolher determinadas informações que não seriam conseguidas sem essa relação (Silva, 2013). Outra crítica prende-se com a impossibilidade de generalização dos resultados e da não representatividade dos dados qualitativos (Martins, 2004). Contudo, esta crítica pode ser ultrapassada através da diversificação e da saturação. Para tal, torna-se necessário assegurar a presença de diversidade de sujeitos ou situações, de modo a garantir a heterogeneidade tentando abordar a realidade através de todas as suas variações, captando todas as tipologias de sujeitos (Guerra, 2006).

Neste caso, espera-se que esta metodologia permita uma recolha de dados mais ricos e aprofundados e proporcione um conjunto de *insights* relativamente ao meu objeto de estudo. É a aproximação às participantes que permite aceder a esses significados mais profundos, compreendendo e conhecendo melhor os modos como as mulheres

interpretam, vivem e experienciam a fase da menopausa, os quais devem ser compreendidos no âmbito de contextos socioculturais específicos e das suas biografias.

1.3. Modelo de análise

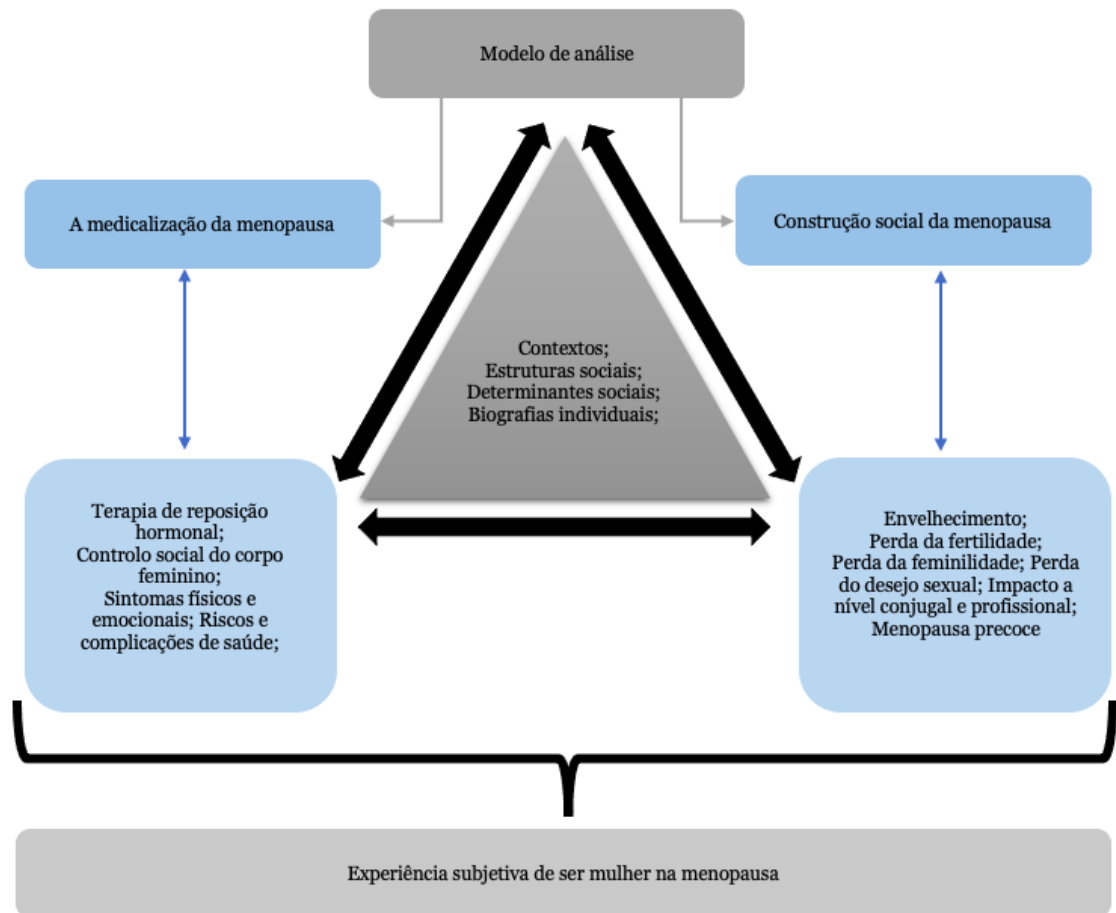


Figura 1. Modelo de análise. Fonte: elaboração própria

1.3.1. Explicitação do modelo de análise

O modelo de análise liga de uma forma geral a teoria à prática. Cabe-lhe a esquematização dos conceitos que partem da discussão teórica, que guiam a recolha de dado e auxiliam na fase da análise dos dados.

No modelo de análise da presente investigação, pretende-se analisar duas dimensões que se encontram relacionadas, são elas a medicalização da menopausa, e a construção social desenvolvida em redor deste tema. Com o avanço da idade, as mulheres caminham a passos largos para a cessação da menstruação, que irá levar à fase da menopausa. Como vimos anteriormente, a menopausa interpretada de uma perspetiva biomédica, continua a ser tida em conta como doença, logo, é associada a algo negativo.

Estão então implícitos conceitos, tais como a questão da **medicalização** através da terapia de reposição hormonal, o controlo social que é exercido no corpo da mulher, os sintomas físicos e emocionais que lhe estão associados, bem como o risco que está intrínseco à medicação destinada à menopausa. É perceptível, que nem todas as mulheres experienciam a menopausa da mesma forma, uma vez que os fatores culturais e sociais exercem a sua influência na forma como esta fase natural é vivida. Deste modo, é fundamental compreender quais os significados culturais, médicos e sociais que as mulheres atribuem a esta fase da vida, de forma a representá-la através de uma **construção social da menopausa**. Assim, iremos abordar conceitos, que não poderíamos ignorar no desenvolvimento desta investigação, tais como, o envelhecimento, a perda da fertilidade, da feminilidade, do desejo sexual, e ainda os impactos que esta fase podem ter a nível conjugal e profissional. Estas dimensões, são influenciadas pelos contextos sociais, culturais, históricos e geográficos, assim como pelas estruturas sociais e pelos determinantes sociais, como o género, a classe social, as habilitações escolares, entre outros, e pelas próprias biografias individuais de cada um. Assim sendo, desde os aspetos mais macro aos aspetos mais micro, todos contribuem para a construção da experiência subjetiva da menopausa.

1.4. Técnica de recolha de dados

Etimologicamente, técnica, significa ato, o saber fazer. As técnicas de pesquisa dizem respeito ao conjunto de procedimentos e de instrumentos que têm como objetivo a recolha e tratamento da informação, de forma a satisfazer os objetivos da investigação. Cabe assim ao investigador escolher o método e as técnicas que se demonstrem mais eficazes no desenvolvimento da investigação (Almeida e Pinto, 1975).

Inicialmente, tínhamos equacionado o focus group como técnica de recolha de dados, uma vez que este acaba por gerar dinâmica e até poderiam sobressair opiniões contrárias dentro do grupo, o que poderia ser benéfico para a investigação. No entanto, como estamos perante um concelho pequeno, onde todos se conhecem, tivemos receio que por ser um tema sensível, as mulheres não se exporiam da mesma forma, como se exporiam numa entrevista individual. Assim sendo, o instrumento de recolha de dados definido para esta investigação, foi a **entrevista semiestruturada**.

Uma entrevista é uma técnica de recolha de dados baseada em “*conversas orais, (...) com várias pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha de informação*” (Ketele & Rogiers, 1999; p.22).

No seguimento da entrevista como técnica de recolha de dados, esta pretende entender “o modo como os indivíduos vivenciam o seu quotidiano, em particular determinados acontecimentos ou mudanças durante a sua vida” (Lalanda, 1998; p.877).

É fundamental que a entrevista seja preparada com antecedência, já que é uma das etapas mais importantes da pesquisa, logo há cuidados que têm de se ter em atenção requer, entre eles destacam-se: o planeamento da entrevista, esta que deve corresponder aos objetivos traçados para levar a cabo a investigação; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha algum à vontade com o tema abordado; a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, que deverá ser marcada com antecedência, de forma a assegurar que o pesquisador será recebido; a escolha de um local que seja confortável para o entrevistado para que possa expor de forma desinibida as suas experiências, e, por fim, mas não menos importante, a preparação específica de um guião com as questões importantes (Boni & Quaresma, 2005). Ao seguirmos estes passos, a conversa acabará por guiar-se até aos objetivos do estudo (Ketele e Roegiers 1999).

Quando falamos em entrevista semiestruturada, significa que o entrevistador possui já algumas perguntas previstas que servem de ajuda no encaminhamento da conversa, mas sempre apresentando uma grande flexibilidade, para que o entrevistado se possa soltar ao longo do diálogo. Relativamente à formulação das questões, estas não devem ser despropositadas, dúbias, desajustadas ou tendenciosas. Devem sim, ser feitas de forma a dar continuidade à conversação, conduzindo a entrevista com um certo sentido lógico para o entrevistado (Ketele & Roegiers, 1999).

Normalmente o guião encontra-se organizado por grupos de perguntas, que possuem pontos de referência ou perguntas de lembrança que apenas são apresentadas se o entrevistado não fizer referência a elas nas respostas (Guerra, 2006). Estes aspetos conferem ao entrevistador um maior controlo sobre a entrevista (Flick, 2005), evitando que o entrevistado fale durante muito tempo, ou perca o foco (Quivy & Campenhoudt, 1998). Como tal, a entrevista semiestruturada permite sistematizar conhecimentos sobre práticas, atitudes e valores dos entrevistados, enquanto mantém uma certa flexibilidade (Brites, 2017), liberdade de resposta e uma maior recolha de informações que refletem melhor as representações (Ketele & Roegiers, 1999), o mundo dos entrevistados e os significados que estes atribuem a determinados fenómenos (Santos, 2014). Assim, este tipo de entrevista possibilita explorar os pontos de vista subjetivos, mas com a orientação do entrevistador ao longo desse processo (Flick, 2005).

No caso do estudo em questão, foi realizado um guião (Anexo I) dirigido às mulheres que possuem as características definidas para levar a cabo a recolha de dados. O guião encontra-se assim dividido em três grupos. No primeiro grupo tem-se a intenção de conhecer um pouco melhor a mulher com quem falamos, perceber que tipo de mulher é, qual a sua trajetória de vida, e a que dada altura sentiu que a menopausa se estaria a aproximar. No segundo grupo, pretende-se então chegar ao cerne da questão, e compreender como é que a mulher entende a menopausa enquanto questão de saúde, e perceber qual a relação com a medicalização do corpo feminino. No terceiro e último grupo, desejamos perceber como é que a mulher, através da sua experiência subjetiva, faz a sua construção social da menopausa, através de conceitos que são fundamentais na abordagem deste tema.

De forma a obter uma narrativa natural, muitas vezes não é pertinente fazer uma pergunta direta, mas sim fazer com que o entrevistado relembre parte da sua vida, deste modo, o investigador pode muito bem ir suscitando a memória do investigado (Boni & Quaresma, 2005). Além disso, o modo e a ordem em que as perguntas são colocadas não é importante (Guerra, 2006), uma vez que se pretende que este tipo de entrevista se assemelhe a uma conversa informal e fluida. Assim, o entrevistador deve fazer o mínimo de perguntas possíveis, pois o excesso de perguntas torna as respostas dos inquiridos curtas e restritas ao que lhes é pedido sem aprofundar muito o seu pensamento (Quivy & Campenhoudt, 1998). O entrevistador tem a função de redirecionar a conversa para o assunto que achar mais oportuno, quando esta estiver a fugir ao guião, fazendo perguntas adicionais de forma a esclarecer questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista (Boni & Quaresma, 2005).

Para que a fase de recolha de dados seja levada a cabo, é crucial que em cada entrevista seja realizada uma fase de enquadramento, onde é preenchida uma ficha de caracterização do entrevistado (Lalanda, 1998), em que conste características biográficas do entrevistado, tais como idade, género, escolaridade, entre outros. Esta será uma fase mais formal, mais objetiva e fechada que deverá ser colocada no final da entrevista como forma de conclusão (Guerra, 2006). Como tal, na presente investigação foram elaboradas fichas de caracterização (Anexo II) de forma a fazer a caracterização dos participantes no final das entrevistas.

Outro aspeto fundamental na realização das entrevistas é a sua gravação. Consoante Quivy & Campenhoudt (1998), a gravação da entrevista é indispensável, e deve ser realizada com autorização, garantindo o anonimato do entrevistado. Normalmente, no

início da entrevista, existe sempre um certo nervosismo/ embaraço por parte do entrevistado por estar a ser gravado, todavia, esse obstáculo rapidamente é ultrapassado no decorrer de uma entrevista fluida em que o entrevistado está concentrado no seu discurso (Lalanda, 1998). Além disso, a gravação tem como principal objetivo facilitar o entrevistador, evitando com que esteja constantemente a tirar notas acerca das respostas do entrevistado, o que provocaria não só a distração do pesquisador, mas também o desconforto do inquirido (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Para que a entrevista seja levada a bom porto, é crucial que o entrevistador seja empático e consiga desenvolver com o entrevistado uma relação de confiança que lhe permita obter informações que de outra forma não seria possível (Guerra, 2006; Lalanda, 1998; Lakatos & Marconi, 2003). Desta forma e para que tal seja possível, o entrevistador deve evitar condicionar as respostas do inquirido evitando envolver-se num debate de ideias ou tomar posição, mantendo sempre a sua neutralidade axiológica, devendo apenas ouvir e incentivar o entrevistado a falar. É do dever do investigador, intervir o mínimo possível para não quebrar a sequência do pensamento, concedendo liberdade ao entrevistado, de modo a alcançar uma maior riqueza no material recolhido, uma vez que as informações recolhidas surgirão mais intactas e menos influenciadas pelas perguntas (Boni & Quaresma, 2005; Guerra, 2006; Quivy & Campenhoudt, 1998).

Tendo em conta questões de deslocação e de proximidade, optou-se por realizar a investigação no Município de Penamacor. Desta forma, elaborou-se uma lista com cerca de vinte nomes de mulheres que pensávamos estar em idade de menopausa, e fomos ao encontro das mesmas, questioná-las se estariam interessadas e disponíveis para falarem da sua experiência subjetiva da menopausa, tema principal da investigação. No entanto, ao colocarmo-nos no terreno, deparamo-nos com situações como o facto de muitas mulheres já terem sido intervencionadas cirurgicamente (histerectomia), ao terem já retirado o seu sistema reprodutor, mas também casos de mulheres que tomam pilulas continuadas, e que como não têm menstruação há já vários anos, não sabem se já estão em processo de menopausa, ou se ainda é a pilula a fazer o seu efeito.

Fez-se então uma pré-seleção das mulheres que estariam interessadas em colaborar na investigação, e nos dias 6 e 7 de Junho fizeram-se os respetivos agendamentos das entrevistas, uma vez que as entrevistadas teriam de conciliar a sua vida profissional com a familiar. Deste modo, as entrevistas arrancaram no dia 8 de Junho e tiveram o seu término a 24 de Junho. As entrevistas foram realizadas na própria residência das

entrevistadas, por se tratar de um local mais privado e confortável. De uma forma geral as entrevistas tiveram em média a duração de 45 minutos tendo estas sido gravadas, com o devido consentimento informado das participantes, para posterior transcrição integral, análise aprofundada e comparação entre os casos.

Todas as entrevistas decorreram como planeado, à exceção de uma. Mesmo depois da pré-seleção e de se ter informado que só poderiam participar mulheres cuja menopausa tivesse ocorrido de forma natural, ou seja, sem interferência de tratamentos de quimioterapia ou intervenções cirúrgicas, ao iniciar uma das vinte entrevistas planeadas, e no decorrer da conversa, a entrevistada refere que a sua menopausa surge devido ao facto de lhe terem “secado” a menstruação através do auxílio de umas injeções, devido ao facto de estar a enfrentar um cancro no peito. No entanto, demos continuidade à entrevista até ao final, de modo a não ferir a sua suscetibilidade, todavia, essa entrevista não constará na análise dos dados, uma vez que não se trata de uma menopausa natural. Assim sendo, tivemos de realizar uma entrevista extra, de forma a fazer a totalidade das vinte entrevistas.

1.4.1. Questões éticas

Qualquer que seja o tipo de investigação, é sempre necessário ter em atenção os cuidados éticos e, quando falamos de investigação na área das Ciências Sociais nas preocupações éticas são igualmente importantes uma vez que, são envolvidos aspetos referentes à intimidade e subjetividade dos sujeitos.

Para desenvolver uma relação de confiança e cooperação é necessário que desde o início o investigador informe os participantes acerca dos objetivos da entrevista, da estrutura que pretende dar à conversa, dos temas que serão abordados e ainda do destino que o material recolhido irá ter garantindo-lhe a confidencialidade das informações (Lalanda, 1998; Lakatos & Marconi, 2003). Para tal foi fundamental a elaboração, entrega e preenchimento de consentimentos informados (Anexo III). O consentimento informado é um documento onde é explicado ao participante que a sua participação é anónima e como tal os dados serão tratados com anonimato, sendo ainda esclarecido o que se pretende fazer e quais os objetivos da investigação. Devendo sempre ser assegurado o esclarecimento de qualquer dúvida por parte do participante. Além disso, este consentimento é voluntário não sendo permitido a coação dos indivíduos para participar na investigação, tal facto iria contra a ética da investigação (Almeida, 2013).

Preferencialmente o consentimento informado deve ser redigido de forma escrita para que o documento seja assinado pelas duas partes (entrevistador e entrevistado), no entanto este também pode ser prestado tanto de forma oral (gravação) (Almeida, 2013).

No caso particular desta investigação deu-se preferência ao consentimento informado escrito e assinado por ambas as partes, contudo e uma vez que a população alvo são idosos deparamo-nos com alguns entrevistados/as que não sabiam escrever e assinar o seu nome, e nesses casos optou-se pela forma oral do consentimento informado, sendo este gravado.

De modo a garantir o anonimato das participantes foram-lhes atribuídos nomes fictícios.

1.5. Descrição do contexto da pesquisa

A investigação foi realizada no Município de Penamacor, pertencente ao distrito de Castelo Branco, por questões de proximidade com a residência da investigadora, sendo que este concelho, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística recolhidos pelos Censos de 2021, conta com uma população total de 4768 habitantes, dos quais 2419 são mulheres, ou seja, cerca de metade da população (51%) (Censos 2021, INE).

1.5.1. Caracterização das entrevistadas

A investigação contou com a participação de vinte mulheres que estão a vivenciar a fase da menopausa nas suas vidas, com idades compreendidas entre os 39 e os 63 anos, sendo Tânia a participante mais nova e Alice a participante mais velha, posto isto, a média das idades ronda os 53 anos. Relativamente ao estado civil, este grupo é constituído, na sua maioria, por mulheres casadas (treze), mulheres que se encontram numa união de facto (duas), uma mulher viúva, três divorciadas, e uma solteira. Deste grupo apenas Amélia e Cláudia não têm filhos, enquanto as restantes entrevistadas têm entre um e dois filhos. O grupo possui níveis significativos de escolaridade, sendo que nove mulheres detêm o ensino secundário completo, uma o bacharelato e quatro a licenciatura. Apenas seis mulheres possuem menos escolaridade, nomeadamente, quatro mulheres possuem o 3º ciclo, e duas o 2º ciclo, estando associadas a estas profissões menos qualificadas. Todas as mulheres se encontram em idade ativa, exercendo funções que se enunciam no quadro que se segue. Dentro do grupo, estando ainda em idade ativa, encontra-se apenas uma mulher em situação de desemprego. Relativamente à idade em que sentiram que estariam a entrar na menopausa, esta vai desde os 36 aos 56 anos, sendo Tânia a mulher que experienciou mais cedo a menopausa, e Alice a que experienciou mais tarde. A média das idades ronda assim os 49 anos. Perante as mulheres entrevistadas, as idades mais referidas foram os 48 anos (4 participantes), os 50 anos (4 participantes) e os 52 anos (4 participantes). No

entanto, apesar de a maior parte das mulheres ter tido uma menopausa em idade dita normal, Tânia e Cláudia, experienciam uma menopausa precoce surgida aos 36 anos e 39 anos, respetivamente.

Tabela 1: Variáveis de caracterização sociodemográficas das entrevistadas. Fonte: elaboração própria

Variáveis de caracterização das participantes							
Nº da entrevista	Nome (fictício)	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Escolaridade	Profissão	Idade em que surgiu a menopausa
1	Adelaide	56	Casada	2	12º ano	Assistente Operacional	52
2	Catarina	52	Casada	2	12º ano	Assistente operacional	48
3	Carla	58	Casada	1	12º ano	Assistente Operacional	52
4	Sílvia	55	Divorciada	2	Licenciatura	Enfermeira	47
5	Alice	52	Casada	2	Licenciatura	Professora	48
6	Maria	55	Casada	2	Licenciatura	Professora	52
7	Susana	58	Viúva	1	12º ano	Administrativa	52
8	Amélia	54	Solteira	0	Licenciatura	Diretora Técnica	47
9	Rosa	52	Casada	1	12º ano	Cozinheira	48
10	Isabel	53	Casada	2	12º ano	Gestora de Loja	50
11	Manuela	54	Casada	1	12º ano	Técnica de Farmácia	50
12	Celeste	57	Casada	2	9º ano	Desempregada	50
13	Lisete	52	Casada	1	12º ano	Assistente Técnica	50
14	Fernanda	50	Casada	1	9º ano	Auxiliar de Fabrico	48
15	Simone	56	Casada	2	6º ano	Empregada de Balcão	51
16	Alexandra	63	Divorciada	2	6º ano	Auxiliar de Lar	56
17	Tânia	39	União de facto	1	9º ano	Empregada de Mesa	36
18	Cláudia	49	Divorciada	0	12º ano	Rececionista	46
19	Rute	43	União de facto	1	9º ano	Operadora de Caixa	39
20	Aida	56	Casada	1	Bacharelato	Técnica de Farmácia	54

Capítulo 2: Análise e interpretação dos dados

2.1. A autoavaliação de si e do seu percurso de vida

Tal como temos vindo a referir ao longo da investigação, a perspetiva da menopausa varia conforme as características individuais das mulheres, mas a mesma deve ser analisada e compreendida no âmbito das suas biografias individuais e dos contextos socioculturais a que pertencem. *“As mulheres são sujeitos socioculturais, agem, pensam e descodificam a menopausa a partir das suas interpretações do mundo e das relações sociais estabelecidas nos ambientes de convivência”* (Mariga, 2019; p.38). Deste modo, ressalta-se que as mulheres experimentam a menopausa consoante o meio em que vivem e em que se relacionam com os outros, acabando por se refletir em diferentes significados e experiências desta fase da vida (Bahri & Roudsari, 2019). Assim sendo, pareceu-nos fundamental conhecer melhor as nossas participantes, perceber como se percecionam, como se descrevem a si próprias e quais as características pessoais que mais valorizam. O modo como se perspetivam a si próprias, nesta fase da sua vida, como encaram o processo de envelhecimento e a sua capacidade para projetar futuros, pode moldar/ influenciar alguns dos significados construídos em torno desta fase do ciclo vital e do processo de vivência da menopausa.

Numa primeira instância, conseguimos perspetivar que a maior parte das entrevistadas faz um apanhado das suas características tanto a nível pessoal, familiar, como a nível profissional. Referem com frequência que são trabalhadoras, independentes e empenhadas em cumprir objetivos. Como tantas outras mulheres na sociedade portuguesa contemporânea, têm o objetivo de estudar, trabalhar e serem independentes (Santos & Borges, 2010).

“(…) Sempre fui uma mulher muito trabalhadora, antes dos meus 18 anos comecei a trabalhar, fui trabalhar para Lisboa, comecei a depender de mim. (...)” (Susana, 58, viúva, 12^o ano, administrativa)

“Sou uma mulher muito guerreira (...) sou um bocadinho obstinada, não passo por cima de ninguém para atingir os meus objetivos, mas quando tenho um objetivo tento que ele vá até ao fim. (...) Sou muito divertida, gosto muito de fazer os outros rir e quando alguém me ganha, desde que seja de coração, raramente me perde, tem uma amiga para toda a vida. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12^o ano, rececionista).

Para além de características mais pessoais e profissionais, também o lado social é salientado, quando referem que gostam de ajudar os outros, que mantêm relações sociais com toda a gente, que são protetoras com os seus, e que gostam de comunicar:

“(...) gosto de ajudar, acho que sou uma pessoa amiga do amigo, (...), não gosto de virar as costas a ninguém independentemente do tipo de relação que possamos ter. Gosto de trabalhar, gosto do que faço, estou sempre pronta, dentro das minhas disponibilidades (...)” (Adelaide, 56, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“(...) sou uma pessoa muito mãe galinha. (...) Tranquila, também, gosto de estar no meu espaço, gosto de conviver com as pessoas que eu gosto, também gosto de estar em grande público a atender pessoas, porque faz parte da minha profissão e gosto muito de contactar com pessoas exteriores à minha família. (...) Sou um bocado exigente comigo própria, sou stressada, mas com a idade que tenho já consigo gerir melhor este tipo de stress. Sou filha única e devido a isso sou muito ligada aos meus pais... (choro) (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

No entanto, apesar da maioria das entrevistadas denotar ter uma vida estável, sem grandes conflitos, o mesmo não se pode dizer de Catarina, Alexandra e Tânia, que enfrentam, respetivamente, um divórcio complicado, uma vida marcada pela violência doméstica e uma menopausa precoce. Ainda que se trate de acontecimentos de diferente ordem de grandeza e geradoras de diferentes experiências, acabam por marcar de forma negativa a perspetiva de vida de cada uma destas mulheres, assim como a sua própria identidade.

“Ultimamente as coisas são tão complicadas que nem sei. (...) Ao fim ao cabo sou lutadora, tenho sido uma mulher guerreira, apesar das contrariedades da vida, mas tenho conseguido ultrapassar essa parte. (...)” (Catarina, 52, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“(...) Tenho sido uma mulher muito frágil devido a circunstâncias da minha vida que passaram por mim, um casamento quase de 31 anos com muito sofrimento e fiquei muito abalada com essas coisas todas, com aquilo que ele fazia, com aquilo que ele dizia. (...) E até essa data tive várias depressões. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6^o ano, auxiliar de lar)

“(...) Sou uma pessoa que luta para ultrapassar os obstáculos da vida. Mas agora sinto-me uma pessoa muito mais triste, deprimida e inferiorizada. (...)”
(Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Como referido anteriormente, pareceu-nos pertinente abordarmos a autoavaliação dos percursos de vida. Assim, os seguintes discursos permitem-nos afirmar que a maioria das mulheres se sente concretizada e realizada com o percurso de vida que fizeram, e que não fariam qualquer alteração, o que, de algum modo, está de acordo com uma autoavaliação positiva que a quase totalidade fez das suas características pessoais, como se depreende dos excertos reproduzidos em cima.

“Acho que foi bom, e acima de tudo sinto-me realizada. (...) Voltava a fazer tudo igual, não mudava uma vírgula no meu percurso de vida. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Está tudo bem. (...) Faria se calhar o mesmo seguimento. (...) Como me sinto bem, faria mais ou menos a mesma coisa. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Ao falarem do seu trajeto, é particularmente interessante perceber que avaliam de modo articulado as diferentes facetas da sua vida, académica, profissional e familiar. Amélia, que é solteira, sente-se realizada mesmo não tendo cumprido uma trajetória tradicional, encontrando no seu percurso académico e profissional fonte de realização pessoal.

“Foi um grande percurso, não é? O estudar, o começar a fazer estágios, o começar a trabalhar, fazer formações, pós-graduações. (...) Enfim. (...) Tudo isso. (...) Sinto-me realizada. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“É assim, eu estudei até ao 12º (...) andei um ano a trabalhar e a acabar de tirar o 12º, depois já não quis seguir mais nada (...) Gosto do que faço, consigo ajudar muitas pessoas. (...) Tem sido assim uma vida regrada normalmente, trabalho casa, depois casar ter a filha, é uma vida normal de uma dona de casa como qualquer outra. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

“Acho que dentro do que eu tinha idealizado para a minha vida, acho que tem sido um caminho positivo. (...) Sinto-me realizada, gosto do que faço, e mesmo dentro do meio familiar sinto-me realizada. (...)” (Lisete, 52, casada, 12^o ano, assistente técnica)

Ao discurso de realização, no que diz respeito ao percurso de vida, juntam-se Celeste e Rute, que apesar de se sentirem realizadas, teriam alterado algumas coisas ao longo da vida. No caso específico de Celeste, mudaria apenas o facto de nunca ter conseguido um emprego fixo, o que lhe provoca alguma instabilidade, encontrando-se neste momento desempregada.

“Acho que não mudaria muito. O único objetivo que eu sempre tive na vida foi querer ter um emprego fixo, que desde sempre eu andei de saltimbanco. (...) Eu fui dona de casa, eu andei na casa das pessoas a limpar, eu andei a passar a ferro, limpezas, andei nos jardins. (...) O meu percurso de vida já foi de tudo, e eu para mim, o único objetivo da minha vida era ter tido um emprego fixo, onde pudesse trabalhar todos os dias, e chegar ao fim do dia e dizer assim “tenho o dia ganho” (...) e quando for à minha idade da reforma, eu ter a minha reforma. (...)” (Celeste, 57, casada, 9^o ano, desempregada)

“(...) Se calhar não aproveitei tudo o que deveria ter aproveitado, talvez mudasse alguma coisa, mas sinto-me realizada, dentro dos possíveis (...) mas mudava muita coisa. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9^o ano, operadora de caixa)

Maria, Susana e Rosa, também dizem sentir-se realizadas, todavia, o seu percurso de vida teve acontecimentos que as marcaram de uma forma negativa, como é o caso do falecimento de familiares:

“Foi bom. (...) Tive momentos menos bons, quando perdi os meus pais, mas tive uma infância feliz. (...) Sinto-me realizada com a vida que escolhi. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“Até ao dia de hoje, sempre fui uma mulher feliz, nunca tive problemas na minha vida a nível profissional e a nível de casal. (...) Infelizmente, há 2 anos perdi o meu marido, perdi o amor da minha vida. (...) A partir daí fiquei uma

mulher totalmente diferente. (...) Tenho dias bons, tenho outros dias maus (...) mas consigo ultrapassar. (...)” (Susana, 58, viúva, 12^o ano, administrativa)

“É assim, eu costumo dizer que eu não sou exemplo para ninguém, mas talvez o meu percurso de vida me fez a mulher que sou hoje. (...) Neste momento, graças a Deus, sou uma mulher realizada, muito. Costuma-se dizer que há momentos mais fáceis, há momentos mais difíceis, mas tenho orgulho naquilo que sou. (...) E quem me deu sempre mais forças já cá não está, foi a minha mãe... (choro) (...)” (Rosa, 52, casada, 12^o ano, cozinheira)

Porém, nem todas as entrevistadas se sentem felizes. Tal como já foi referido, Alexandra viveu 31 anos subjugada à violência doméstica, que terminou com o suicídio do agressor, mas, conseguiu ultrapassar e atualmente dá mais valor a si própria e encara a vida de uma forma positiva. Tânia enfrenta uma menopausa precoce que lhe retirou a possibilidade de ter mais filhos, o que se traduz numa grande infelicidade. À semelhança de Alexandra, também Cláudia teve um percurso complicado, uma vez que o seu casamento foi também marcado por um período abusivo. No campo profissional, já teve muitas experiências, mas hoje o seu trabalho obriga-a a estar longe da família e dos amigos, o que acaba por ser complicado de gerir.

“Não foi nada fácil. (...) Cheguei a uma altura que a cabeça encheu e explodiu e então separei-me. Depois da separação, o sofrimento continuou porque ele ameaçava-me constantemente e tive de andar a dormir de casa em casa. (...) Até que ele um dia lhe deu na gana e matou-se. (...) Eu para lhe dizer que fiquei contente com isso, não, não fiquei contente (...) mas, e que Deus me perdoe aquilo que eu vou a dizer (...) mas quando o fez, eu fiquei aliviada, porque aí já não havia ameaças. Ainda andei em tribunal, ainda fui à GNR (...) Hoje gosto mais de mim porque já penso de outra maneira. (...) Gosto de viver, gosto da vida, tenho os meus netos, tenho os meus filhos. (...) Hoje estou com a cabeça mais assente e já penso de outra maneira. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6^o ano, auxiliar de lar)

“Nunca fui muito boa aluna, não gostava de estudar, não tinha boas notas, e por isso tenho apenas o 9^o ano. (...) A nível familiar estou numa união de facto, vivo com o meu namorado e com a nossa filha. (...) Não me sinto completamente realizada, porque não posso ter mais filhos, mas tento ter

pensamento positivo e pensar que ainda sou nova e tenho toda uma vida pela frente. (...) (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

“Foi muito complicado. (...) A minha infância foi muito feliz, depois na pré-adolescência entrei num projeto de canto que foi maravilhoso, mas depois tive um percalço nesse campo que me fez deixar de cantar. (...) Depois tive 12 anos casada com um homem que era um bocadinho abusivo, e que hoje é meu cunhado, portanto, que casou com a minha irmã. (...) Nunca pude ter filhos devido a isso e quando podia ter já era tarde, já não tinha idade para isso. (...) A nível profissional tive muitos trabalhos. (...) Não posso dizer que sou completamente feliz porque estou longe da minha família e dos meus amigos mais chegados, mas fazemos um esforço para agradar e para sermos felizes com o que temos. (...) (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)

2.1.1. O confronto com o processo de envelhecer e a capacidade de projetar futuros

No imaginário social, o envelhecimento feminino, iniciado a partir da meia-idade, é um processo que está associado a desgastes e perdas físicas e de papéis sociais, numa trajetória que se finda com a morte (Guerra, 2017). Tal facto, fez com que fosse fundamental compreender a perceção das entrevistadas sobre o envelhecimento, que, como sabemos, está socialmente associado, no caso das mulheres, à entrada na menopausa. Ao analisarmos as respostas, verificámos que uma grande parte lida bem com o envelhecimento, associando-o uma fase natural da vida:

“Normal. Toda a gente tem de passar por isso, faz parte da nossa vida, não é? Por isso temos que aceitar, e é uma coisa que é progressiva, não é imediata. (...) (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)

“Ah perfeitamente bem, acho que é uma coisa perfeitamente natural. (...) Não estou nada preocupada em ficar mais velha. (...) (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)

Nos casos de Maria, Susana e Rosa, também elas lidam bem com a ideia de envelhecer, no entanto, têm receio de algumas mudanças e do que estas lhes irão provocar a longo prazo, tais como o facto de Maria deixar de exercer a sua profissão como professora e a falta que os alunos lhe irão fazer; o receio de Susana de a idade lhe trazer graves

consequências a nível de saúde e ficar dependente; e o ter a percepção de que a velhice estará associada a uma maior vulnerabilidade física, como é o caso de Rosa.

“Bem. (...) Não tenho medo de envelhecer, porque acho que vou ser uma velha muito catita... (risos) (...) Não tenho medo da velhice. (...) O que me pode fazer alguma confusão, é eu não ter esta vida que tenho agora, a falta que os alunos me vão fazer, o ritmo que tenho vou deixar de o ter, não é? É só isso que me faz alguma confusão. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“Ai, lido bem. (...) Sou uma pessoa que não tem medo. Tenho um bocado receio da velhice, mas não tenho medo de envelhecer, só tenho medo é que caia numa cama ou isso e que tenha de ficar subjugada a terceiros. (...)” (Susana, 58, viúva, 12^o ano, administrativa)

“Ah, lido bem dentro dos possíveis. (...) Tenho muito respeito e penso que as forças vão faltando porque é óbvio que quando a gente tem 20, 30 anos, a gente diz assim “ah muita gente não faz porque não quer”, mas não, muita gente não faz porque não pode, não é? Vejo que as forças e as metas, não consigo fazer com aquele timing que fazia aí há uns anos, mas que posso fazer na mesma. (...)” (Rosa, 52, casada, 12^o ano, cozinheira)

No entanto, viver numa sociedade que desvaloriza a população idosa, pode evidenciar a menopausa como uma experiência dolorosa, vislumbrando-a somente como um momento de envelhecer (Paiva & Frasson, 2014). Noção esta que pode levar à não aceitação do envelhecimento por parte das seguintes entrevistadas, atribuindo-lhes mesmo significados essencialmente negativos, tais como “morte”, “dependência” e “lares”:

“Ui, isso é muito difícil, não aceito a morte, faz-me muita confusão ter de morrer, o partir, e deixarmos as coisas para trás, deixarmos as pessoas que gostamos, mas pronto, eu sei que é a lei da vida, que é impossível vivermos para sempre, mas faz-me um bocado de confusão. (...)” (Catarina, 52, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“Ai isso assusta-me, por acaso, porque depois as pessoas ficam dependentes, e é isso que me assusta, a dependência (...)” (Carla, 58, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“Mal. Tenho muito medo porque hoje em dia a gente costuma dizer que temos os filhos (...) mas neste percurso de vida que estamos a atravessar, os filhos tomam novos rumos (...) e depois não vão abdicar das suas vidas (...) para virem tomar conta dos pais, e eu uma coisa que tenho muito medo é à velhice e ao lar. Eu odeio lares. Eu prefiro uma Santa Casa que me leve a comida a casa, e morrer na minha casa ou num hospital. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

A estes discursos, junta-se o depoimento de Tânia, que embora seja jovem, olha para o envelhecimento como uma realidade a curto prazo, uma vez que passa por uma menopausa precoce e vive numa divergência interior. Esta participante faz uma relação direta entre a sua menopausa e envelhecimento, de tal modo que considera que começou a *“envelhecer antes do tempo”*. As restantes participantes, nesta fase da entrevista, não associam envelhecimento e menopausa, mais à frente, como veremos, algumas delas têm a tendência para associar menopausa e envelhecimento.

“Afeta-me (...) comecei a envelhecer antes do tempo, não fisicamente, mas interiormente e a nível emocional. (...) Há muito aquela ideia de que quando se entra na menopausa a mulher já é velha, por isso também já estou nessa fase. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Depois de feita uma retrospectiva ao seu passado e ao percurso de vida, foram questionadas sobre as suas perspetivas de futuro. Uma parte das entrevistadas diz ter planos, no entanto, estes baseiam-se sobretudo na esfera familiar, mais concretamente, em acompanhar e ajudar os filhos e os netos naquilo que estiver ao alcance de cada uma, sendo que no caso de Cláudia, o seu plano familiar passa por acompanhar a sobrinha, pois não tem filhos. O desempenho dos papéis de género tradicionais enforma muitos dos planos de futuro destas mulheres, que se continuam a centrar no cuidado dos outros.

“Eu não diria que tenho muitos planos para o futuro, mas gostava de ainda concretizar algumas coisas. (...) Acompanhar os meus filhos, e os netinhos quando vierem, que eu estou à espera. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Tenho. (...) Como tenho uma sobrinha a caminho que é um realizar de um sonho (...) tenho o objetivo que é manter-me o mais sã possível para poder acompanhar a vida dela. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12^o ano, rececionista)

No entanto, as participantes não fazem apenas referência a planos familiares, também aludem a planos a nível pessoal, sendo o mais mencionado “viajar”:

“A gente tem sempre planos. É preciso é ter saúde e tempo para os concretizar, não é? Viajar muito se tivesse possibilidade (...) acho que era isso que faria. (...)” (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

“Gostava de viajar, gostava de conhecer, porque agora como se trabalha não há muito tempo para isso. (...) Com o COVID também estivemos dois anos que praticamente é para esquecer não pudemos fazer muitas coisas, mas gostava ainda de conhecer e aprender. (...)” (Lisete, 52, casada, 12^o ano, assistente técnica)

Para além dos planos familiares e pessoais, há também participantes que têm ambições e realizações a nível de carreira profissional:

“Sim, ainda tenho alguns que quero concretizar. Ter outra vida, outros afazeres, sair daqui. (...) Ter essencialmente outra vida. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9^o ano, operadora de caixa)

“Planos a gente vai tendo sempre ao longo da vida. (...) Se tiver saúde, se calhar fazer mais alguma coisa, não sei exatamente o quê, não sei se terminarei como técnica de farmácia. (...) Viver o dia-a-dia para já. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Embora a maior parte das participantes tenham planos e ambições para o futuro, há outras que preferem não planear nada e deixar que as coisas aconteçam no seu tempo, deixando transparecer alguma confiança na sua fé, quando dizem, “(...) Deus é que sabe aquilo que me há-de dar” e “(...) só cá ando até que Deus queira”. No entanto, acabam por ter sempre alguma perspetiva do que gostariam ainda de realizar, como é o caso de

Celeste e Fernanda, que gostariam ainda de alcançar realização a nível profissional e familiar:

“Não. Espero. (...) Porque Deus é que sabe aquilo que me há-de dar. Eu não tenho projetos, (...) não faço planos para o dia de amanhã, porque eu não sei se chego lá. (...) O meu projeto de vida é o de hoje, o amanhã a Deus pertence. Gostava, sim, gostava de me realizar, (...) gostava de amanhã receber uma carta e dizerem-me assim “pronto, a partir de hoje vais ter um trabalho”. (...) Era a única concretização que eu podia pedir. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

“Eu não faço planos. Eu mal saio de uma, já estou a ficar noutra (...) não faço assim muitos planos. Claro que gostava de viver assim ainda muitos anos para ver o meu filho casar, conhecer os netinhos (...) mas só cá ando até que Deus queira. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

2.2. Menopausa – da construção social à experiência individual

Para algumas mulheres, a menopausa é sem dúvida uma das fases mais temíveis do seu ciclo de vida, assim, foi fundamental compreendermos a forma como lidaram com a chegada desta fase, uma vez que é uma etapa que acarreta muitas mudanças e, de uma forma geral, nenhuma mulher lhe fica indiferente. A grande maioria das mulheres encarou esta fase com naturalidade, esclarecendo que lidaram bem, no entanto, Sílvia, reforça a ideia de que é fundamental que as mulheres se mantenham informadas a cerca de todas as questões de saúde que a menopausa envolve, quer a nível físico quer a nível social, pois só assim poderão ser ultrapassados alguns dos conflitos que permeiam esta fase da vida feminina (Valença et al., 2010):

“Porque sou enfermeira, porque já lidava com isto há muitos anos, por que já tinha de apoiar de alguma forma algumas senhoras, e porque também me informei (...) estava bastante consciente das transformações, tanto a nível psicológico, emocional e físico. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

Apesar desta fase ter sido construída como um problema, onde as mulheres são vítimas de suposições culturais, muito à conta dos discursos biomédicos (Guillemin, 1999),

Maria, Isabel e Manuela, têm a noção que teriam de a enfrentar em qualquer que fosse a idade, associando-a a um “processo natural”, “etapa” ou “fase”:

“Ah não pensei nisso (...) quando me apercebi que estava na menopausa, não tive problemas nenhuns, se estou, estou. Não me assustou, nem senti que estava a envelhecer, nem que estava a perder capacidades. Aliás, lemos sobre o assunto, não é? E sabemos que é um processo natural que acontece. (...)”
(Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“Não me preocupou muito isso, acho que é uma coisa que tinha de acontecer mais tarde ou mais cedo. (...) É um processo normal, não encaro como um obstáculo, é uma etapa que temos de ultrapassar e que vamos passar. (...)”
(Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)

“Correu tudo bem. (...) São tudo etapas de vida diferentes, é como quando nos vem o período, ficamos todas felizes que já somos mulherzinhas (...) nesta fase, já somos mulheres mais maduras. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

Há também mulheres que entram na menopausa e que não se apercebem, pois como estão sobre o efeito de pílulas continuadas permanecem sempre sem menstruação, assim sendo, só a ida ao ginecologista, ou mesmo a realização das análises referentes à menopausa, irá confirmar a entrada nesta fase, tal como ocorreu com Catarina e Carla:

“Eu nem me apercebi. (...) Eu tinha ido ao ginecologista e já há uns 3 ou 4 anos que tomava a pílula continuada, e eu não me apercebi. (...) Quando voltei ao ginecologista, fez a ecografia e apercebeu-se que eu já estava com os ovários muito mirradinhos, e foi nessa altura que o médico disse que em princípio eu já estaria a fazer a menopausa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Eu acho que lidei bem, quase que nem me apercebi, porque eu tomava lá a pílula continuada, o ginecologista é que me disse “olhe já está na menopausa”. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

Para algumas das entrevistadas, o aparecimento da menopausa é interpretado como um acontecimento positivo, pois surge-nos de maneira muito evidente, que a ausência da menstruação é para muitas mulheres uma sensação de “alívio”, principalmente quando essas mulheres sofreram devido a menstruações dolorosas ou debilitantes.

“Lidei bem. (...) Não tive assim problemas nenhuns, até foi um alívio. (...) Tinha muitas enxaquecas e deixei de ter isso. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“(...) Como para mim o período era uma coisa muito má, tinha muitas dores de cabeça, tinha dias horríveis (...) então quando o período foi embora foi um alívio. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

No entanto, nem todas as mulheres aceitam a menopausa de bom grado e algumas têm mesmo dificuldade em lidar com ela. Ao longo da fase da recolha de dados, deparámo-nos com o caso de duas participantes que fizeram referência ao facto de estarem a atravessar uma menopausa precoce. Os dois testemunhos partilham a mesma condição, todavia, não partilham a mesma opinião, sendo que Tânia tem uma visão negativa sobre a situação, que pode ser justificada pelo facto de ter surgido de uma forma inesperada, como também por ser a mulher mais jovem do grupo das participantes, enquanto Rute refere que apesar de ter sido um bocadinho cedo demais, está a lidar bem, limitando-se a aceitar.

“Lidei muito mal, uma vez que foi antes do tempo. (...) Eu andava com muitos calores (...) embora fossem uns calores diferentes, e também a questão do período que era pouco e já não era tao certo. (...) Decidi então ir ao ginecologista e logo na ecografia vaginal, a médica apercebeu-se que os ovários tinham diminuído de tamanho, mas ela quis avaliar mais a fundo devido à minha idade, foi então que veio o resultado das análises e viu-se que algo não estava bem. (...) Era então uma menopausa precoce. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

“Apesar de ter sido uma menopausa precoce, lidei bem. (...) Não foi assim nada drástico, como também nunca tive muitos sintomas não foi nada drástico, foi tudo natural. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)

Ainda nesta linha de pensamento, surge Celeste, que julga identificar-se também com esta minoria, no entanto deixa transparecer alguma falta de informação ao afirmar que o seu diagnóstico de menopausa aos 50 anos foi precoce, dado que apenas se considera que ocorre uma menopausa precoce, quando esta surge antes dos 45 anos (Antunes et al., 2003):

“(...) infelizmente tive uma menopausa precoce aos 50 anos, e aí quando se tem uma menopausa precoce, mais a gente se sente. (...) Mas correu tudo bem, não tive problema nenhum. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

As mulheres, ao experimentarem a menopausa em contextos sociais diferentes, geram significados e experiências individuais também elas diferentes, pelo que é importante considerar sempre o contexto social de cada mulher (Bahri & Roudsari, 2019). Quando falamos em construção social da menopausa, implica a existência de uma produção de significados em torno dessa realidade, sejam eles sociais, médicos ou culturais. Assim sendo, achamos pertinente perceber quais os significados que as nossas participantes associavam a esta fase das suas vidas. Percebemos que as mulheres têm por hábito associarem a menopausa à velhice, o que desencadeia um conjunto de significações negativas (Valença et al., 2010). A grande maioria, quando pensa nesta fase da vida, associa-lhe palavras como “envelhecimento”, “idade” e “declínio”:

“Idade, pronto. (...) A idade avançada. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Não tenho assim nenhum significado (...) mas sei que a nível geral as mulheres quando entram na menopausa sentem que estão já numa fase decrescente, num declínio, e é o tal envelhecimento (...) as rugas já veem mais, os cabelos brancos, a transformação do corpo (...) mas eu pessoalmente aceitei, mentalizei-me que tinha de vir e pronto. (...) Aliás, o meu marido quando eu lhe disse que estava na menopausa, até me mandou uma mensagem muito querida “boa, assim é que é rapariga, bem-vinda à próxima etapa da vida” (...) Nós mulheres ficamos um bocado tristes (...) lá está, é o tal começo da outra fase. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

“Às vezes o que eu penso, ou aquilo que eu ouvia às mulheres antigamente, é que quando a mulher entrava na menopausa já ficava (...) não é bem velha, mas significava que a pessoa já era assim mais de idade. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

No imaginário social, o envelhecimento feminino inicia-se a partir da meia-idade, e é um processo que está associado a desgastes e perdas físicas e de papéis sociais, num percurso que termina com a morte (Guerra, 2017). Existe de facto a ideia generalizada de que a menopausa e o envelhecimento andam de mãos dadas, devido às

transformações e transições pelas quais a mulher passa nesse período (Ferreira et al., 2013). Assim sendo, pareceu-nos fundamental perceber se consideram que o envelhecimento feminino está associado à menopausa. Esta questão veio então dividir as entrevistadas, dado que metade destas concordam que o envelhecimento feminino está associado à menopausa, enquanto as restantes discordam desta associação.

“Para algumas pessoas se calhar sim, para outras não. No meu caso, não me sinto velha só porque entrei na menopausa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Não muito. (...) A gente faz a menopausa e ainda não está velha, eu acho, né? (...) tanto aparentemente como psicologicamente. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

“(...) Não é a menopausa que nos envelhece. Penso que isso já tem mais a ver com a parte psicológica de cada um (...) a menopausa é um estar. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

“Acho que não (...) a pessoa quando entra na menopausa (...) a gente pensa que já não somos jovens e que a idade vai avançando, mas acho que lá por estarmos na menopausa, não significa que somos velhas (...) somos mais mulheres, mais maduras. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

No entanto, Catarina, Carla, Alice e Alexandra, parecem ter um discurso contraditório, pois atribuíram o envelhecimento como um dos significados da menopausa, mas quando questionadas se existe associação entre o envelhecimento feminino e a menopausa, a resposta não vai no mesmo sentido, justificando que só por estarem a vivenciar esta fase não significa que sejam velhas, pois segundo as mesmas não é a menopausa que as envelhece.

Em contrapartida, para outras participantes, o envelhecimento físico feminino é essencialmente associado à menopausa e às alterações corporais que são próprias do envelhecimento, conforme indicam Sílvia e Aida. Para o género feminino, é impossível pensar em questões acerca do envelhecimento sem refletir sobre o corpo (Ferreira et al., 2013). Segundo estas entrevistadas, e tendo em conta as suas profissões, têm a ideia de que surgirão condições de saúde que serão inevitáveis, como o aparecimento da

osteoporose, mas também o envelhecimento dos órgãos e dos sistemas digestivo e circulatório.

“Está, indubitavelmente. (...) Não estou a falar só em termos mentais (...) mais em termos físicos, porque a gente fica mais flácida, se calhar também porque não faço exercício, mas mesmo fazendo exercício claro que se nota nos músculos, nos ossos (...) e quanto mais os anos forem passando mais problemas digestivos (...) cardíacos (...) circulatórios vamos ter. (...) É normal, estamos a entrar numa fase de declínio, os nossos sistemas todos começam a trabalhar menos bem. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Também (...) com a baixa de estrogénios, com a osteoporose, quer queiramos quer não, em termos físicos (...) tenho a certeza de que vamos sofrer alguma coisa (...) umas mais tarde outras mais cedo (...) depende também dos muitos cuidados que a gente possa ter ao longo da vida. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Os significados que cada mulher atribui à menopausa não são estanques, e por isso variam conforme o contexto social a que se pertence e os símbolos culturais que se partilham, incluindo diálogos sobre o envelhecimento e questões reprodutivas (Bahri & Roudsari, 2019). Tal facto é observável nestes discursos, pois para além das mulheres associarem essencialmente o envelhecimento à passagem para outra fase da vida, este não é o único significado evidenciado, sendo a perda da fertilidade o segundo significado mais atribuído.

Tem-se assistido ao longo do tempo ao argumento da determinação biológica do corpo da mulher, este que parece justificar plenamente as questões sociais que o envolvem, assim sendo, esta passa a ser predominante, como explicação legítima e ímpar sobre fenómenos, que levam à origem de ideias sobre maternidade e instinto maternal (Vieira, 2002). O aparecimento da menopausa vem confrontar as mulheres com a perda progressiva da fertilidade (Valença et al., 2010), esta que se apresenta muitas das vezes como o maior e mais doloroso impacto trazido pela menopausa. Como iremos ver, este facto tanto afeta mulheres que não tiveram filhos, como mulheres que têm filhos.

Começemos então por casos de mulheres que têm filhos:

“Aceitei isso muito bem, até porque fui abençoada e tive os dois filhos que sempre quis ter, e até tive a sorte de ser um menino e uma menina (...) eu já estou mais numa de ser avó. (...) Não mexeu contigo. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Não fiquei triste (...) a minha realização, assim como a do meu marido, era ter 2 crianças (...) temos e pronto (...) sinto-me realizada neste sentido. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

Sílvia e Alice, dizem ter aceitado com tranquilidade a perda da fertilidade trazida pela menopausa, acrescentando que têm os filhos que desejaram ter, e que não fariam planos para terem mais, o que lhes proporciona uma sensação de realização nesse sentido.

A juntar-se a estes discursos, temos Adelaide, Catarina e Maria, também elas bem resolvidas com a questão da perda da fertilidade, no entanto, estas três mulheres põe em hipótese de que talvez se não tivessem tido filhos, esta situação as afetaria, pois não teriam conseguido realizar um dos seus objetivos, e ao entrar nesta fase seriam confrontadas com a perda da possibilidade de serem mães.

“Não me afetou. (...) Se não tivesse tido filhos (...) e tivesse lutado para ter e não ter conseguido, provavelmente eu teria chegado aqui e teria se calhar pensado, que não fiz aquilo que deveria ter feito (...) mas não, eu sempre desejei ter filhos (...) consegui, tenho dois filhos, tenho um casal, essa fase da minha vida foi feita com sucesso, não sinto que fosse um encerramento de nada (...) é uma fase natural, que veio naturalmente, aconteceu naturalmente e encerrou naturalmente. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Senti-me bem com essa questão (...) também já não queria mais filhos (...) se calhar se não tivesse tido filhos, sentir-me-ia mais frustrada porque queria e já não podia, e ter filhos foi sempre uma coisa que eu desejei, mas como já tinha, foi na hora certa e na idade certa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Ai, não me incomoda. (...) Tenho os filhos que queria ter, se calhar se não tivesse os filhos que queria ter, e agora saber que não podia ter mais se calhar

afetar-me-ia (...) mas tenho uns filhos maravilhosos que gosto, que gostam de mim, e isso não me afeta mesmo. (...) Estou bem resolvida, pelo menos até agora, daqui para a frente não sei. (...) (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

Também Amélia e Manuela aceitam esta mudança trazida por esta fase da vida, todavia, ambas referem a idade e o passar do tempo como uma barreira. Amélia não tem nenhum filho apesar de sempre ter ambicionado ser mãe, mas devido ao seu percurso académico e profissional, o sonho acabou por não se concretizar. Já Manuela, é mãe de um filho só, e houve alturas da sua vida que ponderou ter mais, mas à semelhança de Amélia, também o tempo “*foi passando*” e essa vontade não chegou a realizar-se.

“Não tive qualquer tipo de problema nesse aspeto. Penso que para tudo há um tempo e há idade. Eu se tivesse que ser mãe, sempre o meu sonho (...) era aí entre os 25 e os 30 anos, não acontecendo nessa altura, não houve problema algum, até pensava “bom, se eu não tiver filhos posso adotar” (...) nunca tive esse problema, e como sempre tive sobrinhos, eu acho que o amor para um filho se dividiu pelos sobrinhos. (...) (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“(...) Não me deu muito problema porque já tinha uma filha. (...) Foi um ciclo a que eu tinha de chegar, embora muitas vezes tivesse ponderado que poderia ter tido mais um filho, mas pronto, foi passando e eu fui-me mentalizando, “pronto chega, não aconteceu, também já não é agora que vai acontecer” (...) mesmo quando ainda tinha período, mas pensei “agora a idade já passou”. (...) (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

Contudo, nem todas as mulheres têm a questão da perda da fertilidade resolvida nas suas vidas, havendo mesmo mulheres que têm dificuldade em perceber que a menopausa traz consigo o encerramento de um ciclo fértil:

“Esta parte da fertilidade (...) não sou tão fértil como quando tinha o período, é evidente. (...) Não fiquei triste, mas se quisesse ter mais um filho aos 50 e tal anos não podia ter (...) mas fiquei bem. (...) (Susana, 58, viúva, 12^o ano, administrativa)

“A menopausa não trouxe o encerramento do ciclo fértil, porque eu não me sinto infértil, eu se por acaso agora tivesse menstruação poderia arranjar um filho, como a minha mãe, quase a entrar na menopausa e arranjou o meu irmão (...) portanto eu não sinto nada disso, eu acho que continuo fértil. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

O encerramento do ciclo fértil é uma característica intrínseca e inegável trazida pela menopausa (ainda que saibamos que as novas tecnologias reprodutivas vieram alterar esta inevitabilidade biológica). No entanto, nem todas as entrevistadas parecem aceitar esta realidade, nomeadamente Susana e Celeste. De algum modo, os seus testemunhos denotam como a capacidade reprodutiva é central no entendimento de si, de tal forma que consideram que a menopausa não lhes retirou a sua fertilidade, pelo menos pelo completo. Tais discursos vão de encontro à teoria, quando se refere que a menopausa acarreta muitas dúvidas para as mulheres em relação à sua pessoa e às suas possibilidades futuras (Pinotti et al., 1995).

Uma situação com a qual nos fomos deparando ao longo da análise dos dados, foi que algumas das mulheres, não todas, que têm apenas um filho, ao entrarem na menopausa ressentiram-se, pois permaneciam na ideia de que gostariam de ter tido mais e a menopausa confronta-as com a impossibilidade de tal acontecer. Verificámos isso no depoimento de Manuela, mas também no de Susana, que refere que *“se quisesse ter mais um filho aos 50 e tal anos não podia ter”*. Também o discurso de Rosa vem fundamentar este argumento:

“Isso é assim mais sofrido. Mas na minha vida o objetivo foi um filho e foi aquele, mas se calhar pensando bem, queria mais (...) mas a estabilidade da vida também conta, meios profissionais (...) agora neste momento já não peço (...) peço os netos, desde que tenha os netos para mim já me sinto realizada... (risos) (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)

Claúdia é uma das participantes da investigação que não tem filhos, no entanto, ao contrário de Amélia, teve alguma dificuldade em gerir a situação, talvez porque a possibilidade de ser mãe lhe foi roubada devido a problemas no sistema reprodutor, e a entrada na menopausa é o que constitui o marco do fim da capacidade reprodutora. Deste modo, a menopausa e a perda da fertilidade que ela acarreta torna-se ainda mais problemática quando a mulher que a vivencia não tem filhos, o que faz com que caia por terra um plano de vida ou sonho que para elas era fundamental enquanto mulheres (Cantor & Hunter, 1999).

“A primeiro embate fiquei triste (...) depois também percebi que era uma parvoíce ficar triste porque eu já não tinha idade para ter filhos, portanto o meu sonho de ser mãe nunca iria acontecer porque eu tenho um mioma enorme no útero, tenho imensos quistos nos ovários e é isso que faz com que eu não possa ser mãe. (...) Tenho uma data de sobrinhos e afilhados, portanto, acabei por lidar (...) no princípio custou-me muito, mas depois passei por cima e agora estou perfeitamente bem. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)

Já Tânia e Rute, encontram-se em pé de igualdade, devido ao facto de atravessarem uma menopausa precoce. O desejo de aumentar a família foi-lhes “roubado” por este processo, que embora antecipado, faz parte da vida da mulher. No caso de Tânia, refere que lhe é difícil quando a filha lhe pede um irmão, pois todos os seus amigos têm à exceção dela, o que pode estimular uma falta de sincronia entre pares, uma vez que as mulheres lidam com o encerramento precoce de seu ciclo reprodutivo, enquanto, por exemplo, as suas amigas e conhecidas na mesma faixa etária pensam em ter filhos e ampliar a família, o que pode fazer com que se sintam deslocadas e inferiorizadas (Boughton, 2002). Já Rute, parece não ter uma visão tão negativa, no entanto, não deixa de se sentir triste e emocionada quando o tema é a maternidade. Assim, podemos concluir que a infertilidade se apresenta como um dos aspetos mais angustiante da menopausa precoce e tende a ser experimentada como uma crise, pois carrega consigo um estigma, que surge do incumprimento da norma cultural da maternidade (Cantor & Hunter, 1999).

“(choro). Isto é a minha maior dor, mas não é só minha, é também do meu namorado, porque o nosso projeto de vida incluía ter dois filhos. Eu fui mãe aos 32 anos, e se eu sonhasse que isto me poderia acontecer teria sido mãe mais cedo para poder ter mais um filho. (...) Tentamos sempre dar tudo à nossa filha, e o que ela mais quer, que é ter um irmão, não lhe posso dar (...) ela não percebe, porque me pergunta “mãe, quando tens um bebé? os meus amigos têm manos, porque é que eu não tenho?”, e isso dói muito... (choro). (...) Ela está sempre naquela de que um dia vai ter um mano ou uma mana, como os outros meninos, e eu tenho inventado desculpas, ora porque a casa é pequena e temos de arranjar uma maior; ora porque a mãe agora tem muito trabalho e não tem tempo (...) ela vai aceitando, mas sei que não vai durar para sempre, vai chegar um dia que vou ter de lhe contar a verdade. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

“Essa é mesmo a parte mais grave e mais triste (...) é chato, mas como já tinha uma filha já foi assim melhor, mas essa parte é a que me custa mais. Gostava de ter tido mais filhos, pelo menos mais um... (emoção) (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)

Para além do envelhecimento e da perda da fertilidade, também a questão da sexualidade foi abordada como sendo um significado intrínseco a esta fase. Assim sendo, achámos relevante perceber a importância que esta dimensão detém na vida das entrevistadas, sendo que a grande maioria das mulheres dizem que a sexualidade é um aspeto importante nas suas vidas pessoais, mas essencialmente na vida conjugal. A maneira como um casal se relaciona, exerce influência no modo como a mulher pode lidar com a menopausa, isto é, se for estabelecida pouca ou nenhuma intimidade na relação conjugal, pode originar uma certa dificuldade em aceitar esta etapa (Valença et al., 2010):

“Sim, é importante, e quando vivemos em comum claro que tem de ser, não podemos pensar só em nós, também temos o marido, não é? (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

“Sim, em tudo, eu acho que a sexualidade faz parte da vida do casal. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

A sexualidade abrange dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais (Bahri et al., 2017), que podem influenciar a prática da atividade sexual. Assim, nos discursos de Susana e Cláudia, é evidenciado que a sexualidade varia conforme o contexto, deixando transparecer que esta dimensão é mais importante quando se é jovem. Esta perspetiva, pode ser construída através da influência de regras sociais, padrões de julgamento e tabus (Bahri et al., 2017), pois o preconceito de que a sexualidade não é para pessoas mais velhas continua impregnado nas sociedades contemporâneas do século XXI:

“Foi, na altura quando éramos mais novos, é evidente que a pessoa tem mais vontade, é diferente, quando se chega a uma certa idade a gente já não tem vontade nenhuma. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“É, mas com conta peso e medida (...) nós quando somos mais novos é muito mais importante (...) achava mesmo que era uma coisa essencial, eu não podia viver se não tivesse uma pessoa muito parecida comigo nesse nível. Agora não,

como já pusemos isso um bocadinho de lado, às vezes lembramo-nos e pronto... (risos).” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)

A esta opinião junta-se Adelaide, realçando que a importância varia consoante a idade. Assim sendo, apesar de as entrevistadas partilharem da opinião que as relações sexuais são importantes, têm a ideia de que estas vão ficando condicionadas à medida que a idade avança, e que é normal que assim seja.

“(...) é importante para toda a gente dependendo da idade em que estamos, aos 20 tem uma importância aos 30 tem outra, aos 40 tem outra, nesta fase tem outra, e todas nós mulheres temos de ter a noção de que a vida sexual nunca vai ser a mesma nas idades que enfrentamos (...) não digo que não seja importante, é uma importância diferente (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

O tema da sexualidade dividiu opiniões e, por isso, há mulheres que não lhe atribuem uma importância significativa. No caso particular de Catarina, esta deixa transparecer que muitas das vezes acontecia porque tinha de ser, pois parece avaliar a sexualidade como sendo um dever que pertence ao seu papel social enquanto esposa.

“Nem era nem deixava de ser, muitas vezes era porque tinha de ser, por obrigação (...) às vezes havia vontade de, mas também havia alturas que não havia vontade. Não vou dizer que não gostava, porque sim, quando tinha desejo gostava, mas também não era daquelas pessoas que tem de ser todos os dias e a todas as horas (...) quando era, era, e gostava pronto. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

No entanto, dá-se o caso de haver mulheres quem a sexualidade não detém a mínima importância, pelo que a menopausa não teve impactos significativos na sua vivência da mesma.

“Ai Jesus, se eu nunca tivesse, não me fazia falta, é horrível, e eu agora acho que desde que entrei na menopausa então ainda pior. E depois é assim, eu como tomo medicação para a depressão, a medicação para a depressão tira a vontade disso tudo. (...) Eu estive internada com uma depressão e a médica disse-me “você enquanto tomar esta medicação vai perder todo o valor disso”, e ela disse-me “você quer medicação para isso?” e eu disse que não, porque isso

é uma coisa que a mim não me faz falta. (...) (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

“Não, não é importante. Tenho o meu companheiro (...) mas essa parte já não é importante. Depois de tudo o que passei valorizo muito mais o carinho, a companhia e a amizade. (...) (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

Os dois discursos refletem a mesma opinião, no entanto, é justificada por contextos diferentes. Vejamos Simone, que apresenta um sentimento de repulsa no que toca a este tema, tal situação pode ser justificada pelo facto de a função sexual assumir-se muitas vezes como um tabu, e em algumas sociedades as discussões sobre questões sexuais são mesmo ignoradas pelas mulheres (Bahri et al., 2017). Apesar de deixar transparecer que não gosta de ter relações sexuais, parece justificar esta situação através da sua depressão e da medicação que lhe está associada, enquanto para Alexandra, a sexualidade perdeu toda a importância na sua vida devido ao contexto social pelo qual passou com o seu ex companheiro, assim, refere que atualmente dá muito mais valor ao *“carinho, a companhia e a amizade”*. Contudo, apesar destes discursos deixarem a ideia de que a mulher nesta fase se torna assexuada, é importante ter em conta que embora as transformações trazidas pela menopausa sejam violentas para a mulher, esta continua a sentir prazer e o seu corpo permanece erótico, não devendo deixar de expressar o seu amor e a sua sexualidade (Valença et al., 2010).

A importância dada à sexualidade pode também estar dependente das mudanças sentidas depois da entrada na menopausa, ou seja, quanto mais mudanças de carácter negativo houver a nível sexual, menos importância esta dimensão poderá ter na vida da mulher. As nossas entrevistadas queixam-se sobretudo da perda da libido como a mudança mais evidente na sexualidade. Tal facto reforça que, durante o processo da menopausa, e perante todos os impactos e consequências, a mulher encontra-se submersa perante uma forte crença associada a esta etapa, que consiste na perda indubitável do seu desejo sexual, mito este que pode dever-se ao facto de a mulher ser olhada como objeto de procriação (Valença et al., 2010).

“Eu quando entrei na menopausa perdi o desejo, mas antes disso tinha. (...) (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“Talvez só a questão de estar menos ativa (...) não tenho tanta vontade. (...)”
(Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

“Pois, eu acredito que sim (...) antigamente era de uma maneira, e agora parece que se perde o desejo, não sei explicar. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

A ideia de que as mulheres na menopausa sofrem uma redução da libido, surge associada à quebra na produção de estrogénio, o que acaba por dificultar a lubrificação vaginal. Deste modo, todas estas alterações físicas provocam a sua influência negativa, diminuindo a satisfação sexual (Valença et al., 2010), podendo mesmo causar dor e desconforto, como é o caso de Catarina:

“As mudanças que senti, foi que tinha mais dores, porque neste caso tinha a vagina muito mais seca, com falta de lubrificação. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

Todavia, estas alterações não afetam apenas as mulheres de mais idade, sendo as mulheres jovens também lesadas pelas mesmas alterações que já foram aqui referidas, no entanto há diferenças marcantes neste processo, uma vez que a cessação da menstruação em mulheres jovens difere de forma substancial das mulheres em meia-idade, cujo facto já seria esperado (Lima & Tedesco, 2008). No caso de Tânia, esta enfrenta um obstáculo que não foi referido pelas restantes entrevistadas, que é o facto de que quando está prestes a iniciar a relação sexual, além de ir desmotivada, tem a noção de que se trata apenas de um momento íntimo do casal, uma vez que a perda da fertilidade é agora uma realidade. Esta perspetiva vai assim de encontro ao facto de que nesta fase da vida, as relações sexuais podem perder o seu significado primário para algumas mulheres (Grazziotin, 2010), deixando de estar presente a dimensão reprodutora (Paiva & Frasson, 2014). Esta associação entre reprodução e sexualidade é muito mais marcada no caso das mulheres, sendo que a própria construção social da sexualidade associava muito o prazer ao universo masculino e a reprodução ao universo feminino.

“Sim, houve mudanças, apesar de ser jovem, aconteceu-me o mesmo que acontece às outras mulheres (...) a perda do desejo sexual e também a falta de lubrificação, mas com uma agravante, na minha cabeça, quando vou para o momento com o meu namorado já vou desmotivada, porque gostava que

aquela relação sexual pudesse dar frutos e não vai dar, entende? (...) (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

No entanto, apesar de todas as alterações negativas a nível sexual que a menopausa acarreta, esta pode ser interpretada sob uma perspetiva mais positiva, uma vez que, a partir do momento em que o receio de engravidar não faz mais parte desta nova etapa, a vida sexual pode ser mantida de forma mais tranquila e livre (Paiva & Frasson, 2014). Assim, Lisete, identifica um à-vontade nas relações sexuais, uma vez que a possibilidade de se engravidar é posta de lado na menopausa.

“Mais livre, até na questão da sexualidade, não é? Porque há sempre aquele receio de se engravidar e não sei quê (...) mas é outra fase da vida (...) uma nova etapa. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)

“Não, ajudou, eu acho que no meu caso ajudou. (...) acho que fiquei com mais prazer do que o que tinha (...) se antes era o meu marido que me dizia, ou que me começava a tocar, eu por vezes agora sou eu a própria, parece que comecei a tomar mais a iniciativa (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

De facto, também o discurso de Celeste surge de forma particular, pois ao contrário da maioria das mulheres, a menopausa para si foi benéfica no que diz respeito à sua vida sexual, tendo ficado mais proativa. O que nos leva a crer que não se pode generalizar a questão da sexualidade no período da menopausa, pois para muitos casais, a atividade sexual aumenta em função da vida mais prazerosa e do decréscimo das responsabilidades (Paiva & Frasson, 2014).

As participantes da investigação estabelecem uma correlação forte entre a vida conjugal e a sexualidade, esta que se assume como um aspeto importante da vida da maioria das mulheres, acabando por afetar a sua relação conjugal e a sua qualidade de vida (Bahri et al., 2017). No entanto, quando confrontadas pelo impacto na sua vida conjugal, referem que à medida que a idade avança, a sexualidade passa a ser avaliada com outros olhos, como podemos ver nos depoimentos de Adelaide, Sílvia e Cláudia, para quem apesar de permanecerem em evidência as questões sexuais, concordam que não é só o sexo que faz parte de uma relação. Numa fase em que a mulher está vulnerável, o diálogo sobre a situação e a compreensão por parte do companheiro é fundamental. Segundo Zhang et al. (2020), as perceções dos homens sobre a menopausa das suas esposas podem afetar as suas atitudes em relação a ela e, por conseguinte, afetar os

seus comportamentos de apoio. Salienta-se assim, “*que elas priorizam a valorização da qualidade do relacionamento e da manifestação da emoção no contexto romântico*” (Valença et al., 2010: 280-281). Deste modo, percebe-se que sentimentos como o carinho, a amizade, a confiança e a lealdade, que até então poderiam não ser tão valorizados, nesta fase ganham especial destaque. Posto isto, nesta fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, através de um melhor conhecimento do próprio corpo (Ministério da Saúde, 2008).

“Aí já é diferente, claro que sim, todas sabemos que o facto de entrar na menopausa traz outras situações (...) menos vontade sexual, que é normal, embora haja muitas formas de poder combater (...) há carinho. (...) É claro que estando numa forma mais ativa sexualmente, poderá se converter em várias vezes (...) nesta fase da minha vida poderá ser menos vezes, mas se calhar pode ter um gosto diferente, aproveitamos de outra forma, e se calhar chegarmos ao fim e saber-nos melhor, porque temos outra maturidade, não temos tanta pressa, e as coisas são aproveitadas de forma natural. (...)”
(Adelaide, 56, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“Com a menopausa há uma diminuição da libido na mulher, isso está provado cientificamente, não quer dizer que a mulher entre na menopausa e fique frígida ou fique um animal assexuado (...) agora tem de haver muita compreensão por parte do companheiro (...) terá que ter o cuidado de se informar, porque há uma diminuição de estrogénio, que leva a uma diminuição da libido que leva a uma secura vaginal enorme, que se calhar a mulher já não tem tanto apetite sexual. (...) O homem tem de ser mais paciente, mais carinhoso, tem de ser mais compreensivo, porque a mulher entra numa fase de instabilidade emocional que é própria. Mas acho que com compreensão, carinho, amor e diálogo, as pessoas conseguem ultrapassar, ou não, dependendo realmente da relação que tiverem. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Não mudou absolutamente nada. Nós já não somos novos e, portanto, a nossa vida já não era propriamente tipo coelhinho... (risos). Não fazemos marcação na agenda, mas já não é aquela coisa de jovens (...) chegamos a uma altura que enquanto casal é muito mais importante a partilha da amizade, da confiança, da lealdade, do que propriamente a parte sexual. (...) Podia ter

mudado, podia ter ficado mais seca, alguma coisa, nada, isso não aconteceu, pelo menos até agora. (...) (Cláudia, 49, divorciada, 12^o ano, rececionista)

Tal como temos vindo a apercebermo-nos, a menopausa influencia várias dimensões da vida da mulher, influência essa que não é notada apenas na vida conjugal, mas também na vida profissional. A saúde e o bem-estar das mulheres de meia-idade no trabalho são de extrema importância (Hickey et al., 2017), o que nos levou a querer compreender se de facto a menopausa pode afetar de forma negativa a atividade profissional destas mulheres. Ao contrário da vida conjugal, são poucas as mulheres que referem o impacto direto da menopausa no seu local de trabalho, como iremos analisar.

Celeste, diz ter perdido algum rendimento a nível de trabalho, no entanto, não associa este impacto diretamente à menopausa, mas sim à idade, o que nos leva a crer que na perspetiva desta entrevistada, esta possa trazer algumas perdas.

“Não dou o mesmo rendimento que dava quando tinha 50 anos, é verdade, baixou, mas isso eu acho que é toda a gente. (...) (Celeste, 57, casada, 9^o ano, desempregada)

Nos discursos de Manuela e Cláudia, verificamos que os sintomas advindos da menopausa podem ter impacto direto nos locais de trabalho (Hickey et al., 2017), e nestes casos falamos de alterações essencialmente psicológicas, tais como irritabilidade, falta de paciência, mas também alguma sensibilidade, fatores estes que têm influência no local de trabalho das participantes.

“Às vezes sim, a falta da paciência com as pessoas (...) como lido com o público isso mexe um pouco, e depois às vezes a ouvi-las queixar e nós às vezes estarmos iguais, não é? Ou até piores e não podemos estar a falar (...) só nesse aspeto. (...) (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

“Às vezes, tenho fases em que estou muito sensível, qualquer coisa que me digam tem um impacto comigo terrível, e eu não consigo lidar (...) se há algum gatilho que dispara e que eu sou confrontada com alguma injustiça, ou com alguma palavra mais rude, ou até mesmo com algum cliente que não é tão agradável, eu tenho de respirar fundo para conseguir lidar com isso, e eu atribuo isso a esta fase nova. (...) (Cláudia, 49, divorciada, 12^o ano, rececionista)

Para além destas alterações psicológicas, também as físicas atingem a prestação das mulheres, mais propriamente os sintomas vasomotores, que podem ser também motivo de desconforto e desacordo no trabalho, uma vez que as mulheres que trabalham em ambientes quentes ou mal ventilados estão mais propícias a que os seus sintomas de menopausa sejam mais problemáticos (Hickey et al., 2017).

“É assim, lá está, a gente diz ao colega “vou abrir a porta por causa do calor”, e ele diz “ah, mas isso vai prejudicar o pão”, e bom eu quase discuti com ele e disse-lhe “já não quero mais conversa contigo”. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

Existe assim a necessidade de haver algum tipo de cuidado no que diz respeito ao controlo da temperatura dentro dos locais de trabalho, assim como a disponibilização de informação, educação e formação para gestores e colegas, no que diz respeito à menopausa, de forma a promover um ambiente sem julgamentos e sem estigmas em torno desta fase, estimulando o apoio necessário às mulheres que enfrentam a menopausa (Hickey et al., 2017).

Associadas à menopausa estão sem dúvida as questões corporais, dado o quanto o corpo da mulher se modifica nesta fase e o impacto que a autoimagem pode ter em termos de autoidentidade. De facto, o corpo da mulher muda durante a menopausa, podendo engordar, mudar a forma, notar alterações na pele, entre outras modificações. Tais mudanças deixam então transparecer a impossibilidade de corresponder aos ideais de feminilidade (Rubinstein & Foster, 2012), mas também aos exigentes padrões corporais atuais. A grande maioria das participantes mencionaram terem sentido mudanças, sendo que a mais falada, e a que mais parece tê-las incomodado foi, sem dúvida, o aumento de peso, talvez porque em pleno século XXI, encontramos-nos perante uma sociedade que coloca muita ênfase na imagem do corpo ideal normalizado de magreza (Rubinstein & Foster, 2012), deixando transparecer que uma mulher só é bonita e atraente se corresponder a este estereótipo.

“Sim, eu acho que quando entrei na menopausa eu mudei completamente o meu corpo (...) eu era uma pessoa magra, e parece que desde que entrei em menopausa comecei a inchar (...) porque não há aquela coisa de todos os meses a gente deitar aquilo fora. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“Engordei (...) por mais que eu tente controlar (...) não saio dali. (...) Eu associo à menopausa, porque os meus hábitos alimentares mantêm-se os mesmos (...) mas pronto, faz parte do processo. (...)” (Isabel, 53, casada, 12^o ano, gestora de loja)

“Só estar toda seca por dentro... (risos) (...) eu fui fazer os exames e disseram-me “então você secou por dentro”. (...) Sinto-me aqui uma gaja boa... (risos) Engordei, mas já estive mais gorda do que estou (...) como o que tenho a comer, não faço dietas (...) aquilo que me apetecer eu como. (...)” (Simone, 56, casada, 6^o ano, empregada de balcão)

Todos estes discursos fazem alusão à questão do aumento do peso, sendo que no caso de Simone, esta acrescenta ainda que sente que desde que entrou na menopausa “*secou por dentro*”, tal expressão pode estar associada à perda da menstruação e, consequentemente, à infertilidade que é trazida por esta fase da vida. Ainda no seguimento das alterações provocadas pelo peso, Maria e Cláudia, avançam com a percepção de que o metabolismo tem tendência a ficar mais lento, depois que se entra na menopausa, dificultando a manutenção do peso:

“Sinto que o meu metabolismo não funciona tao rápido como funcionava (...) às vezes quando eu, por qualquer motivo não me alimentava tão bem eu emagrecia logo, (...) agora não (...) parece que estou sempre com o mesmo peso, ou até um bocadinho mais se como uma bolachinha ou outra. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“(...) Noto que não perco peso com a facilidade com que perdia. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12^o ano, rececionista)

Todavia, nem todas as mulheres se queixaram de questões relacionadas apenas com o peso, pois no caso de Celeste e Amélia, estas referem também a flacidez da pele como uma alteração negativa. Tratadas essencialmente como problemas de saúde, as perdas são comumente apresentadas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece, como o aparecimento de rugas e a flacidez da pele (Guerra, 2017).

“Sim, senti claro. A parte que eu senti mais, foi na pele (...) aparecerem mais rugas, o perímetro abdominal aumentou um bocadinho mais (...) com o tempo e com os cuidados devidos (...) volta tudo ao normal. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“A gente alarga mais (...) a pessoa mais flácida, os peitos mais moles (...) pelo menos, foi o meu caso (...) e engordei (...) agora já estou a voltar ao normal. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

A crença e o desejo pela juventude e beleza eterna agravam-se na menopausa, uma vez que é uma fase da vida em que o corpo da mulher não tem o mesmo vigor físico, devido ao inevitável processo de envelhecimento (Favarato & Aldrighi, 2001). Assim, de uma forma geral, o aumento do peso, o alargamento de certos membros, e a perda da elasticidade da pele foram as mudanças mais sentidas pelas mulheres. Tudo isto, pode levar a um conjunto de consequências, como um completo estado de insegurança emocional perante tais transformações, dado que, afeta de forma negativa a autoestima das mulheres, achando-se menos atraentes e desejáveis e prejudicando as suas vidas a nível das esferas familiar, conjugal e social (Favarato & Aldrighi, 2001).

A aparência submete o sujeito a um olhar apreciativo, olhar este que classifica socialmente consoante a sua apresentação, daí ser a partir desse estereótipo socialmente construído que surgem os estigmas e as marcas (Mariga, 2019) que afetam muitas vezes a autoestima, mantendo as mulheres num conflito com a sua autoimagem. Apesar de algumas entrevistadas terem referido que se sentem bem consigo mesmas e que estão satisfeitas com o seu corpo, colocando de lado qualquer estereótipo negativo em relação à mulher que experiencia a menopausa, outras sentiram a sua autoestima um “*bocadinho*” mais afetada.

“Como sempre fui gordinha... (risos), estas mudanças não vieram alterar muito, mas é lógico que digo assim “bolas, agora podia-me ter dado para o contrário”, podia me ter dado para emagrecer... (risos). Não fiquei assim para baixo para baixo, mas influência um bocadinho. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

“Um bocadinho, como era magra e depois engordei assim de repente, ressentime um bocadinho” (...) (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“Afetam mais um bocadinho a nossa autoestima (...) há dias que não me apetece ver ao espelho (...) quando vou comprar roupa, para experimentar, Deus me livre, eu até começo sempre pelo tamanho maior para ir encolhendo (...) às vezes penso “isto é tão grande”, e quando vou a vestir não me

serve...(risos). (...) Fico com a autoestima muito em baixo... (risos). (...)
(Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

Os três excertos têm um aspeto em comum, que diz respeito ao ganho de peso, e com eles podemos concluir que este tanto afetou as mulheres que eram magras, como afetou as mulheres que sempre consideram ter algum peso a mais. Em suma, o aumento de peso destaca-se assim como o principal fator que influencia de forma negativa a autoestima da mulher. A imagem feminina, construída a partir de noções de beleza socialmente definidas, pode atingir profundamente a identidade da mulher, pelo que a menopausa é muitas vezes representada como um momento crítico, que afeta de forma negativa a construção da autoimagem (Mendonça, 2004).

“Sim claro, não me sinto confortável comigo mesma nem com o meu corpo, mas tenho que pensar que tenho uma filha e que tenho de levar a vida para a frente. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9^o ano, empregada de mesa)

Por último, Tânia, apresenta uma realidade diferente, pois associa a sua falta de autoestima à menopausa precoce. Segundo Cantor & Hunter, 1999, quando existe uma falta de sintonia com a norma, pode haver apenas um estereótipo social ao qual recorrer, quando o estereótipo é negativo, a autoestima é facilmente afetada e ameaçada.

Durante a vida, a visão que o ser humano tem sobre o seu próprio corpo, é influenciada por expectativas sociais associadas a questões de género, pois enquanto a masculinidade é vista como constante ao longo da vida, o mesmo não acontece com a feminilidade, uma vez que está associada à juventude, à fertilidade (Cantor & Hunter, 1999), e à beleza, esta que pode ser posta em causa depois de todas as transformações pelas quais o corpo da mulher passa. Assim, a perda da feminilidade constitui outro dos impactos que a menopausa origina em grande parte das mulheres. No entanto, ao contrário do que era esperado e do que está patente no enquadramento teórico da investigação, a grande maioria das mulheres não consideram ter perdido a sua feminilidade, muito pelo contrário, pois como iremos analisar houve características que foram estimuladas durante esta fase.

“Não senti isso. Aliás, até acho que estou melhor... (risos) (...) estou mais tranquila (...) sinto-me bem comigo mesma. (...) Se calhar isto nem tem a ver

com a menopausa, tem a ver com a experiência de vida, a pessoa é mais experiente, fica mais confiante. (...) (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“Não. Acho que ganhei. (...) Sinto-me bem, desde que eu me sinta bem comigo própria (...) eu não me sinto linda para os outros, eu quero sentir-me linda para mim. Muitas das vezes não o faço, mas eu quero sentir-me bem comigo própria e não para agradar aos outros. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)

Nos discursos de Maria e Rosa, apercebemo-nos que o amor próprio predomina nestes depoimentos, pois falam que sentem que estão melhores, mais confiantes, e que acima de tudo se sentem bem consigo mesmas, o que acaba por proporcionar uma sensação de segurança. Assim, podemos tirar a conclusão de que para estas mulheres, a questão da feminilidade é adaptada conforme a fase que vivenciam. Tais ajustamentos, podem levar a que a menopausa seja interpretada de uma forma mais otimista. (Robinstein & Foster, 2012)

“Ai, não. Perdemos umas coisas, mas ganhamos outras, não é? (...) Ficamos mais atentas a tratar de nós (...) enquanto que quando somos mais jovens não pensamos em limpar a pele, pôr aqueles cremes adequados (...) ao entrar nesta fase começamos a pensar um bocadinho mais “deixa-me cá desmaquilhar, deixa-me cá usar este creminho” (...) começamos a ter de estar mais atentas, só isso. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“Não. Eu sinto-me feminina na mesma, gosto de me arranjar na mesma (...) acho que não tem nada a ver, pelo contrário, quando chegamos a esta idade, se calhar temos um bocadinho mais de cuidado, porque sabemos que já não somos tão jovens, não é? (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)

Já Amélia e Isabel, parecem ter a noção de que a feminilidade pode e deve ser mantida através de certos cuidados. A construção social da menopausa é essencialmente impulsionada pela medicina, pelos laboratórios farmacêuticos e pelos media, onde geralmente são feitas recomendações para atenuar os efeitos do envelhecimento, como a aplicação de cremes e a toma de vitaminas (Guerra, 2017). A procura perseverante pela qualidade de vida e pela boa aparência, estimula a procura de um mercado de consumo onde não existe lugar para a velhice, pois esta passa a ser tratada não só como

consequência de descuido pessoal, como também da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados (Dillaway, 2005).

A ideia da feminilidade é sobretudo associada à idade, talvez pelo facto de que para a sociedade contemporânea, a beleza está intimamente ligada à juventude e é um capital social muito valorizado (Aboim, 2014). Esta ideia, está sobretudo impregnada nos discursos de Adelaide e Simone, que consideram não ter perdido a sua feminilidade, pois na sua perspetiva o espírito é que conta, isto é, se o espírito se mantiver jovem, então também elas permanecerão jovens:

“(...) Eu não, eu pessoalmente não. Continuo com o mesmo espírito, que acho que é por aí também que temos de ir (...) continuo a pensar que tenho de continuar a ser aquilo que era porque se eu começo a pensar “já estou na menopausa, estou a caminho dos 60, estou a envelhecer”, eu não vivo, vivo para a velhice e não é isso que eu pretendo. Eu pretendo aproveitar cada momento, cada dia que eu cá estiver. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Eu não, estou igual. (...) O espírito é que conta. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

Ainda no seguimento dos depoimentos que referem não ter perdido a sua feminilidade surge-nos Sílvia, que embora comece por criticar a atitude da sociedade em só valorizar as mulheres bonitas e jovens, contrapõe defendendo que a beleza não é uma questão estanque, podendo variar de pessoa para pessoa e de idade para idade. Para esta entrevistada, a menopausa não tem de ser necessariamente um aspeto negativo, pois segundo a mesma, a maturidade traz à mulher outras formas de impressionar/ cativar.

“Vivemos numa sociedade que valoriza muito a embalagem, mas não acho que tenha perdido a minha feminilidade (...) pelo contrário. (...) Em todas as fases da vida há beleza, certo? É claro que se um jovem olhar para mim, é capaz de pensar assim “possa, que raio de velha”, agora se for uma pessoa, sei lá, com a minha idade, ou mais velha até é capaz de pensar assim “olha, até esta bem”. (...) A capacidade de ser feminina já é uma coisa intrínseca à mulher e que não se perde e se calhar a idade até aprimora algumas facetas da mulher, pode não ser tao exuberante mas pode cativar de outra forma (...) na forma de ser (...) de estar (...) de se aceitar, de aprender a se respeitar a amar e a aceitar as

rugas e as flacidezes e as gordurinhas e não sei o quê como fazendo parte dela. (...) Cada ruga que eu tenho, conta um bocadinho da história da minha vida. (...) Há quem considere que as mulheres balzaquianas são mais charmosas que as quarentonas (...) tudo depende da perspectiva de cada um. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

Quanto ao discurso de Aida, esta salienta uma questão muito importante que é a influência dos media, uma vez que os anúncios em torno da menopausa ainda categorizam socialmente as mulheres pelas mudanças físicas pelas quais passam durante esta fase das suas vidas (Krajewski, 2018), pois estes deixam passar a imagem de que as mulheres só são bonitas e desejáveis enquanto são jovens e enquanto possuem um corpo esbelto, daí que ao entrar na menopausa, muitas mulheres nutram uma sensação de insegurança e vejam a sua autoestima afetada. Salienta ainda que para atravessar esta fase, é necessário que a mulher se sinta bem consigo mesma e que se valorize.

“Penso que não (...) é assim, hoje há um estigma muito grande em que parece que as pessoas têm de ser perfeitas, não é? (...) esquecemo-nos que as fotos, os media tudo o que nos entra dentro de casa nem sempre corresponde à verdade, não é? (...) por isso é que a natureza está muito bem feita, nós chegamos a esta altura da vida e sabemos como lidar com as coisas, sabemos que a verdade não é essa, os jovens apresentam-se jovens e são jovens, nós já passámos essa fase, e podemos continuar a sentirmo-nos muito bem com o nosso corpo independentemente da idade. (...) É importante é que a gente esteja equilibrada, que tenha uma boa saúde e claro, que gostemos de nos ver ao espelho. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Depois de percecionados e compreendidos os principais impactos da menopausa na vida das mulheres, o diálogo pode surgir como uma estratégia de atenuação destes fatores negativos. Quando uma mulher entra na menopausa, e até mesmo durante todo o processo de transição entre os anos reprodutivos e não reprodutivos, é fundamental que esta tenha com quem desmistificar o tema. Assim, procurámos perceber em que medida as participantes têm à vontade para falar neste assunto ou se o encaram como tabu, pois existe uma cultura de silêncio em torno da menopausa, que só tem sido quebrada nos últimos anos (Krajewski, 2018). A grande maioria fala do assunto sem qualquer constrangimento, sendo que o tema de conversa passa essencialmente pela forma como reagiram à menopausa, os sintomas pelos quais estão a passar ou que irão

passar, mas também a questão da medicação, como por exemplo, que tipo de medicação existe e se será necessário tomar:

“Quando surge a conversa da menopausa nós falamos. (...) Falávamos de como é que ia ser, como é que a pessoa podia reagir, que tipo de sintomas poderia vir a ter (...) se seria necessário tomar alguma coisa ou não, qual é que era a opinião de uma e qual é que era a opinião da outra. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12^o ano, assistente operacional)

“Sim. Falávamos sobre o que é que nos podia acontecer, se tínhamos que tomar as compensações, se não tínhamos que tomar essas coisas, os sintomas que tinham, que não tinham. (...) Às vezes até ficávamos apavoradas porque elas diziam que tinham tantos calores, tantos afrontamentos. (...)” (Catarina, 52, casada, 12^o ano, assistente operacional)

Rosa e Aida mencionam falar da menopausa tanto em contexto familiar, como em contexto profissional. Referindo ambas que o assunto que mais abordam é, sem dúvida, os sintomas, uma vez que, quando se fala em menopausa, uma das grandes preocupações das mulheres assenta, sobretudo, nos sintomas que esta fase lhes poderá trazer. Assim, geralmente surgem questões como: que tipo de sintomas existem, com que frequência ocorrem e quando é que atingem um pico de ocorrência e severidade (Prakash, 1999).

“Mais com o meu filho e a minha nora. (...) Sobre estes vasos de calores que muitas vezes, estamos a jantar ou a almoçar e ninguém tem calor, mas eu começo logo “tenho calor, tenho calor, tenho calor”. (...) É mais à base disso. (...)” (Rosa, 52, casada, 12^o ano, cozinheira)

“Ah falo de vez em quando. Falo muito no meu setor de trabalho, porque as pessoas todas falam muito da menopausa e é quase que um bicho para muitas mulheres (...) para mim também houve uma altura em que achei que era um pouco assustadora. (...) Ouço muito “Ai, porque agora estou a entrar na menopausa e estou a ficar com afrontamentos (...) estou a sentir-me tipo cabeça de fósforo, vêm os calores repentinos, e porque vou engordar imenso e estou muito preocupada”, pronto é sempre na base disso, na base do eu, é mais isso. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Claúdia, também refere falar abertamente sobre a menopausa, no entanto prefere abordar o tema com a sua mãe, o que vai de encontro a alguns estudos, que sugerem que muitas mulheres recorrem ao que sabem sobre a experiência da sua mãe, como fonte de conhecimento sobre a menopausa (Judith & Rizq, 2016):

“Sim. Mais com a minha mãe (...) Falamos essencialmente sobre a experiência dela. (...) Ela quer partilhar comigo a experiência dela (...) a princípio mais porque achava que isto me iria fazer uma grande confusão, achava que eu ia ficar muito triste (...) não, nada disso...é claro que temos aquele primeiro embate que é perceber que a partir de agora a nossa vida vai mudar. (...) A conversa é basicamente isto. (...)” (Claúdia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)

Quando o assunto de uma conversa se refere às alterações ou até mesmo ao significado da menopausa, muitas mulheres tentam fugir à discussão sobre o tema (Santos & Borges, 2010), pois salientam que não se sentem à vontade em falar de assuntos íntimos, daí Simone e Fernanda afirmarem que falam apenas com colegas de trabalho. Simone acrescenta ainda que até mesmo em casa se limita a não falar, o que justifica que a família possa não participar nesta fase da vida das mulheres, pois estas não costumam conversar com os seus familiares sobre o assunto (Souza & Araújo, 2015).

“Às vezes com as minhas duas colegas de trabalho calhamos a falar, mas é porque estamos só as três (...) mas não, eu não...há certas conversas que eu não abordo assim (...) não vale a pena. (...) Acho que há certas coisas que mais vale guardarmos para nós. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

“Só com a minha colega de trabalho, mas com mais ninguém. (...) É uma coisa que não falo muito. (...) Às vezes digo à colega “Ei estou a ficar com uns calores, não posso parar com tanto calor, tenho de apanhar ar” (...) mas assim em casa não, não sou muito de falar, não. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

Relativamente aos casos de Tânia e Rute, o facto de se experienciar uma menopausa precoce faz com que muitas vezes as mulheres se sintam minorizadas e que tenham alguma “vergonha” em falar sobre o tema, como é o caso de Tânia. No entanto, a questão da idade é também um pretexto para não se falar de menopausa, uma vez

que, como refere Rute, devido ao facto de ser uma mulher jovem, a sociedade não tem a percepção de que esta possa já estar a fazer a menopausa, por isso nunca ser tema de conversa.

“Não falo. (...) Como me sinto inferiorizada em relação às outras mulheres, nunca falei com ninguém para além do meu namorado. (...) Quando surge o tema da menstruação e da gravidez tento mudar de conversa. (...) Tenho muita vergonha que se saiba que estou na menopausa. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

“Não, não vem ao assunto. Aliás, as pessoas ainda acham que sou muito nova para isso, não é? (...) Por isso é que também não vem ao assunto. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)

Trouxemos a questão do diálogo para a entrevista no sentido de tentar compreender se as mulheres falam abertamente sobre o assunto ou se se sentem incomodadas em abordar o tema, uma vez que na sociedade contemporânea, os tabus são ainda guardiões da ordem social. Podemos considerar que determinado assunto é tabu, se for descrito através de eufemismos ou se for remetido ao silêncio. Tanto a menstruação como a menopausa são alvo de tabus, mas também lhe são associados termos como “aquela altura do mês” no caso da menstruação, ou “mudança de vida” como é o caso da menopausa (Krajewski, 2018). Assim sendo, e confirmando essa ideia socialmente partilhada, a menopausa está ainda associada a um assunto proibido, porque existem pessoas que ainda têm algum pudor/ vergonha em falar:

“Muita gente sim, não falam e querem esconder. (...) Apesar de a menopausa ser uma situação normal, eu acho que ainda há pessoas que escondem. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Acho, mas eu acho que isso a sociedade olha dessa maneira porque são pessoas que talvez não estejam bem resolvidas (...) têm vergonha de dizerem “eu estou na menopausa” (...) eu não tenho vergonha nenhuma. (...) Eu acho que quem me respeita tem de me respeitar das duas maneiras, seja mulher fértil, seja mulher da menopausa (...) é a mesma coisa. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)

mas também a algum preconceito:

“Ah eu acho que sim, ainda há muita gente que diz “já não tem menstruação já não é mulher” (...) um homem hoje se vir uma mulher diz logo “ah isso já é barronda, já não dá nada”, há muito essas expressões “já está seca” (...) acham que uma mulher só é mulher quando é fértil. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

Celeste, acrescenta que a menopausa pode constituir um tabu ainda na sociedade contemporânea, pois esta tem a ideia de que para um homem, a mulher só é mulher até ser fértil, após essa fase há a percepção de uma desvalorização da mulher enquanto ser social. Nos depoimentos de Isabel e Lisete, a questão da idade serve de justificação para a existência de tabu nos dias de hoje. Esta ideia é fundamentada quando dizem que para as gerações mais velhas este assunto será ainda tabu, uma vez que antigamente assuntos íntimos como menstruação, gravidez e menopausa, eram muitas das vezes omitidos por vergonha e receio em falar.

“Ah sim (...) se calhar a minha geração já não é tanto isso, mas se calhar a geração dos 60 anos eu acho que ainda era e é muito tabu (...) falar nisso eu acho que ainda é assim um bocado “ah está na menopausa já é velha” (...) eu não pensei isso, aceitei, normal. (...) Podia ser mais tarde? Se calhar podia, mas se tem de ser agora, que seja (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)

“Talvez. As pessoas mais antigas sempre devem ter ali uma parte que não gostam muito de falar, mas a malta mais nova já fala com normalidade disso tudo, e acho que é o melhor que se pode fazer, ter uma mente aberta para tudo. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)

Isabel, associa ainda que esta ideia de tabu pode surgir devido ao facto de o envelhecimento ser um significado que a menopausa acarreta, quando diz *“ah está na menopausa, já é velha”*. Esta noção, não só contribui para que tal associação seja mantida, como parte do pressuposto que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam de forma igual para todas as mulheres, independentemente da sua condição física, psíquica, social, económica e cultural (Trench & Santos, 2005). A esta perspetiva junta-se Rute, que apesar de achar que as pessoas no geral associam a menopausa à velhice, contraria esta ideia com a sua realidade de menopausa precoce:

“Se calhar sim, se calhar acham que a menopausa significa velhice e se calhar não é tanto assim, porque eu foi bastante cedo, mas há muita gente a ter mais cedo (...) acho que não tem nada a ver. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)

A situação de Tânia assemelha-se à de Rute, na medida em que ambas experienciam uma menopausa precoce, no entanto, Tânia deixa transparecer sentimentos de vergonha e inferioridade, considerando que o seu caso é uma realidade à parte, chegando mesmo a confessar que só aceitou ter a conversa sobre o tema, porque a investigação garantia o anonimato das participantes.

“É assim, acho que para as mulheres em idade normal de menopausa não será tabu, mas na minha situação é. (...) Só aceitei dar esta entrevista porque me garantiu que os dados são anónimos. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Também a falta de diálogo dos pais para com os filhos sobre diversos assuntos, pode gerar tabus. Assim sendo, Adelaide e Alice, reforçam a importância de se falar de todos os assuntos com os jovens, realçando ambas, que sempre falaram sobre tudo abertamente com os seus filhos:

“Sim, muitas mulheres olham, porque nem toda a gente tem a oportunidade de poder ser acompanhada e infelizmente ainda há jovens no nosso país que os pais têm dificuldades em falar de determinadas situações, determinados assuntos, e esse é um deles. Seja a menopausa, seja a sexualidade, inclusivamente a menstruação (...) não digo que seja uma grande percentagem, mas ainda temos muitos casos em que não há abertura para se falar nessas coisas (...) é tabu. (...) Sempre falei de todos os assuntos abertamente com os meus filhos e acho que é assim que deve ser (...) eles têm de crescer a terem conhecimento de tudo abertamente. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“A grande maioria sim, mas como eu sou muito aberta, mesmo com os meus filhos, não temos tabus uns com os outros e falamos de tudo, na minha casa não (...) mas sei que muita gente sim, que até se resguardam (...) lá está, a tal

questão cultural da menopausa, estou no declínio, não quero falar (...) para mim não. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

O mesmo não se pode dizer de Alexandra e Simone, que apesar de marcarem a diferença dizendo que na opinião delas atualmente a menopausa já não é tabu porque já há mais à-vontade para se falar de determinados temas, as próprias referem que as suas mães nunca falaram de assuntos relacionados com a saúde íntima da mulher com elas, nomeadamente a questão da menstruação, o que as levou a serem “obrigadas” a informarem-se com amigas mais velhas.

“Eu acho que não. Isto agora já é tudo para a frente, isso era antes. (...) Antes é que ninguém dizia nada, ninguém sabia nada, as nossas mães nunca falaram connosco, eu também nunca falei com a minha filha sobre nada disso, porque eu acho que também nunca fui preparada para isso. A minha mãe nunca falou comigo sobre nada, no dia em que me veio o período fiquei muito assustada, pensei que fosse uma ferida que tinha dentro de mim que tivesse rebentado (...) cheguei ao pé da minha mãe e disse “eu estou muito doente” e a minha mãe disse “então o que é que sentes?” e eu disse “olhe eu tenho uma ferida dentro de mim e rebentou”... (risos), e a minha mãe ficou a olhar para mim “então mas rebentou-te aonde?” e eu disse assim “ai tenho tanto sangue a correr”, e a minha mãe, naquela altura não havia pensos higiénicos, eram uns panos que faziam e eram os panos que tínhamos de pôr, tipo umas toalhinhas de bidé. (...) Eu quando vi que a minha filha tinha o período, também não falei assim com ela, mas já lhe comprei os pensos já lhe os pus lá, já foi diferente, não tinha nada a ver. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

“Ah eu penso que não, isto agora fala-se de tudo e mais alguma coisa, as pessoas já têm um à-vontade que antes não havia. (...) A minha mãe não me preparou, nunca falou comigo sobre nada, nunca, nada de nada, eu soube, quando fiquei assim mais crescida, sei lá, com 11 ou 12 anos (...) mas tinha uma amiga que tinha uma irmã mais velha e então ela sabia de tudo a esse respeito, e ela depois dizia-me, falava comigo e foi assim que eu comecei a aprender, porque da parte da minha mãe nunca nada. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

Tal como analisámos anteriormente, Simone tem uma certa dificuldade em falar sobre a menopausa, referindo mesmo que em casa também se limita a não falar, facto este

que pode advir da ausência de diálogo da sua mãe para com ela, o que veio despoletar certas barreiras em determinados temas/ assuntos.

Fernanda, é a entrevistada que parece ter mais certeza de que o tabu da menopausa está impregnado na sociedade, talvez porque ela própria sente tabu em tudo o que são temas mais íntimos. Deste modo, analisando o depoimento, verificamos que esta participante deixa transparecer algum receio em colocar dúvidas ao ginecologista, assim como alguma vergonha e preconceito em expor o próprio corpo:

“Ah sim, eu acho que sim, aliás, eu só aceitei dar a entrevista porque tenho alguma confiança contigo, e falo com as minhas colegas porque também tenho confiança com elas para isso, porque senão eu não converso essas coisas com mais ninguém. Pode ser estupidez nossa, não é? Porque se temos abertura para falar nisto e naquilo, também devíamos ter para isso, não é? Mas eu própria quando vou à ginecologista também não faço grandes perguntas e até devia de fazer, mas não o faço (...) eu podia já ter abordado algumas perguntas que já me fizeste e eu nunca as fiz. (...) Eu não ia ao ginecologista nem nada disso, nem ao médico de família ia (...) acho que ainda temos esse preconceito de ir e de mostrar e essas coisas. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

Assim, os discursos de Simone, Alexandra e Fernanda são o exemplo de que quando não podemos saber muito à cerca de um determinado tema, quando temos vergonha em falar sobre algo, ou quando queremos esconder um certo assunto, estamos então perante certos sinais que evidenciam certamente que algo é tabu nas sociedades contemporâneas (Krajewski, 2018).

Por fim, surge-nos Sílvia e Maria, em que ambas concordam que o tabu da menopausa e não só, depende muito de fatores como a idade (tal como já foi referido), a cultura, mas também a localização geográfica, ou seja, o facto de a pessoa ser mais velha, deter uma cultura mais conservadora, ou até mesmo viver num meio mais fechado onde existe menos informação, é propício a haver mais tabus e maior constrangimento em abordar certos assuntos.

“Algumas pessoas sim, outras não (...) e também depende do meio. Se for um meio mais fechado, um meio de pessoas menos interessadas em saber sobre, veem as coisas de uma maneira, se for um meio onde a mente é mais aberta,

mais livre, mais informada, veem as coisas de outra (...) mas isso é em tudo, não é só na menopausa. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Ai eu acho que sim, em alguns sítios só (...) assim pessoas da minha idade já não, mas pessoas assim com mais idade acho que sim que ainda têm algum receio de falar. (...) Depende muito de cultura para cultura, da posição geográfica (...) as pessoas das aldeias, algumas, não todas, ainda pensam na menopausa como um tabu (...) agora a maioria acho que não. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

O processo natural da menopausa tem sido fonte causadora de sofrimento nas mulheres, pois além de ser silenciado por conta de tabus relacionados ao envelhecimento feminino, é ainda potencializado devido a fatores estruturais, tal como a discriminação social associada ao género (Guerra, 2017). Tal facto fez com que tentássemos perceber se alguma das participantes desta investigação já se teria sentido discriminada ou minorizada apenas pelo facto de estar a atravessar esta fase da sua vida. A maior parte das participantes da investigação realçaram nunca se terem sentido discriminadas ou minorizadas. Ainda que, de certo modo, as suas explicações denotem que tal não acontece por não se tratar de uma marca visível, algo no sentido que Goffman designa por estigma desacreditável.

“(...) Isso não (...) a gente não traz na cara o que se está a passar connosco, na nossa vida, não é? (...) e isso não inferioriza ninguém. (...)” (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

“Não, porquê? Ninguém sabe, só eu é que sei se tenho ou não tenho. (...)” (Celeste, 57, casada, 9^o ano, desempregada)

De algum modo, o receio de ser socialmente julgada, a insegurança de ser reconhecida como estando marcada por esta nova fase, parecem existir. Assim, estas atitudes parecem ser influenciadas por uma etiqueta social não falada, a qual remete a menopausa para o domínio da experiência privada (Judith & Rizq, 2016), conduzindo-as a um processo circular, onde as mulheres na menopausa atuam no sentido de não serem desmascaradas (Brown et al., 2017).

Relativamente à menopausa precoce, embora esta constitua uma experiência corporal, a mesma é subjetivamente experienciada, num contexto que se caracteriza por uma

dissonância entre aquilo que é socioculturalmente esperado para a faixa etária vivenciada e a realidade biológica efetivamente experienciada por essas mulheres (Boughton, 2002). Assim sendo, é provável que a avaliação social surja diante este cenário, como é o caso de Tânia, que se sente minorizada. No entanto, esta minorização decorre da sua autoavaliação de si, à qual não é claramente alheia toda a construção social da menopausa que temos vindo a discutir.

“Sim (...) sinto-me minorizada, mas é uma coisa que está dentro de mim. (...) Como eu nunca disse a ninguém, para além da minha família que estava na menopausa, isto é um conflito comigo própria (...) mas sim, sinto-me menos do que as outras mulheres, mas (...) ninguém sabe e eu faço um esforço para não demonstrar. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

À medida que fomos avançando na análise do discurso de cada participante, e depois de mencionados e percebidos os impactos que esta fase teve na vida destas mulheres, a autoavaliação da sua experiência da menopausa foi essencial. Assim sendo, e de uma forma geral, observámos que a avaliação que as participantes fazem da sua experiência varia essencialmente conforme a sintomatologia, isto é, se os sintomas são múltiplos e causadores de desconforto, a experiência é essencialmente classificada como negativa.

“Um bocado negativa, pela maneira que as coisas me caíram em cima, porque eu não estava à espera deste mau estar, destes calores horríveis (...) pensei que fosse diferente. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

Em compensação, as mulheres também relatam experiências positivas da menopausa, pois para algumas, esta fase traduz-se numa maior liberdade, autoconsciência, crescimento, reflexão e reavaliação do papel (Sali set al., 2017), no entanto, o facto de não terem sintomas é também justificação para essa avaliação.

“Foi positivo. Não tive sintomas, não tive alterações hormonais no sentido de dores, claro que alterações hormonais houve sem dúvida, porque fiquei sem menstruação. (...) Eu deixei de ter período num dia e até hoje nunca mais tive (...) eu sei de casos que vai e vem, eu não (...) por isso foi tudo muito positivo. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

Isabel, assume-se como um caso particular, uma vez que, apesar de classificar como positiva a sua experiência da menopausa, está convicta de que foi devido a todas as

alterações hormonais, que lhe apareceu um tumor maligno no peito, que ainda permanece sob avaliação:

“Está a ser tudo normal, tirando aquela parte [detecção de um tumor maligno no peito] que eu acho que tem a ver um bocado com isto, do nosso organismo estar a mudar e de o sistema hormonal estar a mudar e pode trazer essas consequências para as mulheres, até porque é nestas alturas que muitas descobrem, não é? (...) que a maior parte das mulheres têm estes problemas. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)

A experiência individual da menopausa, faz-se muitas vezes através do “auxílio” da influência social, isto é, a sociedade e as relações sociais são detentoras de influência, esta que por vezes pode não ser benéfica, e no caso da menopausa não é exceção. Muitas vezes, as mulheres discutem este tema com a família, amigos e até médicos, procurando uma definição de menopausa. Assim, tanto as construções culturais e médicas, como a complexidade geral do contexto social, provoca certamente influência na sua experiência da menopausa (Winterich & Umberson, 2008). Assim sendo, algumas mulheres referiram que sentiram alguma pressão negativa por parte da sociedade:

“Claro que a forma como se fala da menopausa é sem dúvida assustador (...) neste momento acho que estamos numa fase de viragem. (...) É um bocadinho assustador porque quando chegamos lá, começamos a pensar, “ai e se eu tenho aquele tipo de problema?” (...) falam tanto que a menopausa é assim, traz isto traz aquilo (...) há uma ideia generalizada da menopausa um bocado negativa (...) e depois é assim, a comunicação social, as publicidades, tudo, altera às vezes a realidade, “ai toma isto toma aquilo, toma o outro” (...) deviam dizer, “se necessário”, porque antes de se tomar podemos recorrer a outro tipo de ajuda, e a pessoa começa a ficar formatada, naquelas ideias, “ai vou chegar lá e vou tomar porque dizem que é bom”. (...) Não podemos estar formatadas à ideia de que a menopausa é o bicho papão, não é? (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“(...) eu ouvia dizer tão mal, que era isto, que era aquilo (...) tive receio (...) mas como depois não me aconteceu nada, tirando só a parte óssea (...) de resto, foi tudo normal. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Sim, talvez, porque eu às vezes ouvia as outras mulheres a queixarem-se e tive muita vez receio que me acontecesse o mesmo. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

As mulheres em todas as sociedades são influenciadas pelo que está a acontecer à sua volta, pois recebem informações de amigos e familiares, bem como de profissionais de saúde (Krajewski, 2018), o que pode de certo modo influenciar as suas próprias expectativas e experiências sobre a menopausa (Winterich & Umberson, 2008). Tal facto vai de encontro aos discursos de Adelaide, Catarina e Alexandra, onde é evidente que tiveram receio das consequências negativas que a menopausa lhes poderia trazer, pois foram influenciadas pela experiência de outras mulheres sobre esta fase. Estas referências a depoimentos de outras mulheres, refletem o impacto negativo sobre a mulher na menopausa (Winterich & Umberson, 2008). Adelaide faz ainda referência aos media, como fonte de influência negativa, pois estes *“criam explicitamente necessidades, esboçam um problema e vendem uma solução”* (Krajewski, 2018; p.146).

Por outro lado, há mulheres que não sentiram minimamente a influência da sociedade, como é o caso de Amélia e Rute, que sempre tiveram a percepção de que cada experiência é uma experiência, e assim sendo, não se deixaram afetar pela vivência de outras mulheres:

“Não, porque cada pessoa tem a sua experiência, não é? (...) Tive sempre os meus cuidados e não me deixei levar pela experiência das outras mulheres (...) por isso não. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“Não, a mim não (...) vivo de acordo com os meus princípios (...) como tive uma menopausa precoce nunca me pude orientar muito pelas outras mulheres e pela experiência delas. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)

Rute confessa nunca poder ter dado ouvidos a experiências de familiares e amigas, dado que a sua menopausa se trata de um caso peculiar. A juntar-se a este discurso, surge Tânia, que devido à sua idade, e a todos os significados que advêm da juventude, a sociedade não associa que esta poderá já estar na menopausa, daí nunca ter sentido qualquer tipo influência:

“Não, não influenciou em nada, até porque a sociedade não sonha que eu estou na menopausa (...) olham para mim e vêem uma mulher jovem em idade fértil. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Para rematar, e ainda nesta linha da idade, surge Celeste, que apesar de já ter cinquenta e sete anos, tem a perceção de que a sociedade não sabe que já poderá estar na menopausa, parecendo assim ter a intenção de esconder este facto através do seu aspeto físico. O facto de a sua menopausa poder ser conhecida, é um aspeto que, no seu entender, produziria impactos negativos na sua identidade social.

“Não, porque ninguém sabe que eu que não tenho menstruação, se eu não disser. (...) Toda a gente me vê aí emperiquitada e não sei quê e dizem assim “ah é uma mulheraça”, mas ninguém diz que eu já não tenho menstruação, aliás ninguém diz que eu tenho 57 anos. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

2.3. Medicalização da menopausa

A própria definição de menopausa varia entre as participantes, sendo que umas a entendem mais em termos biomédicos, e outras mais em termos sociais. Sabemos que a menopausa é definida de forma biomédica como o período de irregularidade menstrual que culmina com o cessamento da menstruação (Brown et al., 2017), e que acarreta consigo uma carência de estrogénios (Antunes et al., 2003). Carla e Sílvia, parecem estar cientes da definição biomédica da menopausa, uma vez que a definem como o fim do ciclo reprodutivo da mulher/ menstruação, tendo consciência de todas as etapas e consequência que advirão com este processo:

“(...) A menopausa primeiro é o final da ovulação, pronto. (...) É mais isso, o final da ovulação (...) do período menstrual. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

“A menopausa é uma etapa da vida da mulher, em que já não há produção de óvulos (...) há uma baixa enorme de várias hormonas, nomeadamente o estrogénio, que vai ter interferência na saúde da mulher a vários níveis, nomeadamente a nível ósseo, os ovários diminuem de tamanho, há mulheres que sofrem muito de enxaquecas, há uma alteração em termos de humor. (...) Eu notei em mim. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

Continuando nesta linha de pensamento, a mensagem da medicina é de que as mudanças de biologia durante a transição da menopausa contribuem diretamente para o aumento do risco de resultados negativos para a saúde física da mulher (Newhart, 2013). Perante esta realidade, Rosa, Alexandra e Aida, desenvolvem um certo receio e um sentimento de insegurança no que diz respeito ao percurso do seu processo da menopausa e às complicações a nível de saúde por ela trazidas.

“(...) Acho que tem os seus prós e os seus contras, e atrás de uma menopausa pode surgir muitas coisas e vir muitas coisas do qual a gente não está a pensar. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)

“(...) A menopausa é como lhe digo (...) parece que as coisas (...) eu não digo o mau da saúde, mas há coisas que nos aparecem acho que assim mais por causa da menopausa. (...) O nosso corpo fica diferente, não é? (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

“A menopausa acredito que de futuro vá trazer alguns problemas (...) acredito que com a baixa de estrogénios que muita coisa vai mudar. (...) Problemas de osteoporose, possivelmente até alterações a nível de sistema nervoso, porque vai reduzir até a nossa relação com o parceiro. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Ao contrário das participantes referidas acima, houve entrevistadas que afastaram a definição biomédica da menopausa, atribuindo-lhes apenas definições sociais, o que leva a que esta seja entendida como parte integrante da vida e não apenas como um evento biológico discreto (Sali set al., 2017). Isto percebe-se no facto de algumas das participantes utilizarem e adaptarem termos dessa definição para darem a entender a forma como percecionam a menopausa, utilizando expressões e palavras como “virar da página” ou “transição”:

“Ao princípio era um bicho papão, porque não tinha bem a ideia do que poderia vir aí. (...) Mas penso que é um fechar de um ciclo, o virar da página para outra fase da vida. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Para mim a menopausa é uma transição. (...) No corpo da mulher é uma transformação, não para a fase final da vida, mas sim para uma fase descendente, a nível hormonal, a nível de estar (...) porque influencia muito com o nosso estado de espírito quer queiramos quer não. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

Ao longo dos anos, o argumento predominante do discurso médico sempre esteve voltado para a ideia de que a menopausa era considerada uma doença de deficiência hormonal (Kantoviski & Vargens, 2010). Para além disso, o processo de transformação que o corpo feminino enfrenta durante a menopausa é descrito, geralmente, por um discurso impregnado de termos negativos, tais como: falência, perda, atrofia, entre outros (Mendonça, 2004). Assim, perante toda esta perspetiva, a menopausa, é frequentemente entendida como uma doença, o que no entender de alguns autores, faz parte da construção de uma cultura patriarcal, voltada essencialmente para o controlo dos corpos femininos (Kantoviski & Vargens, 2010), entendidos fundamentalmente como corpos reprodutivos. Neste sentido, pareceu-nos pertinente compreender em que medida as mulheres olham para a menopausa como uma fase natural ou a interpretam como sendo uma doença, e também em que medida os seus discursos são impregnados pelas definições e terminologias médicas.

Apesar de a maior parte das entrevistadas se afastar da perspetiva biomédica e assumir esta fase como sendo um processo essencialmente inato do corpo da mulher e natural, tal como vimos na definição da menopausa, nem todas as entrevistadas partilham da mesma opinião, sendo de destacar que a menopausa pode mesmo ser equivocadamente sentida pelas mulheres como uma doença, associando-a ao declínio físico (Souza & Araújo, 2015). Como vimos anteriormente, a ideia de declínio físico, de fase descendente do corpo, de doença eminente está presente no discurso de algumas participantes. Fernanda, tem a perceção que a menopausa traz consequências a nível de saúde, queixando-se que a partir de uma certa altura foram-lhe surgindo algumas complicações, daí fazer a associação de que a menopausa poderá ser uma doença. Simone, encara esta fase como sendo uma patologia, talvez devido à sintomatologia que enfrenta. Tânia partilha também desta perspetiva, ao afirmar que *“é mais que uma doença”*, uma doença que lhe causou infertilidade.

“É e não é. Porque há pessoas que têm consequências. (...) Eu não sei se será o meu caso, o que é certo e verdade é que eu a partir de uma certa idade tudo me foi aparecendo (...) Eu vejo muitas situações em que as pessoas dizem que

entraram na menopausa e tiveram isto, aquilo e aqueloutro (...) mas eu acho que faz parte mesmo do ser humano. (...) (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

“Eu acho que sim, eu acho que é. É uma doença que a gente não sabe lidar muito bem com ela. A gente não sabe o que há-de fazer, não sabe como há-de estar, como se comportar (...) é uma doença complicada. (...) (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

“Para mim é mais que uma doença, porque me tirou a possibilidade de ter mais filhos, de aumentar a minha família que era um sonho meu e do meu namorado (...) e por causa desta situação ganhei uma depressão, e ainda hoje não consegui ultrapassar este assunto (...) sinto-me menos mulher do que as outras. (...) (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Tal como temos vindo a analisar, a sintomatologia pode ser mesmo a causadora do agravamento dos impactos trazidos por esta fase da vida da mulher. Os sintomas associados à menopausa são tipicamente biológicos e psicológicos (Newhart, 2013), e variam de mulher para mulher. A compreensão da menopausa varia conforme o contexto social, e no caso dos sintomas não é diferente, pois há a ideia de que estes podem também variar consoante a cultura, a etnia, o nível de educação, os comportamentos de saúde e o nível de stress e depressão (Hickey et al., 2017; Newhart, 2013). Os sintomas mais comuns entre as mulheres deste estudo são os vasomotores, isto é, os calores e os afrontamentos, havendo mesmo participantes que referem que se sentem pior na altura em que estaria para vir a menstruação:

“Os sintomas foi muito calor, muito calor (...) ainda agora quando é altura de me aparecer o período tenho montes de calores. (...) de resto não tive assim mais nada. (...) (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)

“(...) foram sempre mais os calores que me incomodaram e incomodam. (...) Eu ando sempre a ferver, sempre, sempre, sempre, transpiro, chego a tomar banho 3 e 4 vezes durante o dia (...) é uma coisa fora de série (...) Depois dizem assim “então está lá agora calor”, e eu digo “então não está?” (...) eu estou sempre a ferver e isso é que me dana... (risos). (...) (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

“(...) o facto de a gente dormir pior, isso eu notei muito e acho que até hoje ainda mantenho esses problemas em dormir. (...) Tinha noites de acordar completamente encharcada, ser inverno e eu completamente encharcada, e ter que me levantar e tomar um duche rápido e vestir outro pijama e ir à cozinha beber água (...) interferiu muito com a qualidade do sono. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

Segundo o discurso de Sílvia, a qualidade do sono é também fortemente afetada pelos sintomas vasomotores, pois os hotflashes são imprevisíveis em termos de quando podem acontecer durante a noite, alterando o sono e provocando o despertar. Os calores noturnos dependem das condições da temperatura ambiente, isto é, quanto mais quente for o colchão, menos arejado for o quarto ou local de dormir, mais condições estão reunidas para que a mulher seja acordada por um calor durante o seu sono (Oliveira, 2022).

Nos próximos discursos, são evidenciados essencialmente sintomas ao nível psicológico, tais como as mudanças de humor e a irritabilidade. No entanto, se prestarmos atenção ao depoimento de Simone, ao contrário do que é dito, ela tem a perceção de que os sintomas em vez de atenuarem com o tempo, estão a agravar, acrescentando que os calores que sente a deixam bastante nervosa, o que vem no sentido de considerar que os sintomas físicos e psicológicos estão frequentemente inter-relacionados (Hunter & Edozien, 2017).

“(...) o sono, a irritabilidade, as mudanças de humor (...) noto perfeitamente, estou muito choramingas (...) estou mais sensível. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

“Os calores, muito calor. Tenho tanto calor, tanto calor, que às vezes estou em casa e sou obrigada a despir-me, ficar só em cuecas e nada mais (...) é uma coisa insuportável. O calor começa-me na raiz dos cabelos até a ponta dos pés, fico vermelha, enervada, tudo me tem culpa e ninguém tem culpa. (...) Fico irritada, disparo por tudo e por nada (...) disparo com o marido que ele nem sabe porquê. (...) É horrível, às vezes até os cabelos me pingam água. Fico vermelha, parece que vou rebentar. (...) E continuo com estes sintomas desde os 51 anos, e cada vez acho que estou a ter mais (...) acho que começou no de leve e agora está a ir por aquilo a fora. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

No entanto, apesar da maioria das mulheres afirmarem ter sintomas, os próximos testemunhos são de mulheres que confessam não ter sintomas nenhuns que as façam associar estarem na menopausa, para além da ausência da menstruação:

“Nenhuns. Só mesmo a falta do período. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)

“Não tenho. Só mesmo a falta da menstruação é que me faz dizer que estou na menopausa. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

A biomedicina atribui à deficiência hormonal a causa principal da menopausa, esta que é a causadora dos sintomas. Como tal, o conhecimento médico científico defende que a menopausa é apresentada como um evento fisiológico “inevitável” e de cariz patológico, cuja intervenção por meios artificiais é crucial. Assim, a medicalização do corpo feminino tem sido utilizada pela medicina como uma possível solução para as mudanças fisiológicas ocorridas durante a menopausa. Para justificar essa medicalização, a medicina alerta para a diminuição da produção de hormonas, além dos restantes sinais e sintomas, como sendo processos patológicos, que devem ser controlados a partir da TRH (Guerra, 2017). Este tema, acaba por dividir bastante a opinião das participantes. Numa primeira abordagem, temos Sílvia, que talvez pela sua profissão enquanto profissional de saúde, menciona que a TRH é uma escolha que compete a cada mulher:

“É uma escolha, um direito de escolha de cada mulher. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

Há de facto mulheres que concordam com a medicação, sobretudo quando esta promete um alívio das alterações e dos sintomas trazidos por esta fase, como é o caso de Lisete e Fernanda. Contudo, Fernanda esclarece que não está informada quanto ao tema, cingindo-se apenas aos conhecimentos transmitidos por outras mulheres.

“Se é para nos sentirmos melhor e para superarmos esta fase mais normalmente, acho bem. (...) Acho que sim. (...)” (Lisete, 52, casada, 12^o ano, assistente técnica)

“Se calhar até é bom, porque ajuda que as pessoas não tenham esses afrontamentos, pelo menos eu entendo que seja assim (...) eu também nunca fui pesquisar (...) aquilo que eu ouço é que se as pessoas tomarem já não têm estes sintomas. (...) Eu não tenho assim essas coisas graves, mas quem tem isso eu penso que é bom, que deviam tomar. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)

No seguimento do alívio dos sintomas, também Manuela concorda que esta terapia poderá ser benéfica, no entanto, só deverá ser utilizada em casos graves, porém, como técnica de farmácia, reconhece que este tipo de medicação acarreta sempre os seus prós e os seus contras, tal como qualquer outro medicamento. Na verdade, e como iremos analisar, os benefícios da TRH têm sido contrariados por investigações que afirmam estar carregada de risco, deste modo, as controvérsias em torno da menopausa têm-se centrado em grande parte nos malefícios associados à TRH (Guillemin, 2010).

“Ajuda muito, eu vejo muitas pessoas a precisarem disso, principalmente no sítio em que estou. (...) Eu conheço casos de pessoas que entram em depressão. (...) Uma senhora uma vez vinha do ginecologista, e lá na farmácia começa a chorar a chorar porque o médico lhe tinha dito que ela estava na menopausa (...) ela chorou, chorou e entrou numa depressão brutal. (...) Nisso os químicos vão ajudar bastante, mas também sabemos que tudo o que é medicamento é um pau de dois bicos, o que vai poder fazer bem a uma coisa, vai fazer mal a outra. (...) Mas isso depois já vai de cada pessoa, respeito qualquer decisão. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

Em contrapartida, nem todas as mulheres são a favor deste tipo de medicação, pois evidenciam que apesar de não terem tomado a TRH, algumas participantes desenvolveram a perspetiva de não serem a favor da medicalização da menopausa.

“Eu acho mal, eu nunca fiz isso. (...) Porque é que estão a repor aquilo que a natureza nos tirou? Se a natureza achou por bem tirar-me a menstruação aos 50 e aparecer a menopausa, é porque tinha de ser, é porque o nosso organismo estava preparado já para isso. (...) Eu não sou de acordo, e tanto que não sou de acordo que não fui. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

“Eu acho que não é muito bom (...) às vezes ouço pessoas dizer que tomaram e que não acham que seja uma coisa muito boa. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)

Como já foi referido anteriormente, é importante ter em conta que a menopausa é uma fase natural da vida, ainda que a medicina tenha tendência a entendê-la a partir do prisma biomédico (Brown et al., 2017). A literatura feminista fundamenta a sua desconfiança perante a TRH, dado que a medicalização dos processos naturais da vida envolve necessariamente controlo natural da vida (Conrad, 1992), o que acaba por retirar o autodomínio das mulheres sobre os seus corpos, impedindo que processos naturais ocorram (Kelly, 2011).

“Por aquilo que li e por aquilo que eu sei (...) há quem diga que é bom e há quem diga que não é tão bom. (...) Qualquer tipo de medicamento, seja ele qual for, traz outro tipo de consequências (...) se conseguirmos enfrentar a menopausa de forma natural, tanto melhor. (...) Não sou contra, mas também não sou totalmente a favor. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Eu já ouvi pessoas que sim que a gente deve fazer, há outras pessoas que dizem que não que seja tudo ao normal e foi o que me aconteceu a mim, foi o que eu fiz. (...) Tudo ao normal, nunca fui ao médico, nunca me queixei por causa dos calores, por isto ou por aquilo. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

Por fim, há participantes que, por não estarem informadas a cerca do tema, não têm uma opinião definida e esclarecida relativamente a este:

“Não sei porque eu nunca experimentei. (...) O ginecologista perguntou-me se eu queria e eu disse logo que não. (...) Nem sei que tipo de medicamentos existem, nem como existem, como se tomam, nada. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Eu aí não posso dizer muito, porque eu não tomei (...) ainda me meteram a hipóteses de tomar isso que você falou da reposição, mas não aceitei (...) quando era nova não me dei muito bem com a pílula, e tinha medo que me

acontecesse o mesmo. (...) Como também tenho problemas de circulação, achei melhor não tomar. (...) (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Tânia, como não tomou medicação, também ela alega não ter uma opinião definida, no entanto, a isto acresce o facto de ter tido receio das consequências da medicação, uma vez que, quando tomava a pilula anticoncepcional surgiram-lhe alguns problemas cardiovasculares, estes que são também riscos comuns à TRH. Há autores que defendem que é primordial que as mulheres, seja qual for a idade, se encontrem informadas a respeito da menopausa, com a noção esclarecida que esta não se refere a uma doença, mas sim a uma fase da vida, propondo, por isso, o estímulo de maneiras saudáveis de vivenciar a menopausa, de modo a que se respeite o corpo e a autonomia da mulher (Kantoviski & Vargens, 2010).

De uma forma geral, a perspectiva que desenvolveram sobre a medicalização da menopausa, veio refletir-se na questão da toma da medicação, uma vez que uma pequena minoria refere ter sido medicada. Carla, Sílvia e Rosa, mencionam terem sido medicadas pelo ginecologista, porém atualmente não tomam o que lhes foi receitado para a menopausa. Carla e Sílvia, são as duas únicas mulheres que tomaram TRH, no entanto, Carla tomou apenas durante um ano e Sílvia tomou durante cerca de dois ou três meses. Carla, decidiu optar por tomar medicação, pois o seu médico frisou que os sintomas diminuiriam, todavia, como não é muito a favor de medicamentos, decidiu por si mesma parar, enquanto Sílvia, mesmo sendo profissional de saúde, preferiu colocar a medicação química de lado e optar por alternativas mais naturais.

“Foi o médico que me disse “é melhor tomar, porque vai sentir-se melhor, porque não vai sentir tantos sintomas”, e depois tomei, mas logo deixei, e não voltei a tomar mais. (...) Deixei de tomar porque sou contra medicamentos, porque evito muito tomar medicamentos. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Eu fiz [TRH] durante 2 ou 3 meses e depois resolvi parar e substituí por isoflavonas de soja. Já alguns ginecologistas aconselharam algumas mulheres mais por causa dos calores. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Senti necessidade de ser medicada porque me meteram muito medo (...) calores, afrontamentos, mau estar, falta de humor, irritabilidade e essas coisas todas (...) e disseram que tínhamos certas dores, e hoje ainda as tenho a

nível aqui por baixo, não sei se é ovários. (...) Começaram-me a dizer que sim que havia de fazer, e eu falei com a médica e ela disse-me “olhe não há como experimentar, experimenta e depois vê.” (...) Deu-me umas vitaminas, fiz a caixa (...) não notei nem melhoras nem pioras, portanto é assim, a gente tem que saber viver. (...) Eu foi só para experimentar, este ano perguntou-me se eu queria continuar (...) mas até à data não precisei. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)

Já Rosa, não fez TRH, mas também foi medicada através de umas vitaminas e atualmente não toma nada, no entanto as razões para aceitar ser medicada foram outras. A necessidade de ser medicada foi estimulada pela influência social, pois ao ouvir os testemunhos de outras mulheres sobre os sintomas que viria a sofrer e as alterações pelas quais iria passar, causaram-lhe receio.

É de notar também o caso de algumas mulheres que são medicadas e que nunca tomam a medicação, como é o caso de Manuela, que lhe sugeriram tomar uma suplementação mais natural e não tomou, pois tem de exemplo a sua mãe, que sofreu com sintomas, e que como não havia medicação teve de ultrapassar esta fase de uma forma natural. O facto de várias mulheres se lembrarem dos seus parentes quando o assunto é a menopausa, pode reforçar a construção cultural negativa ou positiva desta fase (Winterich & Umberson, 2008). Recorda ainda a recomendação de um médico, que referiu que o melhor medicamento para a menopausa é somente um “abanico”. Manuela, no avançar do discurso, encaminha-se para os riscos associados à TRH, identificando o cancro da mama como uma das principais consequências.

“Eu já, deram-me as isoflavonas de soja, mas eu nem isso tomei... (risos), porque eu penso “opá porque é que me hei-de andar a encharcar?” isto é um ciclo natural, é o que eu penso. (...) Lembro-me da minha mãe aos seus 52, que foi quando entrou na menopausa, andar sempre com o abano da braseira, a abanar-se porque tinha muitos calores. (...) Antigamente não havia medicamentos, e eu tenho também por experiência, o médico que me seguiu do parto da minha filha, uma vez em conversa ele disse-me, (...) “olha minha querida sabes uma coisa? Sabes o que é melhor para a menopausa? Para o calor? Um abanico”. Ele como médico, ele próprio me disse, o abanico é o melhor. Porque ele teve a mulher que morreu com cancro no peito, e acho que também foi um bocado provocado por causa das terapias de reposição. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)

Por outro lado, a grande maioria das participantes refere não tomar medicação para os efeitos da menopausa, pelo facto de não sentirem necessidade:

“Não, nunca senti necessidade. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12^o ano, assistente operacional)

mas também porque o médico nunca sugeriu:

“Nunca tomei nenhuma medicação, nunca a pedi, nunca senti necessidade, e o ginecologista também aconselhou se eu me conseguisse aguentar sem, que não havia necessidade, e como os calores e essas coisas todas não eram muito graves, não houve necessidade. (...)” (Catarina, 52, casada, 12^o ano, assistente operacional)

Simone, foi uma das entrevistadas que interpreta a menopausa como uma doença, devido aos sintomas fortes pelos quais passa, no entanto, apesar de referir que sente necessidade em tomar alguma coisa que lhe apazigue os sintomas, afirma abdicar dela devido ao facto de já tomar medicação referente à depressão e ter receio que ambas em simultâneo possam prejudicar o seu aspeto físico.

“Não, nunca tomei nada (...) já senti necessidade, mas eu queria ver se abdicava dela (...) porque eu tomo muita medicação para a depressão, e então achei que a medicação para a depressão com a da menopausa, eu ia ganhar muito volume e que não ia ficar muito bem, não é? (...)” (Simone, 56, casada, 6^o ano, empregada de balcão)

A ideia de medicalizar o corpo das mulheres, em nome da ciência e de um suposto bem-estar, sempre foi uma prática recorrente exercida pela medicina, que só poderá ser modificada quando as mulheres tomarem a consciência das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo (Kantoviski & Vargens, 2010). No entanto, perante a análise da perceção do risco, apercebemo-nos que a grande maioria das entrevistadas, não tem conhecimento nem consciência dos riscos da medicação destinada à menopausa, existindo mesmo um certo desinteresse em se manterem informadas à cerca do tema.

“Não, porque como não tomei, também não perguntei, por isso não conheço. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Não. Nunca estive interessada em conhecer (...) tanto podiam ser benéficos como não. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

Relativamente à questão das consequências da medicação, Alexandra, apesar de não saber quais os riscos associados à medicação da menopausa, tem a perceção de que qualquer que seja o tipo de medicamento, fará bem a uma coisa, mas poderá eventualmente prejudicar outra:

“Conhecer não conheço, mas acho que há coisas que os medicamentos nos irão prejudicar, como qualquer outro medicamento. (...) Aquilo que eu ouço é “ah isso é bom não sei pro quê, mas prejudica os rins; olha o não sei quê é bom, mas prejudica o coração” (...) apesar de eu tomar medicamentos, não para a menopausa como lhe estou a dizer (...) mas sei que me fazem mal a outras coisas. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)

Apenas uma pequena minoria tem conhecimento dos riscos que este tipo de medicação acarreta, sendo o risco mais mencionado o surgimento de tumores, pois a utilização a longo prazo da TRH, tem sido associado ao aumento do risco de cancro do endométrio e cancro da mama. É esta associação a riscos médicos e cancerígenos graves que põe em causa a TRH como benéfica, posicionando-a como uma tecnologia arriscada (Guillemin, 2010).

“Segundo aquilo que eu sei, havendo já casos na família, poderá desencadear tumores de mama, de ovários e por aí fora. (...) Claro que isso acontece com mais frequência em mulheres que já tenham casos na família, não tendo, claro que é controlável. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)

“Conheço. (...) Estou a lembrar-me de uma situação de uma amiga que sempre fez a terapia hormonal (...) e essa amiga estava a tomar os estrogénios, julgo por causa dos níveis de cálcio, e para repor por causa da parte cardíaca (...) e então ela sempre fez e fazia a mamografia todos os anos e tudo bem. De um ano para o outro, surgiu-lhe um nódulo, foi avaliado, era cancro (...) o cancro era o excesso de estrogénios (...) foi mesmo provocado pelos estrogénios que tomou. (...) Os riscos são muitos (...) há a parte boa, que é termos uma

qualidade de vida, mas também há muitos sinais. (...) (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“Conheço sim. É contraindicado a quem tem problemas antecedentes ou uma predisposição para problemas mamários, principalmente esse, não tanto a nível dos ovários. (...) Eu acho que tudo o que passa pelos contraceptivos e pela terapêutica de substituição farmacológica passa um pouco por aí (...) se pudermos evitar, evitamos. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Como vimos, no espetro do risco, Adelaide e Aida, associam o aparecimento de tumores não só à medicação, mas também a existência de uma pré-disposição hereditária que pode despoletar devido à medicação. Também Amélia, evidencia a experiência negativa de uma amiga em relação à medicação, já que associa a sua doença oncológica ao excesso de estrogénios artificiais.

Por último, como Manuela trabalha na área farmacêutica, tem a ideia de que as medicações estão em constante mudança, o que poderá fazer com que os riscos sejam cada vez mais minimizados, tal facto vai de encontro ao que é referido no enquadramento teórico, pois devido à TRH ser associada a alguns riscos, as empresas farmacêuticas tentaram produzir terapias hormonais que tentassem igualar o equilíbrio hormonal biológico “natural” das mulheres, com o objetivo de afastar os efeitos secundário derivados de dosagens inadequadas. Esta solução surgiu apenas para tentar ganhar alguma aceitação e conformidade no que diz respeito à utilização da TRH a longo prazo. Ao desenvolverem-se estas novas formulações da TRH, os riscos resultantes de dosagens inadequadas são reduzidos e é supostamente assegurado um maior cumprimento dos regimes de TRH a longo prazo (Guillemin, 2010). Para além disso, faz ainda uma associação dos problemas cardiovasculares aos riscos da medicação da menopausa, juntamente com uma comparação à pílula anticoncepcional e aos riscos que a esta lhe eram associados:

“Sim conheço, embora que agora com medicação mais recente e tudo muito mais estudado, eles digam que não há tantos riscos. (...) Antigamente (...) diziam que a gente não devia tomar a pílula porque provocava AVC's (...) isso tudo ainda se mantém, não é? Mas como dizem que é uma pílula de geração mais moderna (...) as antigas é que tinham esse problema. Mas fica sempre alguma coisa na dúvida, não é? Problemas de varizes, circulação (...) esta é

igual, vai sempre ter alguma coisa. (...)” (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

Assim, chegamos à conclusão, que as mulheres deste grupo preferiram não optar pela medicação, pois apesar de haver mulheres que enunciam os principais riscos da mesma, a maioria não está informada em relação a estes, em suma, o grupo de entrevistadas não aderiu à medicação não por ter conhecimento dos riscos da prática médica sobre o seu corpo, mas sim, porque no geral se recusam a tomar medicação para qualquer que seja a situação.

Depois de questionadas sobre a sua opinião em relação ao tratamento médico da menopausa, perguntámos se tinham conhecimento de outras alternativas de apaziguamento dos sintomas. No entanto, à semelhança da perceção dos riscos, a grande maioria das entrevistadas permanece desinformada, mencionando que não têm conhecimento de outras possibilidades. Isabel, afirma com leveza e humor que recorre ao leque para aliviar o calor que sente, fazendo ainda menção que não é de recorrer a medicação, e que caso necessite de recorrer a algo para atenuação de sintomas, apesar de não conhecer opções naturais neste momento, é a elas que irá recorrer, opção que é também partilhada por Rute.

“Não estou mesmo dentro desse assunto ainda. A única coisa que eu sei é o leque que já comprei para me abanar... (risos). A sério, a única coisa que eu sei é mesmo isso. (...) Eu não sou de medicamentos, e se me disserem “só toma se quiser”, eu não tomo, prefiro recorrer a métodos mais naturais. Eu só tomo medicamentos se me sentir mesmo mal. (...)” (Isabel, 53, casada, 12^o ano, gestora de loja)

“Como nunca tive sintomas, também nunca procurei. Um dia que venha a ter sim, vou ver (...) tentar fazer outras coisas sem ser a medicação. (...) Mas se vier a ter sintomas optarei por opções mais naturais. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9^o ano, operadora de caixa)

Para Kantoviski & Vargens (2010), a busca por maneiras saudáveis que respeitem o corpo e a autonomia da mulher, e que constituem princípios básicos para um cuidado desmedicalizado, deve ser estimulada. Neste sentido, as próximas respostas de algumas participantes denotam alguma informação no que toca às alternativas da medicação. Celeste e Tânia, apontam os chás como possíveis apaziguadores dos sintomas.

“Os chás. Iríamos para os chás. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)

“Como eu sou virada para as coisas naturais, bebo uns chás e lá me vou aguentado, uns dias melhores que outros (...) vou tentando ultrapassar. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Para além dos chás, as isoflavonas de soja são a alternativa mais conhecida e evidenciada, em conjunto com os suplementos vitamínicos:

“Sim. O chá de sálvia, o chá da folha da amoreira, as isoflavonas de soja que são em comprimido, mas é um produto natural e que minimiza os efeitos (...) algum suplemento vitamínico, porque não? porque não uma vitamina C acrescida? (...) um sumo de limão com água, orientar mais a alimentação (...) procurar produtos alimentares que tenham estrogénios naturais, como a soja (...) fazer umas caminhadas. (...) Isso depois cada uma tem de adaptar. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)

“Conheço claro (...) a sálvia, as isoflavonas de soja, mas também suplementação à base de vitamina E. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)

“As isoflavonas de soja é mais corriqueiro (...) é mesmo o que mais se aplica. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)

Sílvia sublinha que para além de toda a suplementação natural, levar um estilo de vida saudável é também uma mais-valia. A este ponto de vista junta-se Adelaide, que afirma que ter uma alimentação mais saudável, procurar alimentos ricos em estrogénios como é o exemplo da soja, ser mais ativa, desenvolver relações sociais, e tentar manter-se informada, podem ser formas de lidar com a menopausa. O foco não é claramente colocado nas respostas médicas, avançando mesmo com a importância de aspetos sociais, o que denota uma noção de saúde associada a bem-estar, e não apenas a ausência de doença.

“Viver uma vida mais saudável, a nível de alimentação, por exemplo. (...) Eu li imenso (...) tentei procurar sempre qual o tipo de alimentos que minimizassem

determinados sintomas (...) a soja, os frutos vermelhos (...) beber água, fazer desporto, fazer caminhadas também é muito importante. Eu por exemplo ando na hidroginástica e acho que ajudou imenso também, tentar passear ao ar livre (...) conversar também é muito importante (...) e ler (...) se estivermos bem informadas, poderá também minimizar o impacto da menopausa (...) acho eu. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12^o ano, assistente operacional)

A falta de informação e o pouco conhecimento relativamente a alternativas, pode deixar-nos suscetíveis ao controlo por parte da medicina. Tanto o homem como a mulher são vistos como seres reprodutores, daí estarem sobretudo associados a questões da reprodução humana, no entanto, só a mulher foi vítima de medicalização, no que diz respeito à sexualidade e à reprodução, dado que o corpo desta, foi dominado, disciplinado e confinado ao lar, de forma a ser regulado e controlado (Vieira, 2002). Tendo em conta este breve enquadramento, quisemos compreender, se as mulheres percebem a medicação destinada à menopausa como um agente de controlo social destinado ao seu corpo.

Há de facto entrevistadas que mencionam que a medicação é um tipo de controlo social ao corpo da mulher, reforçando a ideia de que, atualmente, a via para medicar é sempre a solução. Tudo isto advém do facto de a menopausa ser entendida como uma doença, e a propagação desta definição poderá manifestar-se através da construção de uma cultura patriarcal, voltada essencialmente para o controlo dos corpos femininos. (Kantoviski & Vargens, 2010).

“Se calhar sim (...) eu contra mim falo que trabalho numa farmácia (...) acho que hoje em dia se toma muita medicação para causas normais e naturais, como é o caso da menopausa. (...)” (Manuela, 54, casada, 12^o ano, técnica de farmácia)

“Eu acho que sim (...) antigamente as senhoras não tomavam nada e passaram por isto (...) agora é só modernices e medicamentos para isto, para aquilo, para aqueloutro. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6^o ano, auxiliar de lar)

O poder da medicina de transformar questões fisiológicas em doenças, surge da ideia de “doencificação” do corpo feminino, uma vez que a gravidez e a menopausa são entendidas como doenças, a menstruação é associada a distúrbios crónicos, e o parto é

um evento cirúrgico (Vieira, 2002). Assim, o discurso de Tânia, refere-se à intenção da medicina controlar todas as fases ditas naturais, pelo qual o corpo da mulher passa:

“Eu acho que os médicos querem controlar tudo ao fim ao cabo (...) a gravidez, a menstruação, a menopausa (...) acho que sim, que eles através dos medicamentos querem controlar as mulheres. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)

Ainda na questão da medicalização das fases da vida da mulher, também a reprodução é controlada através de métodos contraceptivos, sendo que o corpo feminino é tratado e manipulado pela medicina, a partir do momento em que se transforma no seu objeto de saber e prática (Guerra, 2017). Assim, no caso particular de Catarina, esta associa a pílula anticoncepcional como uma forma de controlo da medicina sobre o corpo feminino.

Se calhar até terá algum tipo de controlo, como a pilula concepcional que serve para controlar a natalidade e a reprodução da mulher. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)

No entanto, há também quem ache que a medicalização da menopausa assume um carácter cultural, dado que, é recorrente a mulher que enfrenta a menopausa tomar algum tipo de terapia.

“Talvez (...) esta medicação a nível social toda a gente toma para ficar bem e tudo mais (...) e também vejo isso um bocado pelo lado da propaganda económica. (...) Sempre houve este tipo de medicação, isto já é quase uma cultura, a mulher chega à menopausa e toma. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)

De certo modo, verificámos que existe alguma divisão no que diz respeito à questão do controlo social. Numa primeira abordagem, as mulheres referem que de facto a medicação da menopausa, à semelhança de outras, tem a função de atenuar sintomas e proporcionar qualidade de vida, ou seja, observam-no apenas perante um prisma biomédico, enquanto as restantes mulheres, referem que talvez o corpo da mulher esteja sujeito a algum tipo de controlo, uma vez que acontecimentos naturais da vida da mulher são alvo de medicalização.

Considerações Finais

A pesquisa, de carácter qualitativo, realizada nesta dissertação de mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, tinha como objetivo conhecer os impactos da construção social e da medicalização da menopausa na vida das mulheres.

Com esta investigação pudemos constatar que a menopausa não é percebida e interpretada da mesma forma por todas as mulheres, uma vez que o contexto social e as biografias individuais geram significados diferentes, influenciando a forma como as participantes constroem significados e experienciam esta fase das suas vidas.

A maior parte das entrevistadas, ao caracterizar a sua personalidade, faz referência a aspetos estruturantes das suas vidas, como seja a questão profissional, familiar e social, referindo com frequência serem trabalhadoras, independentes e empenhadas em cumprir objetivos. Sublinham as tarefas de cuidado com todos os que as rodeiam, nomeadamente filhos e netos, o que está de acordo com a divisão tradicional dos papéis de género.

Todas estas características pessoais que enunciam sobre si próprias permitem-nos considerar que a maioria das mulheres se sentem concretizadas e realizadas com o percurso de vida que fizeram, tanto a nível pessoal como familiar, havendo mesmo participantes que disseram que não fariam qualquer alteração no seu percurso de vida. No entanto, nem todas as mulheres se sentem felizes e realizadas com o seu trajeto de vida, pois tal como vimos, o facto de não ter emprego, assim como a morte de familiares, são eventos que marcam de forma negativa o percurso de vida. Para além disso, dá-se ainda o caso de haver mulheres que enfrentaram/ enfrentam situações dolorosas como violência doméstica, casamento abusivo e menopausa precoce.

A construção social da menopausa surge quando as mulheres lhe atribuem diferentes significados, sejam eles sociais, culturais ou médicos. De uma forma geral, o envelhecimento é o primeiro significado que as mulheres atribuem à menopausa, dado que associam esta fase a um momento de declínio, onde surgem todas as transformações e alterações fruto não só desta fase em si, mas também da idade. Este significado, para algumas mulheres, apesar de não lhes trazer receio, traz-lhes a consciência de que existirão alterações no que diz respeito tanto ao estilo de vida, como a nível de saúde. Por outro lado, há mulheres que têm mais dificuldade de lidar com a ideia de envelhecer, pois atribuem-lhe conotações essencialmente negativas, tais como

a associação à morte e à dependência, mas também o receio de serem institucionalizadas. Apesar de a idade ser um facto nas vidas destas mulheres, não deixam de projetar planos para o seu futuro, referindo que têm ainda objetivos que pretendem alcançar, estes que se prendem sobretudo com a esfera familiar, o que vem confirmar que os papéis de género tradicionais enformam muitos dos planos de futuro destas mulheres, que se continuam a centrar no cuidado dos outros. A nível pessoal, estas entrevistadas ambicionam conhecer outras culturas viajando, mas também concretizarem-se a nível profissional, evoluindo na carreira, ou até mesmo arranjar outros “afazeres”. O facto de não projetarem planos para o futuro, pode dever-se à perda de um ente querido, como é o caso de uma participante, ou apenas ao facto de associarem que o futuro a Deus pertence, deixando transparecer uma crença religiosa.

A perda da fertilidade é também um dos significados mais mencionados pelas mulheres, este que é o impacto mais doloroso para a grande maioria das participantes. O facto de conseguirem ter os filhos que queriam ter, é uma mais-valia para se sentirem concretizadas em relação a este plano de vida, no entanto, este impacto parece ser mais difícil de lidar no caso de mulheres que não têm filhos, mas também em casos de mulheres que tiveram apenas um filho e que sempre ambicionaram ter mais, pois a menopausa marca definitivamente a impossibilidade de voltarem a ser mães. Em casos de menopausa precoce, esta realidade afeta de forma substancial a vivência das mulheres, pois ao contrário das restantes, teriam ainda idade de dar lugar ao sonho de aumentar a família. Associada à perda da fertilidade, surge a noção de que a mulher deixa de ser sexualmente ativa. Na vivência da sexualidade deparamo-nos com duas perspetivas: se por um lado a menopausa pode trazer uma diminuição das responsabilidades e preocupações associadas a uma possível gravidez, potenciando uma experiência sexual mais tranquila e livre; por outro, esta dimensão da vida é influenciada pela crença de que a mulher, ao viver esta fase, é afetada pela perda da libido e pela secura vaginal, o que se pode traduzir numa menor satisfação sexual, esta que por sua vez origina uma perda na qualidade de vida sexual/ saúde sexual, afirmando-se assim como um impacto relativamente à vida conjugal. No entanto, não podemos generalizar, pois apesar de a maioria das mulheres ter referido que a sua sexualidade alterou, deparámo-nos com um caso de uma entrevistada que referiu que a menopausa lhe trouxe um maior à vontade a nível sexual, bem como mais prazer.

As participantes não produzem significados em torno da menopausa tendo apenas em conta a definição biomédica desta fase, mas também ponderando sobre a sua definição social. Sob o prisma biomédico, definem-na como sendo o fim da menstruação, assim

como a carência extrema de estrogénios a que o corpo da mulher fica exposto. Têm também a ideia da possibilidade do surgimento de problemas de saúde a curto prazo, o que lhes incute alguma preocupação. Relativamente à definição social, as mulheres parecem interpretá-la como uma fase de transição que está intimamente relacionada com o envelhecimento, mas também com a alteração da postura da mulher a nível comportamental, esta que em parte pode ser estimulada pelos sintomas psicológicos advindos da menopausa.

O facto de aceitarem a menopausa e de lhe atribuírem definições positivas, é meio caminho andado para lidarem bem com ela. Assim, como pudemos analisar, uma grande maioria das mulheres lidou bem com esta fase, reforçando que se trata apenas de um processo natural do seu corpo. O facto de terem ficado livres da menstruação e de todos os constrangimentos que esta lhes trazia, afirma-se como um aspeto positivo, enquanto outras nem se aperceberam de estar a viver esta fase devido à toma da pílula continuada, pelo que só a ida regular ao ginecologista é que veio comprovar que estariam já em menopausa. O facto de terem muitos sintomas ou de estarem a experienciar uma menopausa precoce, pode justificar que haja mulheres que tenham dificuldade em lidar com esta fase.

Com a chegada desta transformação, existe a ideia pré-concebida que a mulher deixa de se sentir feminina, uma vez que perde valores como a juventude e a fertilidade. Na presente investigação, e ao contrário do que foi discutido no enquadramento teórico, estas mulheres garantem que a menopausa lhes trouxe outras mais valias. Apesar de terem de ter mais atenção à sua saúde e prestarem-lhe mais cuidados, a maturidade traz-lhes outras formas de ser, estar e de cativar, sublinhando ainda a importância de se aceitarem, respeitarem e amarem. Assim, e segundo estas participantes, a valorização de si mesmas foi uma característica estimulada pela menopausa. No entanto, as mudanças corporais são muitas vezes interpretadas como consequências advindas da menopausa. O alargamento das ancas, a flacidez da pele e o aumento de peso, constituem as principais alterações mencionadas pelas mulheres. Mesmo depois de várias alterações físicas, há entrevistadas que se sentem bem com o seu corpo, contudo, uma grande maioria sentiu um grande impacto na sua autoimagem, ou seja, na maneira como se conheciam atualmente, e na maneira como se veem agora, sendo o aumento do peso o principal fator no que toca à perda de autoestima.

Outro impacto mencionado, diz respeito à influência da menopausa no contexto laboral. De uma forma geral, a grande maioria das mulheres, diz não ter sentido

qualquer diferença na sua vida profissional. No entanto, os sintomas emocionais, como a irritabilidade e a sensibilidade, assim como os sintomas vasomotores, são fatores que podem causar alguma perturbação no trabalho.

Reunidas as dimensões que causam maior impacto na vida das mulheres, surge a autoavaliação de cada participante sobre a sua experiência, sendo que de uma forma geral, e ao contrário do que se pensa, as entrevistadas avaliam a sua experiência de uma forma positiva, justificando que não têm sintomas que as façam dizer o contrário. No entanto, os sintomas são mesmo os principais responsáveis para muitas mulheres evidenciarem que a sua experiência está a ser dolorosa, já que lhes causam desconforto e lhes retiram alguma qualidade de vida. A acrescer a isto, junta-se o caso de uma das participantes, que foi diagnosticada recentemente com um cancro no peito, o que sem dúvida molda a experiência da menopausa. Também a sociedade acaba muitas vezes por influenciar a forma como as mulheres vivem esta fase, através de experiências menos positivas de outras mulheres ou até mesmo de familiares, bem como a ideia distorcida da realidade que os media tentam incutir, através de anúncios publicitários.

Atualmente, existem ainda muitos tabus nas sociedades contemporâneas, e o caso da menopausa não é exceção. As mulheres desta investigação parecem estar a par desta realidade, no entanto, associam o tabu essencialmente às gerações mais velhas, à localização geográfica e à cultura. No entanto, verificámos o caso de três entrevistadas que sempre se viram rodeadas por tabus por parte das suas mães no que toca à questão da menstruação, pois este tema parecia proibido, tendo sido obrigadas a informarem-se junto de amigas mais velhas. Assim, e como referiram algumas entrevistadas, de modo a atravessar estas barreiras, a estratégia passa pelo diálogo aberto entre pais e filhos sobre qualquer que seja o assunto, para que se possa de facto quebrar tabus e desmistificar certos assuntos. Assim, falar sobre menopausa, pode contribuir para uma maior aceitação e para uma desmistificação do tema, uma vez que se partilham experiências. A grande maioria das participantes diz falar à vontade sobre o tema da menopausa, evidenciando que falam sobretudo com familiares, amigas e com colegas, em contexto profissional, cujo tema incide essencialmente sobre os sintomas, a questão da medicação, as possíveis complicações de saúde, bem como as alterações que esta fase acarreta, sejam elas a nível corporal, ou hormonal. No entanto, duas participantes dizem não falar muito de menopausa, e quando o assunto surge, falam apenas com colegas de trabalho, acrescentando uma delas que em casa não é de todo tema de conversa. Para além destas entrevistadas, há duas mulheres para quem este assunto

nunca é tema de conversa, devido ao facto de viverem uma menopausa precoce, o que lhes causa sofrimento.

Relativamente à perspectiva da medicina, verificámos que a grande maioria das mulheres se afasta dela quando referem que a menopausa não é uma doença. Percebemos uma relação com as habilitações literárias, isto é, quanto mais habilitações escolares possuem, menos tendência têm de a associar a uma doença, justificando que esta não passa de um processo natural da vida da mulher. O mesmo passa-se no sentido inverso, quanto menos escolaridade, mais tendência em a associarem a uma patologia, como é o caso particular de duas entrevistadas, que devido a toda a sintomatologia que enfrentam remetem-na para uma doença. Com o intuito de atenuar sintomas, e tratar esta “doença”, depressa surgiu um tipo de medicação destinada à menopausa, como é o caso da TRH. De uma forma geral, as mulheres da investigação não foram medicadas para qualquer tipo de sintomatologia, pois algumas justificaram nunca terem sentido uma necessidade que as levasse a procurar uma medicação, outras referiram que apesar de o ginecologista ter recomendado não aceitaram, e outras permanecem apenas desinformadas quanto ao tipo de medicação que existe. No presente estudo, apenas duas entrevistadas dizem ter tomado TRH, no entanto, com receio de possíveis consequências advindas deste tratamento, tomaram apenas durante um curto espaço de tempo.

Quando o assunto assenta sobre a perspectiva biomédica da menopausa, é visível a falta de informação, bem como algum desinteresse evidenciado pelas entrevistadas, uma vez que uma grande maioria não conhece os riscos associados à medicação da menopausa. No entanto, houve entrevistadas que referiram os tumores como o principal perigo associado a este tipo de tratamento. O mesmo acontece relativamente às alternativas da medicação, havendo muitas participantes que não têm conhecimento de nenhum tipo de opção. Contudo, e de forma a não generalizar, há mulheres que procuram informar-se, e referem as isoflavonas de soja, os chás de sálvia e de folha de amoreira, e um estilo de vida saudável, como aliados para enfrentar esta fase das suas vidas. Assim, concluiu-se que as entrevistadas não aceitam e muitas não concordam com a via da medicalização, não pelo facto de conhecerem os riscos associados à medicação/estarem informadas sobre outro tipo de alternativas, ou ficarem subjugadas ao controlo social do corpo feminino por parte da medicina, mas sim apenas porque são contra e relutantes no que diz respeito a qualquer tipo de medicação, seja em que caso for.

A realização desta investigação foi uma oportunidade de interagir com estas mulheres, dando-lhes vez e voz para se pronunciarem relativamente a esta fase da vida, o que possibilitou compreender de que forma estas mulheres constroem a menopausa, os significados que lhe atribuem, assim como a experiência por elas vivida. Assim, esta investigação foi uma oportunidade de aprendizagem, sendo que os objetivos propostos foram atingidos.

Em novas oportunidades de pesquisa seria de considerar alargar o número de participantes, potenciando uma maior diversidade no que diz respeito a fatores sociais como o estatuto socioeconómico, as habilitações literárias, a cultura, o contexto geográfico (rural ou urbano), entre outros, uma vez que, como sabemos, estes fatores contribuem para a produção de significados diferentes, que por sua vez influenciam a forma como as mulheres constroem e experienciam a menopausa.

Seria interessante incluir perspetivas de mulheres que se encontram na pós-menopausa há algum tempo, assim como de mulheres jovens que ainda não chegaram a esta fase, de modo a compreender a experiência de quem já a vivenciou, bem como a expectativa de quem a irá experienciar. Também o facto de se atravessar uma menopausa cirúrgica, seria relevante investigar e perceber as diferenças de quem a experiencia de uma forma natural. Por último, propõe-se ainda um estudo que vise complementar e comparar os pontos de vista das mulheres acerca da menopausa com a visão de outros atores sociais, nomeadamente as famílias, os cônjuges, mas também colegas de trabalho. De forma conclusiva, espero com a presente investigação ter contribuído para a produção de conhecimento sociológico sobre a construção social da menopausa através da análise da produção de significados culturais, sociais e médicos, abrindo caminho para novos questionamentos, para que outros estudos possam partir de tais contribuições e aprofundá-las com novos olhares.

Bibliografia

Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, 26 (1), p.207-232.

Adashi, E. & Hillard, P. (1998). *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Aderne, F. & Araújo, R. (2007). Influência da menopausa no padrão sexual: opinião de mulheres. *Revista Saúde.com*, 3 (2), p.48-60.

Almeida, J. & Pinto, J. (1975). *Teoria e investigação empírica nas ciências sociais*. Imprensa de Ciências Sociais.

Almeida, J. (2013). Ética da investigação em ciências sociais. *Sociologia ON LINE* (6).

Antunes, S. (2003). Fisiopatologia da menopausa. *Revista portuguesa de clínica geral*, 19 (4), p. 353-357.

Atumane, A. (2019). Michel Foucault e Ivan Illich: análise crítica à medicalização da vida e do corpo. *Synthesis, Rio de Janeiro*, 12 (1), p. 98-107.

Bahri, N. et al. (2017). “Adopting self-sacrifice”: how Iranian women cope with the sexual problems during the menopausal transition? An exploratory qualitative study. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 38 (3), p.180–188.

Bahri, N. & Roudsari, R. (2019). “Moving from uncertainty toward acceptance”: a grounded theory study on exploring Iranian women’s experiences of encountering menopause. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 41 (2), p.1-11.

Boni, V. & Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), p.68-80.

Boughton, M. (2002). Premature menopause: multiple disruptions between the woman's biological body experience and her lived body. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), p.423-30.

- Brites, M. (2017). Quando a investigação é feita com participantes ativos: ampliar o uso das técnicas de entrevista e de grupo focal, in Ferreira, V. (org.). *Pesquisar Jovens: Caminhos e Desafios Metodológicos*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, p. 91-110.
- Brown, L. (2017). It's not as bad as you think: menopausal representations are more positive in postmenopausal women. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 39 (4) p.281–288.
- Cantor, D. & Hunter, M. (1999). The experience of premature menopause: a thematic discourse analysis. *Journal of reproductive and infant psychology*, 17 (1), p.64-81.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23 (1), p. 12-21.
- Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, p. 209-232.
- Conrad, P. (2007). *Medicalization of Society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Costa, G. & Gualda, D. (2007). Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42 (1), p.81-89.
- Costa, M. et al. (2013). Um olhar sobre a menopausa: estudo comparativo entre dois centros de saúde no Brasil. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 10, p.1-12.
- Costa, T. et al. (2006). Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 10 (20), p.363-380.
- Curi, P. & Batista, J. (2018). A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 1, p. 123-136.
- Deeks, A. (2011). Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects. *Climacteric*, 14 (5), p.565-72.

- Derya, Y. (2021). The effect of gender roles and sexual quality of life on menopausal complaints. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School*, 9 (2), p.446-458.
- Dillaway, H. (2005). Menopause is the “good old”. Women’s Thoughts about Reproductive Aging. *Gender & Society*, 19 (3), p.398-417.
- Engel, M. (2000). *Psiquiatria e feminilidade*. (3ª edição). São Paulo: Contexto.
- Favarato, S. & Aldrighi, M. (2001). A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47 (4), p. 339-345.
- Fernandez, M. et al. (2005). Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39 (2), p.129- 135.
- Ferraza, D. & Peres W. (2016). Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28 (1), p.17-25.
- Ferreira, V. et al. (2013). Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), p.410-419.
- Flick, U. (2005). Entrevistas e Debates de Grupo, in Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor, p.99-126.
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder*. São Paulo: Edições Graal.
- Gaudenzi, P. & Ortega, F. (2012) O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 16 (40), p.21-34.
- Graziotin, A. (2010). Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. *New York Academy of Sciences*, 1205, p.254–261.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia Editora.

Guerra, J. (2017). *Subjetivações femininas na meia-idade: a vivência da menopausa na contemporaneidade* [Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco]. Disponível em

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/28411/1/TESE%20Juliana%20de%20OFarias%20Pessoa%20Guerra.pdf>

Guillemin, M. (1999). Managing menopause: a critical feminist engagement. *Scand J Public Health*, 27, p.273-278.

Guillemin, M. (2010). Blood, Bone, Women and HRT: Co-constructions in the Menopause Clinic. *Australian Feminist Studies*, 15 (2), p.191-203.

Hepworth, M. & Featherstone, M. (2005) The male menopause: lay accounts and the cultural reconstruction of midlife. In: Nettleton, S. & Watson, J. (Org.). *The body in everyday life*. Londres: Routledge.

Hickey, M. et al. (2017). No sweat: managing menopausal symptoms at work. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 38 (3), p.202–209.

Hunter, M. & Edozien, L. (2017). Special Issue on biopsychosocial perspectives on the menopause. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 38 (3), p.159–160.

Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

INE – Instituto Nacional de Estatísticas Portugal (2021). *Estatísticas Demográficas*, instituto Nacional de Estatística. Disponível em https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Kantoviski, A. & Vargens, O. (2010). O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12 (3), p. 567-570.

Kelly, B. (2011). Menopause as a Social and Cultural Construction. *XULAnEXUS*, 8 (2), p.1-11.

Ketele, J. & Roegiers, X. (1999) *Metodologia de Recolha de Dados: Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos* Lisboa: Instituto Piaget.

Krajewski, S. (2018). Advertising menopause: you have been framed. *Journal of media & cultural studies*, 33 (1), p.137-148.

Lakatos, E. & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise social*, vol. 38 (148), p.871-883.

Lima, S. & Tedesco, J. (2008) Aspectos emocionais da falência ovariana prematura. *Femina*, 36 (1), p.165-169.

Machado, R. (2009). *Focault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mariga, J. (2019). *Vivendo no feminino: percepções da menopausa* [Pós-graduação em ciências sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos]. Disponível em [http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/8868/Jandira%20Turatto%20Mariga .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/8868/Jandira%20Turatto%20Mariga.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Martins, H. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 30 (2), p.289-300.

Mendonça, E. (2004). Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), p. 751-762.

Ministério da Saúde (2008). *Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa*. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

Miranda, G. & Figueira, P. (1999). Alterações psíquicas durante o climatério. *Informativo Psiquiátrico*, 18 (4), p.126-128.

Motta, A. (2002). *Envelhecimento e sentimento do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Newhart, M. (2013). Menopause matters: The implications of menopause research for studies of midlife health. *Health Sociology Review*, 22 (4), p.365–376.

Oliveira, C. (2022). *Descomplicar a menopausa*. Portugal: Influência.

- Paiva, L. & Frasson, A. (2014). Reflexões sobre menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre*, 19 (3), p.734-757.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Pimenta, F. et al. (2019). Self-regulation model applied to menopause: a mixed-methods study. *Climateric*, 23 (1), p.84-92.
- Pinotti, J. et al. (1995). *Menopausa*. São Paulo: Roca.
- Prakash, I. (1999). Menopause: A fresh look at the much misunderstood phenomenon. *Social Change*, 29 (1 & 2), p. 171-187.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. *Revista de ciências sociais*, (24) p. 23-57.
- Riach, K. & Jack, G. (2021). Women's Health in/and Work: Menopause as an Intersectional Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, p.1-17.
- Rubinstein, H. Foster, J. (2012). I don't know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is do with a stage in your life': Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2), p.292-307.
- Saffioti, H. (2011). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Salis, I. (2018). Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of women & aging*, 30 (6), p.520-540.
- Santos, C. et al. (2010). Assistência de enfermagem a mulheres no processo de Envelhecimento. *Passo Fundo*, 7 (3), p.436-444.
- Santos, F. (2014). Pesquisa Qualitativa: o debate em torno de algumas questões metodológicas. *Revista Angolana de Sociologia*, (14), pp.11-24.

- Sargeant, J. & Rizq, R. (2017). 'Its all part of the big CHANGE': a grounded theory study of women's identity during menopause. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 38 (3), p.189–201.
- Silva, E. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais, *Revista Angolana de Sociologia*, p.77-99.
- Singer, D. et al. (2011). The silent grief: psychosocial aspects of premature ovarian failure. *Climacteric*, 14 (4), p.428-37.
- Souza, N. & Araújo, C. (2015). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (2), p.149-165.
- Trench, B. (2004). A saúde da mulher: reflexões sobre o envelhecer. In: Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, p. 220-226.
- Trench, B. & Santos, C. (2005). Menopausa ou Menopausas?. *Saúde e Sociedade*, 14, (1), p.91-100.
- Valença, C. et al. (2010). Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde e sociedade*, 19 (2), p. 273-285.
- Vieira, E. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. (1ª edição). Fio Cruz.
- Wilson, R. (1966). *Eternamente Feminina*. São Paulo: Edameris.
- Winterich, J. & Umberson, D. (2008). How Women Experience Menopause: The Importance of Social Context. *Journal of Women & Aging*, 11 (4), p.57-73.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivo: cultura e processos de subjetivação*. (1ª edição). Curitiba: Appris.
- Zhang, X. et al. (2020). Spouses' perceptions of and attitudes toward female menopause: a mixed- methods systematic review. *Climacteric*, 23 (2), p.148-157.
- Zorzanelli, R. & Cruz, M. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*.

Anexos

Anexo I – Guião da entrevista às mulheres em processo de menopausa

Guião da entrevista – Mulheres em processo de menopausa

I. Quem somos?

1. Fale um pouco sobre si, que tipo de mulher acha que é? O que é que a define?
2. Se tivesse de caracterizar, ainda que de forma breve, o seu percurso de vida até agora, o que diria?
3. Como lida com a ideia do envelhecimento? O que significou para si entrar nos 50 anos?
4. Tem muitos planos para o futuro, coisas que quer concretizar? Quais?
5. A perspectiva de chegar à idade da menopausa, como lidou com ela?
6. É frequente falar da menopausa com amigas e ou familiares? Do que falam, nessas conversas; ou porque acha que não falam?
7. Com que idade sentiu que estava a entrar na menopausa?

II. Medicalização da menopausa

1. Para si, o que é a menopausa?
2. Quais foram os sintomas associados à menopausa que sentiu?
3. Considera-a uma doença? Porquê?
4. O que acha da medicação destinada à menopausa, como, por exemplo, a terapia de reposição hormonal? Porquê?
5. Alguma vez foi medicada para os sintomas da menopausa?
6. Se não, porquê? Porque nunca sentiu necessidade? Porque o médico não sugeriu? Porque conhece os riscos associados à medicação?
7. Se sim, foi o médico que sugeriu ou foi você que pediu para ser medicada? (e se pediu para ser medicada, porque o fez ?)
8. Se sim, que resultados a medicação teve em si? Conhecia outras formas de minimizar o impacto da menopausa para além da medicação?
9. Se sim, conhece os riscos associados à medicação?

10. Considera que a medicação da menopausa é um tipo de controlo social sobre o corpo da mulher? Porquê?

III. Construção Social da Menopausa

1. O que mudou na sua vida depois de entrar na menopausa?
2. Alguma vez se sentiu minorizada por estar a viver esta fase?
3. Quais são os significados que atribui à menopausa?
4. Considera que a menopausa está associada ao envelhecimento feminino?
5. Sentiu mudanças no seu corpo? Essas mudanças afetaram de alguma forma a sua autoestima?
6. Sabendo que a sociedade contemporânea continua a valorizar a beleza e a juventude, sente que perdeu parte da sua feminilidade?
7. A menopausa traz consigo o encerramento de um ciclo fértil. Qual o seu sentimento em relação à perda da fertilidade?
8. Sente que a menopausa causou impacto na sua atividade profissional? E na sua vida conjugal?
9. A sexualidade é uma dimensão importante da sua vida? Sente que a menopausa teve consequências nesse âmbito? Quais?
10. Para si quais são os aspetos negativos da menopausa?
11. E os aspetos positivos?
12. De uma forma geral, como descreve a sua experiência da menopausa?
13. Acha que a sociedade ainda olha para a menopausa como um assunto tabu? Porquê?
14. E para terminar, a forma como a sociedade encara a menopausa, influenciou a maneira como a experienciou?

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo II – Ficha de caracterização das entrevistas

Ficha de caracterização das entrevistadas

Entrevista nº _____

Caracterização sociodemográfica da entrevistada

Nome (fictício): _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Nº de filhos: _____

Nível de escolaridade (último grau concluído): _____

Profissão que desempenha/ desempenhou: _____

Anexo III – Declaração de consentimento informado

Declaração de consentimento informado

Participação na investigação de mestrado em sociologia: exclusões e políticas sociais

1 – Qual é o objetivo do estudo? O objetivo geral deste estudo é compreender como as mulheres experimentam a fase da menopausa.

2 – Porque e como me escolheram para participar? Por ser mulher, e por estar a experienciar uma fase natural na vida das mulheres, a menopausa.

3 – O que é que a minha participação envolve? Planeámos uma entrevista, com aproximadamente uma hora e meia. Sendo essa entrevista gravada, com o seu consentimento, para que possa ser transcrita e analisada.

4 – O estudo implica a minha identificação? Não, todo o conteúdo desenvolvido na entrevista é absolutamente anónimo e confidencial e apenas para tratamento científico.

5 – Quais são os direitos dos/as participantes? A participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que para tal tenha de dar qualquer explicação e sem que daí advenha qualquer consequência. No caso de surgirem dúvidas sobre a investigação, serão prontamente esclarecidas.

6 – A que fins se destinam os dados recolhidos? Os dados recolhidos destinam-se apenas para efeitos de investigação no âmbito do mestrado e possíveis publicações científicas. As informações serão recolhidas através de uma entrevista e deverão ser gravadas consoante autorização das participantes, para permitir uma melhor análise posterior.

7 – Que consequências, para mim, se podem esperar da minha participação? Não se preveem quaisquer consequências (positivas ou negativas) da sua participação.

8 – Se eu quiser mais informação sobre o estudo, quem posso contactar?

Este estudo faz parte do percurso de mestrado em “Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais” da Universidade da Beira Interior (Covilhã), e para qualquer dúvida ou esclarecimento pode contactar a investigadora por contacto telefónico (968529094) ou por *e-mail* (bia.marcos26@outlook.pt).

Comprometo-me a assegurar os direitos das participantes acima enunciadas,

A investigadora:

(Beatriz Marcos de Jesus)

Pelo presente documento, declaro que fui informada acerca do carácter da investigação; do meu direito de, a qualquer momento, me recusar a participar, sem que a minha recusa me traga consequências; de que foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato de todas as participantes. Declaro que aceito participar no estudo e autorizo a gravação da presente entrevista.

A participante:

Data: __/__/__

Anexo IV – Sinopse das entrevistas

Sinopse das entrevistas às mulheres em fase de menopausa

Perceções Individuais

• Perceções pessoais sobre si próprias

Excertos das entrevistas	Notas
“(...) gosto de ajudar, acho que sou uma pessoa amiga do amigo, (...), não gosto de virar as costas a ninguém independentemente do tipo de relação que possamos ter. Gosto de trabalhar, gosto do que faço, estou sempre pronta dentro das minhas disponibilidades (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Ativa; solidária; amiga; trabalhadora
“Ultimamente as coisas são tao complicadas que nem sei. (...) Ao fim ao cabo sou lutadora, tenho sido uma mulher guerreira, apesar das contrariedades da vida, mas tenho conseguido ultrapassar essa parte. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Lutadora
“Ai, como é que me posso definir. (...) Sei lá. (...) Sou trabalhadora, organizada e metódica (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)	Trabalhadora; organizada; metódica
“Sou uma mulher decidida, sou corajosa, muito corajosa, sou muito independente, sou pautada pela honestidade e pela verdade acima de tudo. (...) Tenho uma filosofia muito própria de vida, acho que nós estamos aqui com algum intuito, estamos aqui de passagem, e como eu costumo dizer, tanto a nível profissional como a nível pessoal, estamos aqui para nos ajudar uns aos outros, não para nos lixar uns aos outros. Não me meto na vida de ninguém, também não acho que os outros tenham o direito de se meter na minha vida. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Decidida; corajosa; independente; honesta; crente
“(...) sou uma pessoa muito mãe galinha. (...) Tranquila também, gosto de estar no meu espaço, gosto de conviver com as pessoas que eu gosto, também gosto de estar em grande público a atender pessoas, porque faz parte da minha profissão e gosto muito de contactar com pessoas exteriores à minha família. (...) Sou um bocado exigente comigo própria, sou stressada, mas com a idade que tenho já consigo gerir melhor este tipo de stress. Sou filha única e devido a isso sou muito ligada aos meus pais... (choro) (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Protetora; recatada; comunicadora; exigente, stressada
“(...) sempre fui uma mulher muito trabalhadora, antes dos meus 18 anos comecei a trabalhar, fui trabalhar para lisboa, comecei a depender de mim. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Trabalhadora
“Acho que sou uma pessoa séria de personalidade, sou emotiva, e acima de tudo sou uma pessoa independente. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Séria; emotiva; independente
“Eu sou uma pessoa que sempre quer cumprir os objetivos, gosto de dar o meu melhor, e quando dou a minha palavra gosto de cumprir. (...) Sou um pouco exigente, sou um pouco perfeccionista, e gosto mais de uma dura verdade do que muitas mentiras. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)	Cumpridora; empenhada; exigente; perfeccionista
“Eu acho que sou uma mulher comum, igual a todas as outras mulheres. (...) Sempre tive ambições e sou ambiciosa. (...) Todas as	Ambiciosa; participativa

<i>mulheres devem ser um bocadinho ambiciosas e gostar de alcançar os objetivos e dinâmicas (...) participativa (...) acho que sou assim um bocadinho isso. (...)</i> (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	
<i>"(...)Sou uma pessoa bem disposta, lido com toda a gente, sei estar com toda a gente, dou-me bem com toda a gente. (...) Tenho o meu trabalho, e pronto. (...)"</i> (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)	Bem-disposta; comunicadora; sociável; trabalhadora
<i>"Eu acho que sou uma mulher simples, alegre, amiga de ajudar o seu amigo, boa conselheira, boa mãe, boa companheira. (...) Dou-me bem com toda a gente, não tenho problemas com ninguém. (...)"</i> (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)	Simples; alegre, solidária; boa conselheira; boa mãe; boa companheira
<i>"(...) eu sou uma mulher simples, não sou de vaidades, sou muito recatada, gosto de estar no meu canto, acho que sou um bocadinho extrovertida. Normal. (...)"</i> (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)	Simples; recatada; extrovertida
<i>"Aí, como outras tantas. (...) Trabalho, farto-me de trabalhar. (...)"</i> (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)	Trabalhadora
<i>"(...) tenho sido uma mulher muito frágil devido a circunstâncias da minha vida que passaram por mim, um casamento quase de 31 anos com muito sofrimento e fiquei muito abalada com essas coisas todas, com aquilo que ele fazia, com aquilo que ele dizia. (...) E até essa data tive várias depressões. (...)"</i> (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Frágil; sofredora; vítima de violência doméstica
<i>"(...) sou empregada de mesa, e sou uma pessoa que luta para ultrapassar os obstáculos da vida. Mas agora sinto-me uma pessoa muito mais triste, deprimida e inferiorizada. (...)"</i> (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Lutadora; esforçada; triste; deprimida; inferiorizada
<i>"Sou uma mulher muito guerreira (...) sou um bocadinho obstinada, não passo por cima de ninguém para atingir os meus objetivos, mas quando tenho um objetivo tento que ele vá até ao fim. (...) Sou muito divertida, gosto muito de fazer os outros rir e quando alguém me ganha desde que seja de coração raramente me perde, tem uma amiga para toda a vida. (...)"</i> (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)	Guerreira; empenhada; divertida; boa amiga; descomplicada
Ligação à teoria: <i>"As mulheres são sujeitos socioculturais, agem, pensam e descodificam a menopausa a partir das suas interpretações do mundo e das relações sociais estabelecidas nos ambientes de convivência"</i> (Mariga, 2019; p.38). Deste modo, ressalta-se que as mulheres experimentam a menopausa consoante o meio em que socializam, acabando por se refletir em diferentes significados e experiências desta fase da vida (Bahri & Roudsari, 2019). Como tantas outras mulheres na sociedade portuguesa contemporânea, têm o objetivo de estudar, trabalhar e serem independentes (Santos & Borges, 2010).	
• Auto perceção sobre o percurso de vida	
<i>"Até ao momento fiz tudo aquilo que quis, acho que tenho tudo feito, mas talvez tivesse mudado pequenas coisas. (...) Teria mudado alguma coisa. (...) Mas sinto-me realizada dentro daquilo que me foi permitido. (...)"</i> (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Realizada; teria mudado pequenas coisas
<i>"Sinto-me realizada. (...) Consegui concretizar todos os sonhos que tinha apesar das dificuldades, mas consegui. (...) E não mudava nada no meu percurso, faria tudo igual. (...)"</i> (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Realizada; não mudava nada
<i>"Acho que foi bom, e acima de tudo sinto-me realizada. (...) Voltava a fazer tudo igual, não mudava uma vírgula no meu percurso de</i>	Realizada; não mudava nada

<i>vida. (...)</i> (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)	
<i>“Sinto-me plena em todas as frações, tanto a nível profissional como a nível familiar... (choro). (...)</i> (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Realizada a nível profissional e familiar
<i>“Foi bom. (...) Tive momentos menos bons, quando perdi os meus pais, mas tive uma infância feliz. (...) Sinto-me realizada com a vida que escolhi. (...)</i> (Maria, 55, casada, licenciada, professora)	Apesar das contrariedades da vida, sente-se realizada
<i>“Até ao dia de hoje sempre fui uma mulher feliz, nunca tive problemas na minha vida a nível profissional e a nível de casal. (...) Infelizmente há 2 anos perdi o meu marido, perdi o amor da minha vida. (...) A partir daí fiquei uma mulher totalmente diferente. (...) Tenho dias bons, tenho outros dias maus (...) mas consigo ultrapassar. (...)</i> (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Percurso feliz; o falecimento do marido torno-a uma pessoa diferente
<i>“Foi um grande percurso, não é? O estudar, o começar a fazer estágios, o começar a trabalhar, fazer formações, pós-graduações. (...) Enfim. (...) Tudo isso. (...) Sinto-me realizada. (...)</i> (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Percurso de vida marcado por formação académica; realizada
<i>“É assim, eu costumo dizer que eu não sou exemplo para ninguém, mas talvez o meu percurso de vida me fez a mulher que sou hoje. (...) Neste momento, graças a Deus, sou uma mulher realizada, muito. Costuma-se dizer que há momentos mais fáceis, há momentos mais difíceis, mas tenho orgulho naquilo que sou. (...) E quem me deu sempre mais forças já cá não está, foi a minha mãe... (choro) (...)</i> (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)	Apesar das contrariedades da vida, sente-se realizada
<i>“É assim, eu estudei até ao 12º (...) andei um ano a trabalhar e a acabar de tirar o 12º, depois já não quis seguir mais nada (...) Gosto do que faço, consigo ajudar muitas pessoas. (...) Tem sido assim uma vida regrada normalmente, trabalho casa, depois casar ter a filha, é uma vida normal de uma dona de casa como qualquer outra. (...)</i> (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)	Realizada a nível profissional; vida rotineira
<i>“Acho que não mudaria muito. O único objetivo que eu sempre tive na vida foi querer ter um emprego fixo, que desde sempre eu andei de salto em banco. (...) Eu fui dona de casa, eu andei na casa das pessoas a limpar, eu andei a passar a ferro, limpezas, andei nos jardins. (...) O meu percurso de vida já foi de tudo, e eu para mim, o único objetivo da minha vida era ter tido um emprego fixo, onde pudesse trabalhar todos os dias, e chegar ao fim do dia e dizer assim “tenho o dia ganho” (...) e quando for à minha idade da reforma, eu ter a minha reforma. (...)</i> (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)	Não mudaria muito, no entanto, gostaria de ter um emprego fixo
<i>“Acho que dentro do que eu tinha idealizado para a minha vida, acho que tem sido um caminho positivo. (...) Sinto-me realizada, gosto do que faço, e mesmo dentro do meio familiar sinto-me realizada. (...)</i> (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)	Percurso positivo; realizada a nível profissional e familiar.
<i>“Não foi nada fácil. (...) Cheguei a uma altura que a cabeça encheu e explodiu e então separei-me. Depois da separação o sofrimento continuou porque ele ameaçava-me constantemente e tive de andar a dormir de casa em casa. (...) Até que ele um dia lhe deu na gana e matou-se. (...) Eu para lhe dizer que fiquei contente com isso não, não fiquei contente (...) mas, e que Deus me perdoe aquilo que eu vou a dizer (...) mas quando o fez eu fiquei aliviada, porque aí já não havia ameaças. Ainda andei em tribunal, ainda fui para à GNR (...) Hoje gosto mais de mim porque já penso de outra maneira. (...) Gosto de viver, gosto da vida, tenho os meus netos, tenho os meus filhos. (...) Hoje estou com a cabeça mais assente e já penso de outra maneira. (...)</i> (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Percurso de vida marcado por violência e ameaças; hoje em dia dá mais valor a si própria

<p>“Nunca fui muito boa aluna, não gostava de estudar, não tinha boas notas, e por isso tenho apenas o 9º ano. (...) A nível familiar estou numa união de facto, vivo com o meu namorado e com a nossa filha. (...) Não me sinto completamente realizada, porque não posso ter mais filhos, mas tento ter pensamento positivo e pensar que ainda sou nova e tenho toda uma vida pela frente. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Não se sente realizada, pois enfrenta uma menopausa precoce que lhe retirou a possibilidade de ter mais filhos</p>
<p>“Foi muito complicado. (...) A minha infância foi muito feliz, depois na pré-adolescência entrei num projeto de canto que foi maravilhoso, mas depois tive um percalço nesse campo que me fez deixar de cantar. (...) Depois tive 12 anos casada com um homem que era um bocadinho abusivo e que hoje é meu cunhado, portanto que casou com a minha irmã. (...) Nunca pude ter filhos devido a isso e quando podia ter já era tarde, já não tinha idade para isso. (...) A nível profissional tive muitos trabalhos. (...) Não posso dizer que sou completamente feliz porque estou longe da minha família e dos meus amigos mais chegados, mas fazemos um esforço para agradar e para sermos felizes com o que temos. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Percurso de vida complicado; casamento abusivo; não é totalmente feliz pois encontra-se longe da família</p>
<p>“(...) se calhar não aproveitei tudo o que deveria ter aproveitado, talvez mudasse alguma coisa, mas sinto-me realizada dentro dos possíveis. (...) Mas mudava muita coisa. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</p>	<p>Realizada dentro dos possíveis; teria mudado alguma coisa</p>
<p>“Está tudo bem. (...) Faria se calhar o mesmo seguimento. (...) Como me sinto bem, faria mais ou menos a mesma coisa. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Realizada; faria tudo igual</p>
<p>• O envelhecimento</p>	
<p>“Ui, isso é muito difícil, não aceito a morte, faz-me muita confusão ter de morrer, o partir, e deixarmos as coisas para trás, deixarmos as pessoas que gostamos, mas pronto, eu sei que é a lei da vida, que é impossível vivermos para sempre, mas faz-me um bocado de confusão. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Lida mal - não aceita a morte</p>
<p>“Ai isso assusta-me por acaso, porque depois as pessoas ficam dependentes, e é isso que me assusta, a dependência (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Lida mal - receio da dependência</p>
<p>“Lido bem, se calhar pela minha profissão, pelo meu percurso de vida, pela experiência de vida, pelo tanto que já consegui evoluir em termos de personalidade, em termos de ser humano. (...) Acho que já cresci bastante. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Lida bem - pela profissão; pela experiência de vida</p>
<p>“Até agora, lido bem, porque quando me olho ao espelho ainda gosto de ver o que vejo. (...) Assusta-me um bocadito... (choro) (...) Acho que tenho de lidar com a situação de estar a envelhecer do lado positivo (...) Envelhecer faz parte da vida. Eu até aos 40 e tal anos não pensava no assunto, só comecei agora a pensar mais desde que tenho os meus pais mais velhos com 80 anos. (...) E então, nós começamos a pensar mais nessas coisas, não é? E assusta-me sim, mas tento dia a dia ultrapassar isto. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Lida bem - fase da vida</p>
<p>“Bem. (...) Não tenho medo de envelhecer, porque acho que vou ser uma velha muito catita... (risos) (...) Não tenho medo da velhice. (...) O que me pode fazer alguma confusão, é eu não ter esta vida que tenho agora, a falta que os alunos me vão fazer, o ritmo que tenho vou deixar de o ter, não é? É só isso que me faz alguma confusão. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Lida bem - receio apenas de perder o ritmo</p>

<p>“Ai lido bem. (...) Sou uma pessoa que não tem medo. Tenho um bocado receio da velhice, mas não tenho medo de envelhecer, só tenho medo é que caia numa cama ou isso e que tenha de ficar subjugada a terceiros. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>Lida bem - receio da dependência</p>
<p>“Ah, lido bem dentro dos possíveis. (...) Tenho muito respeito e penso que as forças vão faltando porque é óbvio que quando a gente tem 20, 30 anos, a gente diz assim “ah muita gente não faz porque não quer”, mas não, muita gente não faz porque não pode, não é? Vejo que as forças e as metas, não consigo fazer com aquele timing que fazia aí há uns anos, mas que posso fazer na mesma. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</p>	<p>Lida bem</p>
<p>“Normal. Toda a gente tem de passar por isso, faz parte da nossa vida, não é? Por isso temos que aceitar, e é uma coisa que é progressiva não é imediata. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</p>	<p>Lida bem - fase natural da vida</p>
<p>“Mal. Tenho muito medo porque hoje em dia a gente costuma dizer que temos os filhos (...) mas neste percurso de vida que estamos a atravessar, os filhos tomam novos rumos (...) e depois não vão abdicar das suas vidas (...) para virem tomar conta dos pais, e eu uma coisa que tenho muito medo é à velhice e ao lar. Eu odeio lares. Eu prefiro uma santa casa que me leve a comida a casa, e morrer na minha casa ou num hospital. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Lida mal - receio dos lares</p>
<p>“Ai nem penso nisso. (...) A mim não me preocupa muito sinceramente. (...) Eu a partir dos 40 anos foi quando me começou a aparecer umas rugas, mas isso a gente tem de saber lidar, faz parte da vida. Significou que já estou a ficar velha. (...) A gente quando chega aos 20 queremos ter outra vez 18, eu pelo menos foi assim (...) e gostava de ser mais nova, mas é assim, é a vida. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	
<p>“Às vezes lido bem, outras vezes lido mal... (risos). (...) Não sei se é por eu trabalhar com os idosos, vejo neles que a vida, pronto, coitados, alguns com 80 e tal outros com 90 e tal e digo “aí meu Deus isto qualquer dia batem a bota”. (...) Mas outras vezes penso assim “eles já viveram a vida deles, bem ou mal, mal ou bem já a viveram”, e eles ainda chegaram até aos 80 ou até aos 90, e eu e muita gente não sabemos o que nos irá acontecer. Às vezes tremo assim um pouco e assusta-me a velhice, vê-los uns já assim todos curvados coitadinhos de bengala, outros que já nem sabem aquilo que dizem, já não sabem aquilo que fazem, é assim. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	
<p>“Afeta-me (...) comecei a envelhecer antes do tempo, não fisicamente, mas interiormente e a nível emocional. (...) Há muito aquela ideia de que quando se entra na menopausa a mulher já é velha, por isso também já estou nessa fase. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Lida mal - envelhecimento antes do tempo</p>
<p>“Ah perfeitamente bem, acho que é uma coisa perfeitamente natural. (...) Não estou nada preocupada em ficar mais velha. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista.)</p>	<p>Lida bem - fase natural da vida</p>
<p>Ligação à teoria: No imaginário social, o envelhecimento feminino iniciado a partir da meia-idade, é um processo que está associado a desgastes e perdas físicas e de papéis sociais, numa trajetória que se finda com a morte (Guerra, 2017). No entanto, viver numa sociedade que desvaloriza a população idosa, pode evidenciar a menopausa como uma experiência dolorosa, vislumbrando-a somente como um momento de envelhecer (Paiva & Frasson, 2014).</p>	
<p>• A perspetiva de futuro</p>	

<p>“Eu não diria que tenho muitos planos para o futuro, mas gostava de ainda concretizar algumas coisas. (...) Acompanhar os meus filhos, e os netinhos quando vierem, que eu estou à espera. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Existência de alguns planos; Nível familiar – acompanhar os filhos; ambição de netos</p>
<p>“Sim. Vingar-me de quem me fez mal, esse é um dos objetivos principais. (...) Acabar a minha casa, que as minhas filhas realizem os sonhos delas, porque agora é isso que me falta (...) estejam bem na vida, nos empregos delas, a fazerem aquilo que elas gostam. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Existência de planos; Nível pessoal – vingança; terminar casa; Nível familiar – realização das filhas</p>
<p>“O meu principal objetivo (...) é realmente conseguir dar à minha filha um meio (...) para ela trilhar o seu caminho. (...) E o dia em que a minha filha conseguir acabar o curso dela, acho que me vou sentir assim com uma missão cumprida em relação a ela. (...) Claro que no que eu puder ajudar e se eu os poder ajudar, vou ajudar sempre, tanto a ela como ao irmão. (...)” (Silvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Existência de planos; Nível familiar – ajudar os filhos;</p>
<p>“Ah sim. (...) Quero viajar, quero ajudar os meus filhos (...) essencialmente. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Existem planos; Nível pessoal – viajar Nível familiar – ajudar os filhos</p>
<p>“Não, neste momento não tenho. (...) Antes do meu marido falecer tinha planos para o meu futuro, neste momento não tenho (...) espero viver mais uns anos, mas não espero ter planos, mas a vida pode de um momento para o outro dar a volta, não é?” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>Não existem planos</p>
<p>“Tenho. Manter o meu local de trabalho, ser uma pessoa ativa, ser uma pessoa que consiga levar e realizar sempre os meus objetivos respeitando os outros. (...) É só o que eu peço. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</p>	<p>Existência de planos; Nível profissional – manter o emprego; Nível pessoal – ativa e realização de objetivos</p>
<p>“A gente tem sempre planos. É preciso é ter saúde e tempo para os concretizar, não é? Viajar muito se tivesse possibilidade (...) acho que era isso que faria. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p>	<p>Existência de planos; Nível pessoal – viajar</p>
<p>“Não. Espero. (...) Porque Deus é que sabe aquilo que me há-de dar. Eu não tenho projetos, (...) não faço planos para o dia de amanhã, porque eu não sei se chego lá. (...) O meu projeto de vida é o de hoje, o amanhã a Deus pertence. Gostava, sim gostava de me realizar, (...) gostava de amanhã receber uma carta e dizerem-me assim “pronto, a partir de hoje vais ter um trabalho”. (...) Era a única concretização que eu podia pedir. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Não existem planos; crença em Deus; no entanto ambiciona arranjar um emprego</p>
<p>“Gostava de viajar, gostava de conhecer, porque agora como se trabalha não há muito tempo para isso. (...) Com o COVID também estivemos dois anos que praticamente é para esquecer não pudemos fazer muitas coisas, mas gostava ainda de conhecer e aprender. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>Existência de planos; Nível pessoal – viajar</p>
<p>“Eu não faço planos. Eu mal saio de uma, já estou a ficar noutra (...) não faço assim muitos planos. Claro que gostava de viver assim ainda muitos anos para ver o meu filho casar, conhecer os netinhos (...) mas só cá ando até que Deus queira. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>Não existem planos; crença em Deus; no entanto, a nível familiar, gostaria de ver o filho casar e conhecer os netos</p>

“Sim. (...) Ajudar as minhas netas e ajudar os meus filhos naquilo que eu puder. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)	Existem planos; Nível familiar – ajudar as netas e os filhos
“Tenho alguns (...) gostaria de ter mais filhos mas essa ideia já não vai conseguir ser realizada infelizmente (...) quero ver a minha filha crescer, e quero que ela estude para que possa ter mais oportunidades do que aquelas eu tive. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Existem planos Nível familiar – acompanhar a filha e proporcionar-lhe mais oportunidades
“Tenho. (...) Como tenho uma sobrinha a caminho que é um realizar de um sonho (...) tenho o objetivo que é manter-me o mais sã possível para poder acompanhar a vida dela. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista.)	Existência de planos; Nível familiar – acompanhar a sobrinha
“Sim, ainda tenho alguns que quero concretizar. Ter outra vida, outros afazeres, sair daqui. (...) Ter essencialmente outra vida. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)	Existência de planos; Nível profissional – outros afazeres
“Planos a gente vai tendo sempre ao longo da vida. (...) Se tiver saúde, se calhar fazer mais alguma coisa, não sei exatamente o quê, não sei se terminarei como técnica de farmácia. (...) Viver o dia-a-dia para já. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)	Existência de planos Nível profissional – duvida se terminará a sua vida ativa com a profissão que desempenha atualmente
• A perspetiva da menopausa	
“Lidei bem, lidei muito bem, porque a mulher tem sempre aquela expectativa de como é que vai ser, não é? (...) Porque chegamos a uma determinada idade e é inevitável pensar na menopausa e noutras situações, que têm a ver com a menopausa e com o envelhecimento. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Lidou bem
“Eu nem me apercebi. (...) Eu tinha ido ao ginecologista e já há uns 3 ou 4 anos que tomava a pílula continuada, e eu não me apercebi. (...) Quando voltei ao ginecologista, fez a ecografia e apercebeu-se que eu já estava com os ovários muito mirradinhos, e foi nessa altura que o médico disse que em princípio eu já estaria a fazer a menopausa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Lidou bem
“Eu acho que lidei bem, quase que nem me apercebi, porque eu tomava lá a pílula continuada, o ginecologista é que me disse “olhe já está na menopausa”. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)	Lidou bem
“Porque sou enfermeira, porque já lidava com isto há muitos anos, por que já tinha de apoiar de alguma forma algumas senhoras, e porque também me informei (...) estava bastante consciente das transformações, tanto a nível psicológico, emocional e físico. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Lidou bem
“Ah não pensei nisso (...) quando me apercebi que estava na menopausa, não tive problemas nenhuns, se estou, estou. Não me assustou, nem senti que estava a envelhecer, nem que estava a perder capacidades. Aliás, lemos sobre o assunto, não é? E sabemos que é um processo natural que acontece. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)	Lidou bem
“Lidei bem. (...) Não tive assim problemas nenhuns, até foi um alívio. (...) Tinha muitas enxaquecas e deixei de ter isso. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Lidou bem

“(...) correu tudo muito bem, porque antes da menopausa, (...) parecia que tinha falta de energia, e acho que teria tendência para a anemia devido à menstruação e de ser um pouco abundante. A partir do momento que entrei na menopausa, senti-me com muito mais energia (...) senti-me muito melhor. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Lidou bem
“Não me preocupou muito isso, acho que é uma coisa que tinha de acontecer mais tarde ou mais cedo. (...) É um processo normal, não encaro como um obstáculo, é uma etapa que temos de ultrapassar e que vamos passar. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	Lidou bem
“Correu tudo bem. (...) São tudo etapas de vida diferentes, é como quando nos vem o período, ficamos todas felizes que já somos mulherzinhas (...) nesta fase, já somos mulheres mais maduras. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)	Lidou bem
“(...) infelizmente tive uma menopausa precoce aos 50 anos, e aí quando se tem uma menopausa precoce, mais a gente se sente. (...) Mas correu tudo bem, não tive problema nenhum. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)	Lidou bem
“Não tem sido muito fácil. Quando trabalhava de noite, de vez em quando sentia uns calores estranhos, e quando aquilo vem parece que vou sufocar (...) a parte do pescoço não pode estar muito tapada. (...) camisolas de gola alta, aqueles lenços, cachecóis eu não consigo (...) nem mesmo aqueles kispos que apertam muito. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)	Lidou mal
“(...) como para mim o período era uma coisa muito má, tinha muitas dores de cabeça, tinha dias horríveis (...) então quando o período foi embora foi um alívio. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)	Lidou bem
“Eu tive o último período tinha quase 56 anos (...) fiquei mais descansada porque andei muitos anos com muitas hemorragias (...) ter ainda o período estava a fazer-me muito mal (...) nessa altura fiquei com anemia, levei várias transfusões de sangue por causa do sangue que perdia, e depois quando o período se foi embora, pensei assim “ainda bem que já te foste embora, que já me deixaste em paz... (risos). (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Lidou bem
“Lidei muito mal, uma vez que foi antes do tempo. (...) Eu andava com muitos calores (...) embora fossem uns calores diferentes, e também a questão do período que era pouco e já não era tao certo. (...) Decidi então ir ao ginecologista e logo na ecografia vaginal, a médica apercebeu-se que os ovários tinham diminuído de tamanho, mas ela quis avaliar mais a fundo devido à minha idade, foi então que veio o resultado das análises e viu-se que algo não estava bem. (...) Era então uma menopausa precoce. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Lidou mal
“Apesar de ter sido uma menopausa precoce, lidei bem. (...) Não foi assim nada drástico, como também nunca tive muitos sintomas não foi nada drástico, foi tudo natural. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)	Lidou bem
Ligação à teoria: É fundamental que as mulheres se mantenham informadas a cerca de todas as questões de saúde que a menopausa envolve (Valença et al., 2010), quer a nível físico quer a nível social, a fim de ultrapassarem os conflitos que permeiam esta fase da vida feminina (Valença et al., 2010). Esta fase é muitas vezes construída como um problema, onde as mulheres são vítimas de suposições culturais, muito à conta dos discursos biomédicos (Guillemin, 1999). Relativamente à menopausa precoce, apenas se considera que esta ocorre, quando surge antes dos 45 anos (Antunes et al., 2003).	

○ A menopausa como tema de conversa	
“Quando surge a conversa da menopausa nós falamos. (...) Falávamos de como é que ia ser, como é que a pessoa podia reagir, que tipo de sintomas poderia vir a ter (...) se seria necessário tomar alguma coisa ou não, qual é que era a opinião de uma e qual é que era a opinião da outra. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Fala; Assunto – reação à menopausa, sintomas, questão da medicação
“Sim. Falávamos sobre o que é que nos podia acontecer, se tínhamos que tomar as compensações, se não tínhamos que tomar essas coisas, os sintomas que tinham, que não tinham. (...) Às vezes até ficávamos apavoradas porque elas diziam que tinham tantos calores, tantos afrontamentos. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Fala; Assunto – reação à menopausa, sintomas, questão da medicação
“Ai nem por isso. (...) Acho que não era assim um tema que fosse preciso falar-se. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)	Não fala
“Sim. Disse a toda a gente que estava na menopausa e que me tinham que dar um desconto... (risos). (...) Porque andavam a achar estranho que eu andasse assim com os calores e estava mais irritada. (...) É uma conversa normal, não há tabus, nem qualquer coisa nesse ponto. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Fala; À vontade em dizer a toda a gente que estava na menopausa
“Ah sim. (...) Com familiares nem por isso (...) mas falo com as amigas, sobre problemas que possam vir da menopausa. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)	Fala; Assunto – consequências da menopausa
“Sim, sim. (...) Quando entrei na menopausa colegas minhas perguntavam-me como é que eu reagi, como é que eu passava (...) e eu dizia-lhes a elas que não era assim uma coisa do outro mundo. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Fala; Assunto – reação à menopausa
“Sim, sim. É sempre os sintomas, é sempre a pessoa, o sentir-se que entrou numa fase parece de velhice (...) as diferenças que existem antes e depois, os grandes afrontamentos, o nervosismo a ansiedade, o não dormirem. (...) Isso é o que ao falar com muitas amigas elas me transmitem. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Fala; Assunto – sintomas, questão do envelhecimento, mudanças
“Mais com o meu filho e a minha nora. (...) Sobre estes vasos de calores que muitas vezes, estamos a jantar ou a almoçar e ninguém tem calor, mas eu começo logo “tenho calor, tenho calor, tenho calor”. (...) É mais à base disso. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)	Fala; Assunto – sintomas
“Mais com amigas talvez (...) no âmbito até do trabalho, com colegas de trabalho. (...) Falamos nos sintomas, o que é que podemos estar à espera de ter, como é que os podemos resolver. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)	Fala; Assunto – sintomas, soluções
“Às vezes com as minhas duas colegas de trabalho calhamos a falar, mas é porque estamos só as três. (...) Mas não, eu não...há certas conversas que eu não abordo assim (...) não vale a pena. (...) Acho que há certas coisas que mais vale guardarmos para nós. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)	Fala às vezes, mas só com as colegas de trabalho; Ideia de que há conversas que não devem ser tidas
“Só com a minha colega de trabalho, mas com mais ninguém. (...) É uma coisa que não falo muito. (...) Às vezes digo à colega “Ei estou a ficar com uns calores, não posso parar com tanto calor tenho de apanhar ar” (...) mas assim em casa não, não sou muito de falar, não. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)	Fala às vezes, mas só com a colega de trabalho, em casa não fala
“Ai falo, sim. Falamos que é da nossa idade (...) uma queixa-se de uma maneira, depois a outra “ai eu desde que entrei na menopausa, são as dores assim, são as dores assado”. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Fala; Assunto – consequências da

	menopausa
“Não falo. (...) Como me sinto inferiorizada em relação às outras mulheres, nunca falei com ninguém para além do meu namorado. (...) Quando surge o tema da menstruação e da gravidez tento mudar de conversa. (...) Tenho muita vergonha que se saiba que estou na menopausa. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Não fala; Sente-se inferiorizada e envergonhada
“Sim. Mais com a minha mãe (...) porque a minha mãe também teve uma menopausa precoce. (...) Falamos essencialmente sobre a experiência dela. (...) Ela quer partilhar comigo a experiência dela (...) a princípio mais porque achava que isto me iria fazer uma grande confusão, achava que eu ia ficar muito triste (...) não, nada disso...é claro que temos aquele primeiro embate que é perceber que a partir de agora a nossa vida vai mudar. (...) A conversa é basicamente isto. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)	Fala; Assunto – experiência da mãe
“Não, não vem ao assunto. Aliás, as pessoas ainda acham que sou muito nova para isso, não é? (...) Por isso é que também não vem ao assunto. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)	Não fala; Enfrenta uma menopausa precoce, daí não surgir o tema
“Ah falo de vez em quando. Falo muito no meu setor de trabalho, porque as pessoas todas falam muito da menopausa e é quase que um bicho para muitas mulheres (...) para mim também houve uma altura em que achei que era um pouco assustadora, agora que estou a entrar nessa fase, não tem nada a ver, não me parece que seja assim como as pessoas falam. (...) Ouço muito “Ai porque agora estou a entrar na menopausa e estou a ficar com afrontamentos (...) estou a sentir-me tipo cabeça de fósforo, vêm os calores repentinos, e porque vou engordar imenso e estou muito preocupada”, pronto é sempre na base disso, na base do eu, é mais isso. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)	Fala Assunto – sintomas
Ligação à teoria: Existe uma cultura de silêncio em torno da menopausa, que só tem sido quebrada nos últimos anos (Krajewski, 2018). Quando se fala em menopausa, uma das grandes preocupações das mulheres assenta, sobretudo, nos sintomas que esta fase lhes poderá trazer. Assim, geralmente surgem questões como: que tipo de sintomas existem, com que frequência ocorrem e quando é que atingem um pico de ocorrência e severidade (Prakash, 1999). Alguns estudos, sugerem que muitas mulheres recorrem ao que sabem sobre a experiência da sua mãe, como fonte de conhecimento sobre a menopausa (Judith & Rizq, 2016). Quando o assunto de uma conversa se refere às alterações ou até mesmo ao significado da menopausa, muitas mulheres tentam fugir à discussão sobre o tema (Santos & Borges, 2010). Muitas vezes a família não participa nesta fase da vida das mulheres, pois estas não costumam conversar com os seus familiares sobre o assunto (Souza & Araújo, 2015).	
Perspetiva biomédica da menopausa	
• Definição de menopausa	
“Para uma mulher não é fácil (...) para já o envelhecimento, é logo o primeiro pensamento (...) a idade. (...) É uma mudança muito radical (...) seja a nível do corpo, seja a nível da cabeça (...) seja a nível sexual, seja a nível comportamental. Eu acho que não é fácil (...) quando de facto há toda aquela situação de sintomas, todas as alterações hormonais. (...) É uma viragem muito complicada para muitas mulheres. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Significado social – envelhecimento, alterações corporais, psicológicas, comportamentais
“Ao princípio era um bicho papão, porque não tinha bem a ideia do que poderia vir aí. (...) Mas penso que é um fechar de um ciclo, o virar da página para outra fase da vida. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Significado social – nova fase da vida

<p>“(…) A menopausa primeiro é o final da ovulação, pronto. (...) É mais isso, o final da ovulação (...) do período menstrual. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Significado biomédico – fim da ovulação</p>
<p>“A menopausa é uma etapa da vida da mulher, em que já não há produção de óvulos (...) há uma baixa enorme de várias hormonas, nomeadamente o estrogénio, que vai ter interferência na saúde da mulher a vários níveis, nomeadamente a nível ósseo, os ovários diminuem de tamanho, há mulheres que sofrem muito de enxaquecas, há uma alteração em termos de humor. (...) Eu notei em mim. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Significado biomédico – fim da ovulação, diminuição dos estrogénios, surgimento de sintomas</p>
<p>“Para mim a menopausa é uma transição. (...) No corpo da mulher é uma transformação, não para a fase final da vida, mas sim para uma fase descendente, a nível hormonal, a nível de estar (...) porque influencia muito com o nosso estado de espírito quer queiramos quer não. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Significado social – nova fase da vida, fase de declínio</p>
<p>“A menopausa é a paragem do fluxo menstrual. (...) É a entrada numa outra fase da vida, não é? (...) É o não podermos já, se quisesse ter um filho já não poderia, não é? (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</p>	<p>Significado social – nova fase da vida, perda de fertilidade Significado biomédico – ausência da menstruação</p>
<p>“(…) acho que tem os seus prós e os seus contras, e atrás de uma menopausa pode surgir muitas coisas e vir muitas coisas do qual a gente não está a pensar. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</p>	<p>Significado biomédico - consequências advindas da menopausa</p>
<p>“É o processo do nosso envelhecimento do nosso corpo mesmo, não é? (...) É o deixar de ser fértil e passar a ser (...) não é velha, mas o nosso organismo vai envelhecendo, faz parte (...) e isso será uma parte que envelhece mais rápido e que deixa de ser produtiva. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</p>	<p>Significado social – envelhecimento, perda da fertilidade</p>
<p>“Epá, a menopausa eu acho que devia vir o mais tarde possível (...) porque a gente começa a pensar “epá entrei na menopausa estou a ficar velha”, é o preconceito que a gente logo aplica. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Significado social – envelhecimento</p>
<p>“Ai olhe, é uma grande chatice (...) por causa deste mau estar, a ansiedade, a gente está numa ansiedade bruta. (...) Ai tanta coisa que eu nem lhe sei explicar. (...) Que não é nada bom não. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p>	<p>Significado biomédico – sintomas</p>
<p>“(…) a menopausa é como lhe digo (...) parece que as coisas (...) eu não digo o mau da saúde, mas há coisas que nos aparecem acho que assim mais por causa da menopausa. (...) O nosso corpo fica diferente, não é? (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Significado biomédico – consequências advindas da menopausa</p>
<p>“A ideia que eu tinha da menopausa é que ocorria por volta dos 50 anos (...) quando as mulheres já têm mais alguma idade. No entanto comigo foi muito diferente e chegou cedo de mais. (...) A mim chegou na idade em que muitas mulheres começam a pensar ter filhos, porque aos 36 anos já se tem alguma estabilidade financeira e não é tarde para se ser mãe. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Significado social – envelhecimento, perda da fertilidade</p>
<p>“É apenas o meu corpo a dizer que está a ficar velho... (risos). Não muito velho, mas que está a sofrer uma mudança (...) e que será difícil algum dia ter um filho, o que já não está nos meus planos. (...) Basicamente é só isso (...) é atingir essa realidade. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Significado social – envelhecimento, perda da fertilidade</p>

<p>“Para mim é uma coisa boa, porque como não tenho nada, não tenho sintomas maus, não tenho nada (...) o único problema é que não posso ter filhos, mais do resto é ótimo. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</p>	<p>Significado social – alterações corporais, perda da fertilidade</p>
<p>“A menopausa acredito que de futuro vá trazer alguns problemas (...) acredito que com a baixa de estrogénios que muita coisa vai mudar. (...) Problemas de osteoporose, possivelmente até alterações a nível de sistema nervoso, porque vai reduzir até a nossa relação com o parceiro. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Significado biomédico – consequências advindas da menopausa</p>
<p>Ligação à teoria: A menopausa é definida de forma biomédica como o período de irregularidade menstrual que culmina com o cessamento da menstruação (Brown et al., 2017), e que acarreta consigo uma carência de estrogénios (Antunes et al., 2003). É importante reconhecer que as mudanças de biologia durante a transição da menopausa contribuem diretamente para o aumento do risco de resultados negativos para a saúde física da mulher (Newhart, 2013). É fundamental que esta fase seja entendida como parte integrante da vida e não apenas como um evento biológico discreto (Sali set al., 2017).</p>	
<p>○ Sintomatologia</p>	
<p>“Sintomas, que eu tivesse notado não tive. Falam nos calores, nas alterações de humor, dores de cabeça, isto e aquilo (...) não notei rigorosamente nada. Poderia ter tido coisas leves se calhar (...) mas não notei nada. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Sem sintomas</p>
<p>“Os ossos (...) comecei a ter muitas dores nos ossos, coisa que não tinha antes (...) essa parte foi mesmo o pior (...) de resto não notei assim grande coisa (...) mas os ossos foi. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Dores nos ossos</p>
<p>“Eu comecei a ter por acaso assim umas dores nas artroses, nas mãos (...) mas depois isso passou-me (...) e aqueles calores, os afrontamentos isso também tive no início (...) depois foram aliviando. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Dores nas artroses; calores; afrontamentos</p>
<p>“Foi mesmo os calores (...) andava sempre com um leque (...) tinha um leque no centro de saúde, tinha outros nas extensões de saúde onde faço serviço, andava sempre com um no carro, na carteira. (...) Também a questão do engordar, e isso de alguma forma põe-nos diante de um conflito com a nossa autoimagem. (...) E o facto de a gente dormir pior, isso eu notei muito e acho que até hoje ainda mantenho esses problemas em dormir. (...) Tinha noites de acordar completamente encharcada, ser inverno e eu completamente encharcada, e ter que me levantar e tomar um duche rápido e vestir outro pijama e ir à cozinha beber água (...) interferiu muito com a qualidade do sono. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Calores; problemas em dormir</p>
<p>“(...) os calores (...) uma coisa impressionante (...) irritabilidade (...) de vez em quando também me dói assim a cabeça, mas é assim uma coisa esporádica. (...) Também tenho dores musculares e dores nas articulações que eu não tinha antes (...) e também o sono, a irritabilidade, as mudanças de humor (...) noto perfeitamente, estou muito choramingas (...) estou mais sensível. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Calores; mudanças de humor; dores de cabeça; sensibilidade</p>
<p>“Nenhuns. Só mesmo a falta do período. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Ausência da menstruação; sem sintomas</p>
<p>“Os sintomas foi muito calor, muito calor (...) ainda agora quando é altura de me aparecer o período tenho montes de calores. (...) de resto não tive assim mais nada. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>Calores</p>
<p>“Foi só o período não vir (...) começou a vir pouco, e vinha sempre muito (...) e foi começando a falhar e a ser menos, até que houve uma altura que desapareceu totalmente. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</p>	<p>Ausência da menstruação; sem sintomas</p>

<p>“Epá muito calor... (risos). E então nestes últimos dias tem sido uma coisa (...) é mesmo o calor que me está a incomodar (...) os afrontamentos. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</p>	<p>Calores</p>
<p>“Nada até agora (...) posso a partir de agora sentir, mas até agora não senti nada (...) além de não ter período claro. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>Ausência da menstruação; sem sintomas</p>
<p>“Aquilo que eu senti é só mesmo aqueles calores estranhos (...) ainda agora quando comecei a trabalhar no turno da noite, vieram me assim aqueles calores muito fortes (...) as minhas colegas conseguem-se controlar, eu não (...) parece que vou sufocar, parece que é uma coisa que fica na garganta. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>Calores</p>
<p>“Os calores, muito calor. Tenho tanto calor, tanto calor, que às vezes estou em casa e sou obrigada a despir-me, ficar só em cuecas e nada mais (...) é uma coisa insuportável. O calor começa-me na raiz dos cabelos até a ponta dos pés, fico vermelha, enervada, tudo me tem culpa e ninguém tem culpa. (...) Fico irritada, disparo por tudo e por nada (...) disparo com o marido que ele nem sabe porquê. (...) É horrível, às vezes até os cabelos me pingam água. Fico vermelha, parece que vou rebentar. (...) E continuo com estes sintomas desde os 51 anos, e cada vez acho que estou a ter mais (...) acho que começou no de leve e agora está a ir por aquilo a fora. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p>	<p>Calores; irritabilidade</p>
<p>“(...) foram sempre mais os calores que me incomodaram e incomodam. (...) Eu ando sempre a ferver, sempre, sempre, sempre, transpiro, chego a tomar banho 3 e 4 vezes durante o dia (...) é uma coisa fora de série (...) Depois dizem assim “então está lá agora calor”, e eu digo “então não está?” (...) eu estou sempre a ferver e isso é que me dana... (risos). (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Calores</p>
<p>“Os afrontamentos que tenho com muita frequência (...) já se queixam porque eu não sinto o ar condicionado (...) tenho as mãos quentes, estou toda a ferver e a minha temperatura corporal nesta altura passa quase para ter febre, passo para 37,5, o que não é normal numa temperatura corporal dita normal também. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Afrontamentos; calores</p>
<p>“Não tenho. Só mesmo a falta da menstruação é que me faz dizer que estou na menopausa. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Ausência da menstruação; sem sintomas</p>
<p>Ligação à teoria: Os sintomas associados à menopausa são tipicamente biológicos e psicológicos (Newhart, 2013), e variam de mulher para mulher. A compreensão da menopausa varia conforme o contexto social, e no caso dos sintomas não é diferente, pois há a ideia de que estes podem também variar consoante a cultura, a etnia, o nível de educação, os comportamentos de saúde e o nível de stress e depressão (Hickey et al., 2017; Newhart, 2013). Os sintomas físicos e psicológicos estão frequentemente inter-relacionados (Hunter & Edozien, 2017).</p>	
<p>○ Doença ou fase natural?</p>	
<p>“Não. Não é uma doença, é uma coisa extremamente natural. (...) Nós somos menstruadas numa determinada idade, conforme vem acaba por ir (...) tudo isso é um processo, não é uma doença de forma alguma. (...) É tudo normal, é uma fase natural. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Fase natural</p>
<p>“Não. É uma coisa normal que acontece com todas as mulheres (...) nessa lógica seria uma doença para todas as mulheres, e no fundo não é. (...) É o fechar de um ciclo, e para mim isso não é uma doença. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Fase natural</p>

“Não, não é uma doença. (...)” (Sílvia , 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Fase natural
“Não, de maneira nenhuma. (...) Não considero doença, porque não é doença nenhuma (...) é entrarmos numa nova fase da vida. (...)” (Amélia , 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Fase natural
“Claro que não. Faz parte do nosso organismo, por isso acho que não pode ser encarado como uma doença. Poderá trazer alterações ao nosso organismo, poderá fazer manifestar certas coisas (...) mas não é uma doença. (...)” (Isabel , 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	Fase natural
“É e não é. Porque há pessoas que têm consequências. (...) Eu não sei se será o meu caso, o que é certo e verdade é que eu a partir de uma certa idade tudo me foi aparecendo (...) mas isso a gente pode associar e nem ser nada disso. (...) Eu vejo muitas situações em que as pessoas dizem que entraram na menopausa e tiveram isto, aquilo e aqueloutro (...) mas eu acho que faz parte mesmo do ser humano. (...)” (Fernanda , 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)	Dúvida
“Eu acho que sim, eu acho que é. É uma doença que a gente não sabe lidar muito bem com ela. A gente não sabe o que há-de fazer, não sabe como há-de estar, como se comportar (...) é uma doença complicada. (...)” (Simone , 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)	Doença
“Acho que não. Embora as pessoas se queixem que desde que entram na menopausa tenham mais dores de cabeça e outras dores (...) dizem mesmo que quando chegam à menopausa parece que tudo lhes chega (...) mas eu acho que não é uma doença, pelo menos na minha ideia. (...)” (Alexandra , 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Fase natural
“Para mim é mais que uma doença, porque me tirou a possibilidade de ter mais filhos, de aumentar a minha família que era um sonho meu e do meu namorado (...) e por causa desta situação ganhei uma depressão, e ainda hoje não consegui ultrapassar este assunto (...) sinto-me menos mulher do que as outras. (...)” (Tânia , 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Doença
“Ai não, não, sem duvida que não. É apenas o nosso corpo a envelhecer, é só mais uma fase. Já tivemos tantas fases na nossa vida (...) esta é só mais uma, não tem nada a ver. (...)” (Claudia , 49, divorciada, 12º ano, rececionista)	Fase natural
“Não. Porque não tenho nada, não sinto como seja uma doença. Se eu tivesse coisas negativas se calhar sentia como doença, agora assim não. (...) Tenho sorte por um lado e azar por outro. (...)” (Rute , 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)	Fase natural
Ligação à teoria: Ao longo dos anos, o argumento predominante do discurso médico sempre esteve voltado para a ideia de que a menopausa era considerada uma doença de deficiência hormonal (Kantoviski & Vargens, 2010). Para além disso, o processo de transformação que o corpo feminino enfrenta durante a menopausa é descrito, geralmente, por um discurso impregnado de termos negativos, tais como: falência, perda, atrofia, entre outros (Mendonça, 2004). Assim, perante toda esta perspetiva, a menopausa, é frequentemente entendida como uma doença, o que no entender de alguns autores, faz parte da construção de uma cultura patriarcal, voltada essencialmente para o controlo dos corpos femininos (Kantoviski & Vargens, 2010). De destacar que a menopausa pode mesmo ser equivocadamente sentida pelas mulheres como uma doença, associando-a ao declínio físico (Souza & Araújo, 2015).	
o Medicalização da menopausa	
“Por aquilo que li e por aquilo que eu sei (...) há quem diga que é bom e há quem diga que não é tao bom. (...) Qualquer tipo de medicamento, seja ele qual for trás outro tipo de consequências (...) se conseguirmos enfrentar a menopausa de forma natural, tanto melhor. (...) Não sou contra, mas também não sou totalmente a favor. (...)” (Adelaide , 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	TRH – contra, opção pelo natural

<p>“Não, nunca senti necessidade. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Nunca foi medicada - Não sente necessidade de ser medicada</p>
<p>“Não sei porque eu nunca experimentei. (...) O ginecologista perguntou-me se eu queria e eu disse logo que não. (...) Nem sei que tipo de medicamentos existem nem como existem, como se tomam nada. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p>“Nunca tomei nenhuma medicação, nunca a pedi, nunca senti necessidade, e o ginecologista também aconselhou se eu me conseguisse aguentar sem, que não havia necessidade, e como os calores e essas coisas todas não eram muito graves, não houve necessidade. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>TRH – falta de informação</p> <p>Nunca foi medicada – não sente necessidade, o médico não aconselhou</p>
<p>“Eu tomei durante o primeiro ano só, depois deixei de tomar (...) pensei “ai, ando a tomar isto para quê? (...) ainda me faz mal” (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p>“Foi o médico que me disse “é melhor tomar, porque vai sentir-se melhor, porque não vai sentir tantos sintomas”, e depois tomei, mas logo deixei, e não voltei a tomar mais. (...) Deixei de tomar porque sou contra medicamentos, porque evito muito tomar medicamentos. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>TRH – tomou compensação</p> <p>Foi medicada – o médico aconselhou; deixou de tomar – evita tomar medicação</p>
<p>“É uma escolha, um direito de escolha de cada mulher. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p> <p>“Eu fiz durante 2 ou 3 meses e depois resolvi parar e substituí por isoflavonas de soja. Já alguns ginecologistas aconselharam algumas mulheres mais por causa dos calores. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>TRH – uma escolha</p> <p>Foi medicada; deixou de tomar – prefere optar por soluções mais naturais</p>
<p>“Eu todos os anos vou ao ginecologista, não é? (...) e falamos nisso, ele pergunta-me sempre se eu preciso de medicamentos, se tenho alguma coisa que me faça sentir mal, se tenho ansiedade, se tenho esses tais calores (...) eu como não sinto nada o meu médico também não me a impingiu, digamos assim (...) porque não tenho sintomas que justifiquem uma medicação. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p> <p>“Não, nunca fui medicada, nem tomei nada (...) o meu médico não me sugeriu, só me falou que quando e se eu precisasse que fosse falar com ele, e aí veríamos o que é que era necessário consoante aquilo que eu sentisse ou tivesse. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>TRH - tema de conversa quando vai ao ginecologista</p> <p>Nunca foi medicada – o médico não sugeriu, não sente necessidade</p>
<p>“A minha médica queria que eu tomasse para andar mais calma, porque eu tive um período onde tive uma hemorragia muito grande e ela queria então que eu tomasse medicação (...) mas eu disse-lhe a ela que não ia tomar medicação, que tinha de encarar isso como se fosse uma coisa normal. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p> <p>“Não, nunca senti necessidade (...) a médica sugeriu que eu tomasse, mas era uma opção minha, portanto se eu quisesse, tudo bem, se não quisesse para não tomar, porque também não me ia fazer bem, ela disse logo que não me ia fazer bem. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>TRH - a médica sugeriu, não quis tomar</p> <p>Nunca foi medicada – apesar de a médica ter sugerido referiu que não iria ser benéfico</p>
<p>“Eu acho que a mulher para fazer a terapia hormonal, claro que tem de ser orientada por um médico e é porque precisa, não é? Aquelas mulheres que coitadas, têm tantos afrontamentos, que têm uma ansiedade (...) algumas até entram em depressão (...) claro que é bom reporem (...) mas quem não precise acho que não vale a pena fazê-lo (...) é a minha opinião. (...) E depois há a suplementação que se pode</p>	<p>TRH – necessidade de controlo médico, opção pelo natural</p>

<p><i>fazer (...) acaba por ser mais natural, não é? E eu sou mais adepta dessa parte. (...) Mas não sou contra obviamente, cada caso é um caso e cada situação é uma situação. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</i></p> <p><i>“Nunca fui medicada, porque a minha médica não me sugeriu mesmo, de todo, aliás quando eu lhe falei da suplementação ela própria disse, “então muito bem, faça isso da forma que achar melhor” (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</i></p>	<p>Nunca foi medicada – a médica não sugeriu, tomou suplementação</p>
<p><i>“Eu para medicação sou uma pessoa muito contra. Se me disserem assim “tens estes produtos naturais”, tudo bem, agora medicação eu só tomo caso não possa mais. (...) A médica deu-me umas vitaminas durante um tempo, fiz, acabei a caixa, mandei um mail para ela e disse-lhe que tinha terminado, se era para seguir, ela disse-me que eu é que sabia, a partir daí não quis tomar mais nada. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</i></p> <p><i>“Senti necessidade de ser medicada porque me meteram muito medo (...) calores, afrontamentos, mau estar, falta de humor, irritabilidade e essas coisas todas (...) e disseram que tínhamos certas dores, e hoje ainda as tenho a nível aqui por baixo, não sei se é ovários. (...) Começaram-me a dizer que sim que havia de fazer, e eu falei com a médica e ela disse-me “olhe não há como experimentar, experimenta e depois vê”. (...) Não notei nem melhoras nem piores, portanto é assim, a gente tem que saber viver. (...) Eu foi só para experimentar, este ano perguntou-me se eu queria continuar (...) mas até à data não precisei. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</i></p>	<p>TRH – contra, opção pelo natural</p> <p>Foi medicada – sentiu necessidade devido ao receio pelos sintomas, a médica sugeriu</p>
<p><i>“Ajuda muito, eu vejo muitas pessoas a precisarem disso, principalmente no sítio em que estou. (...) Eu conheço casos de pessoas que entram em depressão. (...) Uma senhora uma vez vinha do ginecologista, e lá na farmácia começa a chorar a chorar porque o medico lhe tinha dito que ela estava na menopausa (...) ela chorou, chorou e entrou numa depressão brutal. (...) Nisso os químicos vão ajudar bastante, mas também sabemos que tudo o que é medicamento é um pau de dois bicos, o que vai poder fazer bem a uma coisa, vai fazer mal a outra. (...) Mas isso depois já vai de cada pessoa, respeito qualquer decisão. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</i></p> <p><i>“Eu já, deram-me as isoflavonas de soja, mas eu nem isso tomei... (risos), porque eu penso “opá porque é que me hei-de andar a encharcar?” isto é um ciclo natural, é o que eu penso. (...) Lembro-me da minha mãe aos seus 52, que foi quando entrou na menopausa, andar sempre com o abano da braseira, a abanar-se porque tinha muitos calores. (...) Antigamente não havia medicamentos, e eu tenho também por experiência, o medico que me seguiu do parto da minha filha, uma vez em conversa ele disse-me, (...) “olha minha querida sabes uma coisa? Sabes o que é melhor para a menopausa? Para o calor? Um abanico”. Ele como médico, ele próprio me disse, o abanico é o melhor. Porque ele teve a mulher que morreu com cancro no peito, e acho que também foi um bocado provocado por causa das terapias de reposição. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</i></p>	<p>TRH – ideia de que a terapia ajuda muito no alívio de sintomas, reconhece os dois lados da medicação</p> <p>Já foi medicada – nunca tomou a medicação prescrita</p>
<p><i>“Eu acho mal, eu nunca fiz isso. (...) Porque é que estão a repor aquilo que a natureza nos tirou? Se a natureza achou por bem tirar-me a menstruação aos 50 e aparecer a menopausa, é porque tinha de ser, é porque o nosso organismo estava preparado já para isso. (...) Eu não sou de acordo, e tanto que não sou de acordo que não fui. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</i></p> <p><i>“Nunca fui medicada, nunca quis. O médico sugeriu, mas eu não quis. (...) “É para abalar? Então que seja”. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</i></p>	<p>TRH – contra</p> <p>Nunca foi medicada – o médico sugeriu</p>
<p><i>“Se é para nos sentirmos melhor e para superarmos esta fase mais normalmente, acho bem. (...) Acho que sim. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</i></p>	<p>TRH – a favor</p>

<p>“Nunca fui, porque possivelmente ele nunca me sugeriu e eu também nunca me queixei. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>Nunca foi medicada – o médico nunca sugeriu, não sente necessidade</p>
<p>“Se calhar até é bom, porque ajuda que as pessoas não tenham esses afrontamentos, pelo menos eu entendo que seja assim (...) eu também nunca fui pesquisar (...) aquilo que eu ouço é que se as pessoas tomarem já não têm estes sintomas. (...) Eu não tenho assim essas coisas graves, mas quem tem isso eu penso que é bom, que deviam tomar. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p> <p>“Eu só tomo uma pilula que a ginecologista me recomendou, mas aquilo é muito levezinha. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>TRH - a favor apesar de não ter informação</p> <p>Já foi medicada</p>
<p>“Eu acho que não é muito bom (...) às vezes ouço pessoas dizer que tomaram e que não acham que seja uma coisa muito boa. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p> <p>“Não, nunca tomei nada (...) já senti necessidade, mas eu queria ver se abdicava dela (...) porque eu tomo muita medicação para a depressão, e então achei que a medicação para a depressão com a da menopausa, eu ia ganhar muito volume e que não ia ficar muito bem, não é? (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p>	<p>TRH – contra</p> <p>Nunca foi medicada – sentiu necessidade, no entanto não quis tomar mais medicação</p>
<p>“Eu já ouvi pessoas que sim que a gente deve fazer, há outras pessoas que dizem que não que seja tudo ao normal e foi o que me aconteceu a mim, foi o que eu fiz. (...) Tudo ao normal, nunca fui ao médico, nunca me queixei por causa dos calores, por isto ou por aquilo. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p> <p>“Não, nunca me deu na gana (...) eu ouvia “ah devias de ter ido ao médico quando começaste a sentir os primeiros calores”, e eu digo assim “ah olha que se lixe” (...) nunca fui medicada, nem nunca fui ao médico nem ao ginecologista por causa da menopausa. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>TRH – contra, opção pelo natural</p> <p>Nunca foi medicada – não recorreu ao ginecologista</p>
<p>“Eu aí não posso dizer muito, porque eu não tomei (...) ainda me meteram a hipóteses de tomar isso que você falou da reposição, mas não aceitei (...) quando era nova não me dei muito bem com a pílula, e tinha medo que me acontecesse o mesmo. (...) Como também tenho problemas de circulação, achei melhor não tomar. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p> <p>“O meu médico quis medicar-me, mas eu não aceitei porque não sinto necessidade. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>TRH – falta de informação, receio de consequências advindas da terapia</p> <p>Nunca foi medicada – o médico sugeriu, não sentiu necessidade</p>
<p>“Não concordo. (...) Eu se tiver que tomar alguma coisa vou sempre virar-me para as coisas naturais (...) as isoflavonas de soja, outra coisa assim que seja equivalente (...) a não ser que seja obrigada a isso, que me digam assim “se não tomar isto morre” (...) se não for esse o caso eu nunca quererei tomar nada de farmácia (...) não quero. (...)” (Claúdia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p> <p>“Não, nunca fui medicada, e vou dizer à minha médica que escusa de me passar alguma receita que eu não vou tomar nada disso... (risos). (...)” (Claúdia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>TRH – contra, opção pelo natural</p> <p>Nunca foi medicada</p>

<p>“(...) apesar de ser profissional de saúde eu nunca tomei a pílula, lidei sempre muito bem com isso (...) usei só métodos barreira. (...) Como estudante de homeopatia, penso que a terapêutica de substituição (...) tirando as isoflavonas de soja aquela terapêutica mais natural (...) não sou tanto a favor. (...) Poderá realmente fazer falta a determinadas pessoas (...) mas eu, não me parece de todo que um dia vá por essa opção (...) uma vez que passei a vida toda sem qualquer tipo de hormonas, tratamentos hormonais ou contraceptivos. (...) Se precisar de umas isoflavonas de soja, uma coisa natural, sim poderei recorrer a isso (...) se puder passar sem isso também passo, prefiro assim. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p> <p>“Não, nunca fui medicada. (...) Em primeiro lugar porque não sinto necessidade, e em segundo lugar porque a minha médica também ainda não me aconselhou. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>TRH – contra, opção pelo natural</p> <p>Nunca foi medicada – não sente necessidade, a médica não aconselhou</p>
<p>Ligação à teoria: A biomedicina atribui à deficiência hormonal a causa principal da menopausa, esta que é a causadora dos sintomas. Como tal, o conhecimento médico científico defende que a menopausa é apresentada como um evento fisiológico “inevitável” e de cariz patológico, cuja intervenção por meios artificiais é crucial. Assim, a medicalização do corpo feminino tem sido utilizada pela medicina como uma possível solução para as mudanças fisiológicas ocorridas durante a menopausa. Para justificar, essa medicalização, a medicina alerta para a diminuição de hormonas, além dos restantes sinais e sintomas, como sendo processos patológicos, que devem ser controlados a partir Terapia de reposição hormonal (Guerra, 2017). Os benefícios da TRH têm sido contrariados por investigações que afirmam estar carregada de risco, deste modo, as controvérsias em torno da menopausa têm-se centrado em grande parte nos malefícios associados à TRH (Guillemin, 2010). Como já foi referido anteriormente, é importante ter em conta que a menopausa é uma fase natural da vida, ainda que a medicina tenha tendência a entendê-la a partir do prisma biomédico (Brown et al., 2017). A literatura feminista fundamenta a sua desconfiança perante a TRH, dado que a medicalização dos processos naturais da vida envolve necessariamente controlo natural da vida (Conrad, 1992), o que acaba por retirar o autodomínio das mulheres sobre os seus corpos, impedindo que processos naturais ocorram (Kelly, 2011). É primordial que as mulheres, seja qual for a idade, se encontrem informadas a respeito da menopausa, com a noção esclarecida que esta não se refere a uma doença, mas sim a uma fase da vida. Deste modo, e segundo esta perspetiva, a busca por maneiras saudáveis de vivenciar a questão da menopausa deve ser fomentada, de modo que se respeite o corpo e a autonomia da mulher (Kantoviski & Vargens, 2010). O facto de várias mulheres se lembrarem dos seus parentes quando o assunto é a menopausa, pode reforçar a construção cultural negativa ou positiva desta fase (Winterich & Umberson, 2008).</p>	
<p>• Perceção do risco da medicação</p>	
<p>“Segundo aquilo que eu sei, havendo já casos na família, poderá desencadear tumores de mama, de ovários e por aí fora. (...) Claro que isso acontece com mais frequência em mulheres que já tenham casos na família, não tendo, claro que é controlável. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Consciência do risco; Riscos biomédicos – tumores</p>
<p>“Não, porque como não tomei, também não perguntei, por isso não conheço. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Sem consciência do risco</p>
<p>“Todos os medicamentos têm efeitos secundários como nós sabemos, toda a gente sabe (...) quanto mais natural melhor, pelo menos para mim. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Consciência do risco; Riscos biomédicos – efeitos secundários da medicação</p>
<p>“Sim. Pode haver um cancro nos ovários ou isso, e eu dispensei, e foi quando a medica sugeriu que eu poderia tomar medicação da</p>	<p>Consciência do risco;</p>

<i>ervanária, produtos naturais, e eu disse “nem produtos naturais, nem produtos da farmácia, não vou tomar nada”. (...) Se isso provoca um tumor ou algo do género, decidi não tomar nada. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</i>	Riscos biomédicos - tumores
<i>“Conheço. (...) Estou a lembrar-me de uma situação de uma amiga que sempre fez a terapia hormonal (...) e essa amiga estava a tomar os estrogénios, julgo por causa dos níveis de cálcio, e para repor por causa da parte cardíaca (...) e então ela sempre fez e fazia a mamografia todos os anos e tudo bem. De um ano para o outro, surgiu-lhe um nódulo, foi avaliado, era cancro (...) o cancro era o excesso de estrogénios (...) foi mesmo provocado pelos estrogénios que tomou. (...) Os riscos são muitos (...) há a parte boa, que é termos uma qualidade de vida, mas também há muitos senãos. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</i>	Consciência do risco; Riscos biomédicos – tumores
<i>“Sim conheço, embora que agora com medicação mais recente e tudo muito mais estudado, eles digam que não há tantos riscos. (...) Antigamente (...) diziam que a gente não devia tomar a pílula porque provocava AVC’s (...) isso tudo ainda se mantém, não é? Mas como dizem que é uma pílula de geração mais moderna (...) as antigas é que tinham esse problema. Mas fica sempre alguma coisa na dúvida, não é? Problemas de varizes, circulação (...) esta é igual, vai sempre ter alguma coisa. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</i>	Consciência do risco; Riscos biomédicos – complicações cardiovasculares
<i>“Não. Nunca estive interessada em conhecer (...) tanto podiam ser benéficos como não. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</i>	Sem consciência do risco
<i>“Não, não conheço. (...) Nunca falei com ninguém, não sei, mas sei em conversa com a minha colega que a médica lhe disse se ela pudesse passar sem tomar a medicação que seria muito bom para ela, agora se é ou não é, não sei. Eu ouço outras a dizer que sim que devem tomar. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</i>	Sem consciência do risco
<i>“Conhecer não conheço, mas acho que há coisas que os medicamentos nos irão prejudicar, como qualquer outro medicamento. (...) Aquilo que eu ouço é “ah isso é bom não sei pro quê mas prejudica os rins; olha o não sei quê é bom, mas prejudica o coração” (...) apesar de eu tomar medicamentos, não para a menopausa como lhe estou a dizer (...) mas sei que me fazem mal a outra coisas. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</i>	Sem consciência do risco
<i>“Posso não ter muitos conhecimentos, mas como a menopausa me apareceu tão cedo, tentei manter-me informada (...) por saber quais são os riscos, cancros e assim, é que não quis tomar nada. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</i>	Consciência do risco; Riscos biomédicos – tumores
<i>“Não conheço os riscos admito, mas eu sou um bocadinho contra os químicos, eu só tomo um comprimido para as dores quando tenho mesmo muitas dores (...) eu prefiro tomar gotas naturais. (...) Deixei de tomar a pilula à muitos anos atrás (...) e a partir daí eu só tomo um comprimido em SOS mesmo (...) portanto não sei quais são as contra-indicações, os riscos, não sei mesmo. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</i>	Sem consciência do risco
<i>“Conheço sim. É contra-indicado a quem tem problemas antecedentes ou uma predisposição para problemas mamários, principalmente esse, não tanto a nível dos ovários. (...) Eu acho que tudo o que passa pelos contraceptivos e pela terapêutica de substituição farmacológica passa um pouco por aí (...) se pudermos evitar, evitamos. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</i>	Consciência do risco; Riscos biomédicos – tumores
Ligação à teoria: A ideia de medicalizar o corpo das mulheres, em nome da ciência e de um suposto bem estar, sempre foi uma prática recorrente exercida pela medicina, que só poderá ser modificada quando as mulheres tomarem a consciência das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo (Kantoviski & Vargens, 2010). A	

utilização a longo prazo da TRH, tem sido associado ao aumento do risco de cancro do endométrio e cancro da mama. É esta associação a riscos médicos e cancerígenos graves que põe em causa a TRH como benéfica, posicionando-a como uma tecnologia arriscada. Devido à TRH ser associada a alguns riscos, as empresas farmacêuticas tentaram produzir terapias hormonais que tentassem igualar o equilíbrio hormonal biológico “natural” das mulheres, com o objetivo de afastar os efeitos secundário derivados de dosagens inadequadas. Esta solução surgiu apenas para tentar ganhar alguma aceitação e conformidade no que diz respeito à utilização da TRH a longo prazo. Ao desenvolverem-se estas novas formulações da TRH, os riscos resultantes de dosagens inadequadas são reduzidos e é supostamente assegurado um maior cumprimento dos regimes de TRH a longo prazo (Guillemin, 2010).

• Alternativas à medicação

<p>“Viver uma vida mais saudável, a nível de alimentação, por exemplo. (...) Eu li imenso (...) tentei procurar sempre qual o tipo de alimentos que minimizassem determinados sintomas (...) a soja, os frutos vermelhos (...) beber água, fazer desporto, fazer caminhadas também é muito importante. Eu por exemplo ando na hidroginástica e acho que ajudou imenso também, tentar passear ao ar livre (...) conversar também é muito importante (...) e ler (...) se estivermos bem informadas, poderá também minimizar o impacto da menopausa (...) acho eu. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Conhecimento de alternativas - alimentação saudável, desporto, caminhadas, hidroginástica, conversar, ler</p>
<p>“Sim. O chá de sálvia, as isoflavonas de soja que são em comprimido, mas é um produto natural e que minimiza os efeitos (...) algum suplemento vitamínico, porque não? porque não uma vitamina C acrescida? (...) um sumo de limão com água, orientar mais a alimentação (...) procurar produtos alimentares que tenham estrogénios naturais, como a soja (...) fazer umas caminhadas. (...) Isso depois cada uma tem de adaptar. (...)” (Silvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Conhecimento de alternativas – chá de sálvia, isoflavonas de soja, suplementos vitamínicos, alimentação saudável, caminhadas</p>
<p>“A psicologia (...) o autocontrolo da pessoa (...) distração, a pessoa tentar desviar a atenção para outras coisas que lhe façam esquecer do assunto (...) será uma alternativa à medicação. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Conhecimento de alternativas – psicologia</p>
<p>“Não conheço, porque isto é tudo normal. A mudança de idade é normal, quando a gente lhe aparece o período também é normal (...) é outra fase da vida. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>Sem conhecimento de alternativas</p>
<p>“Conheço claro (...) a sálvia, as isoflavonas de soja, mas também suplementação à base de vitamina E. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</p>	<p>Conhecimento de alternativas – sálvia, isoflavonas de soja, vitamina E</p>
<p>“Não estou mesmo dentro desse assunto ainda. A única coisa que eu sei é o leque que já comprei para me abanar... (risos). A sério, a única coisa que eu sei é mesmo isso. (...) Eu não sou de medicamentos, e se me disserem “só toma se quiser”, eu não tomo, prefiro recorrer a métodos mais naturais. Eu só tomo medicamentos se me sentir mesmo mal. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</p>	<p>Sem conhecimento de alternativas</p>
<p>“Os chás (...) gotas e as tais isoflavonas de soja, que até foi o que me foi receitado, foi mais uma coisa natural do que química, mas eu nem isso quis tomar. Para mim é o abanico. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p>	<p>Conhecimento de alternativas – chás, gotas, isoflavonas de soja</p>
<p>“Os chás. Iríamos para os chás. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Conhecimento de alternativas – chás</p>
<p>“Como eu sou virada para as coisas naturais, bebo uns chás e lá me vou aguentado, uns dias melhores que outros (...) vou tentando</p>	<p>Conhecimento de</p>

ultrapassar. (...)” (Tânia , 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	alternativas – chás
“Conheço as isoflavonas de soja porque foi o que a minha mãe tomou. (...) Não as tomo sem me aconselhar com o médico naturista, porque eu não acredito na automedicação (...) nunca fiz reação nenhuma a nenhum componente da soja, no entanto isto é uma situação diferente. (...)” (Claúdia , 49, divorciada, 12º ano, rececionista)	Conhecimento de alternativas – isoflavonas de soja
“Como nunca tive sintomas, também nunca procurei. Um dia que venha a ter sim, vou ver (...) tentar fazer outras coisas sem ser a medicação. (...) Mas se vier a ter sintomas optarei por opções mais naturais. (...)” (Rute , 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)	Sem conhecimento de alternativas
“As isoflavonas de soja é mais corriqueiro (...) é mesmo o que mais se aplica. (...)” (Aida , 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)	Conhecimento de alternativas – isoflavonas de soja
Ligação à teoria: Sob esse prisma, a busca por maneiras saudáveis que respeitem o corpo e a autonomia da mulher, e que constituem princípios básicos para um cuidado desmedicalizado, deve ser estimulada (Kantoviski & Vargens, 2010).	
• A medicação como controlo social	
“Pode ser, pode não ser (...) eu conheço várias situações e na maioria dos casos eu posso se calhar dizer que 90% dos casos, foi sem medicação (...) é importante aceitar e falar sobre o assunto (...) o que é que a mulher quer naquele momento, o que é que acha que precisa, qual o tipo de ajuda que necessita, sem ser medicada. Pode-se partir para a medicação em casos acentuados de sintomas e de várias coisas (...) aí não sou contra como é obvio. (...)” (Adelaide , 56, casada, 12º ano, assistente operacional)	Confusão entre controlo biomédico e social – controlo de sintomas
“Se calhar até terá algum tipo de controlo, como a pilula concecional que serve para controlar a natalidade e a reprodução da mulher. (...)” (Catarina , 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Medicação como agente de controlo social – comparação com a pílula anticoncepcional
“Como eu acho que isso é uma opção e uma escolha de cada mulher, não acho que isso influencie em termos sociais, porque se é uma escolha de cada uma, cada uma tem o direito de escolher. (...)” (Silvia , 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Sem controlo social - escolha
“Talvez (...) esta medicação a nível social toda a gente toma para ficar bem e tudo mais (...) e também vejo isso um bocado pelo lado da propaganda económica. (...) Sempre houve este tipo de medicação, isto já é quase uma cultura, a mulher chega à menopausa e toma. (...)” (Alice , 52, casada, licenciada, professora)	Medicação como controlo – questão cultural
“Se calhar sim, porque se é uma coisa natural se os únicos sintomas forem os afrontamentos e se calhar um bocado mais irritada (...) porque é que tem de se tomar alguma coisa? Antigamente as mulheres passavam por isso tudo e não tomavam nada, acho que agora é um bocado a mania de se tomar medicamentos para tudo e para mais alguma coisa. (...)” (Isabel , 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	Medicação como agente de controlo social – ideia de que medicalizar é sempre a solução
“Se calhar sim (...) eu contra mim falo que trabalho numa farmácia (...) acho que hoje em dia se toma muita medicação para causas normais e naturais, como é o caso da menopausa. (...)” (Manuela , 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)	Medicação como agente de controlo social – ideia de que medicalizar é sempre a solução
“Poderá ser (...) pode evitar que os sintomas deixem de ser normais. (...) Quem tenha muitos sintomas pode até ser benéfico porque pode até minimizar esses sintomas. (...)” (Lisete , 52, casada, 12º ano, assistente técnica)	Confusão entre controlo biomédico e social – controlo de sintomas

<p>“Eu acho que sim (...) antigamente as senhoras não tomavam nada e passaram por isto (...) agora é só modernices e medicamentos para isto, para aquilo, para aqueleoutro. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Medicação como agente de controlo social – ideia de que medicalizar é sempre a solução</p>
<p>“Eu acho que os médicos querem controlar tudo ao fim ao cabo (...) a gravidez, a menstruação, a menopausa (...) acho que sim, que eles através dos medicamentos querem controlar as mulheres. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Medicação como agente de controlo social – controlo de fases naturais da vida da mulher</p>
<p>“Eu tomo um antidepressivo e sei que estou completamente viciada e que se não o tomar eu não durmo, não ando bem (...) e isso sim eu acho que é um controle das pessoas, seja mulher ou não seja, não é? A reposição de hormonas é muito comum na menopausa, como já falámos, e se isso cria dependência então sim, acho que sim. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Medicação como agente de controlo social</p>
<p>“(...) Talvez, porque as alterações que se sofrem com a menopausa passa tudo muito pelo sistema nervoso, o facto de não se dormir, o facto de haver muitos outros problemas inerentes à menopausa (...) se entrar num equilíbrio através seja daquilo que for, ou de isoflavonas ou mesmo de fármacos, acredito que seja para um equilíbrio sim, acredito. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Confusão entre controlo biomédico e social – controlo de sintomas</p>
<p>Ligação à teoria: Tanto o homem como a mulher são vistos como seres reprodutores, daí estarem sobretudo associados a questões da reprodução humana, no entanto, só a mulher foi vítima de medicalização, no que diz respeito à sexualidade e à reprodução, dado que o corpo desta, foi dominado, disciplinado e confinado ao lar, de forma a ser regulado e controlado (Vieira, 2002). A medicalização da menopausa, pode advir desta fase ser entendida como uma doença, e a propagação desta definição poderá manifestar-se através da construção de uma cultura patriarcal, voltada essencialmente para o controlo dos corpos femininos. (Kantoviski & Vargens, 2010). O poder da medicina de transformar questões fisiológicas em doenças, surge da ideia de “doencificação” do corpo feminino, uma vez que a gravidez e a menopausa são entendidas como doenças, a menstruação é associada a distúrbios crónicos, e o parto é um evento cirúrgico (Vieira, 2002). O corpo feminino é tratado e manipulado pela medicina, a partir do momento em que se transforma no seu objeto de saber e prática (Guerra, 2017).</p>	
<p>Construção social da menopausa</p>	
<p>• Produção de significados relativos à menopausa</p>	
<p>○ A discriminação social</p>	
<p>“Não (...) antigamente é que era tabu e as pessoas escondiam, porque acham que como já não estão férteis já não são mulheres sexualmente ativas (...) mas não me atingiu. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Inferioridade – não</p>
<p>“Nesta fase da minha vida não, mas noutras situações sim (...) muito. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</p>	<p>Inferioridade – não</p>
<p>“(...) isso não (...) a gente não traz na cara o que se está a passar connosco, na nossa vida, não é? (...) e isso não inferioriza ninguém. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p>	<p>Inferioridade – não</p>
<p>“Não, porquê? Ninguém sabe, só eu é que sei se tenho ou não tenho. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Inferioridade – não</p>

“Não. (...)” (Lisete , 52, casada, 12 ^o ano, assistente técnica)	Inferioridade - não
“Aí eu não, era o que me faltava. Isto a idade chega a toda a gente, não é? (...) nunca me senti menos do que ninguém. (...)” (Alexandra , 63, divorciada, 6 ^o ano, auxiliar de lar)	Inferioridade - não
“Sim (...) sinto-me minorizada, mas é uma coisa que está dentro de mim. (...) Como eu nunca disse a ninguém, para além da minha família que estava na menopausa, isto é um conflito comigo própria (...) mas sim, sinto-me menos do que as outras mulheres, mas (...) ninguém sabe e eu faço um esforço para não demonstrar. (...)” (Tânia , 39, união de facto, 9 ^o ano, empregada de mesa)	Inferioridade - sim
“Por enquanto não (...) acho que vou saber lidar muito bem com a situação (...) com a idade, com a maturidade e com toda a informação, lidamos bem com a situação. (...)” (Aida , 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)	Inferioridade - não
Ligação à teoria: O processo natural da menopausa tem sido fonte causadora de sofrimento nas mulheres, pois além de ser silenciado por conta de tabus relacionados ao envelhecimento feminino, é ainda potencializado devido a fatores estruturais, tal como a discriminação social associada ao género (Guerra, 2017). O facto de não quererem demonstrar estar a viver esta fase da vida, deixam transparecer uma etiqueta social não falada, a qual remete a menopausa para o domínio da experiência privada (Judith & Rizq, 2016), conduzindo-as a um processo circular, onde as mulheres na menopausa atuam no sentido de não serem desmascaradas (Brown et al., 2017). Relativamente à menopausa precoce, embora esta constitua uma experiência corporal, a mesma é subjetivamente experienciada, num contexto que se caracteriza por uma dissonância entre aquilo que é socioculturalmente esperado para a faixa etária vivenciada e a realidade biológica efetivamente experienciada por essas mulheres (Boughton, 2002).	
o A menopausa e os seus significados	
“Idade, pronto. (...) A idade avançada. (...)” (Carla , 58, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	Envelhecimento
“(...) é aceitar que estamos a entrar em declínio, quase vertiginoso (...) cada dia que passa, o dia que vivemos hoje é menos um dia que temos para viver, é mais um dia que nos aproximamos da última etapa da vida. (...)” (Silvia , 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Envelhecimento
“Não tenho assim nenhum significado (...) mas sei que a nível geral as mulheres quando entram na menopausa sentem que estão já numa fase decrescente, num declínio, e é o tal envelhecimento (...) as rugas já veem mais, os cabelos brancos, a transformação do corpo (...) mas eu pessoalmente aceitei, mentalizei-me que tinha de vir e pronto. (...) Aliás, o meu marido quando eu lhe disse que estava na menopausa, até me mandou uma mensagem muito querida “boa, assim é que é rapariga, bem-vinda à próxima etapa da vida” (...) Nós mulheres ficamos um bocadinho tristes (...) lá está, é o tal começo da outra fase. (...)” (Alice , 52, casada, licenciada, professora)	Envelhecimento
“(...) é uma mudança radical no nosso corpo, eu acho que é uma mudança muito grande no nosso corpo. (...)” (Susana , 58, viúva, 12 ^o ano, administrativa)	Mudanças no corpo
“(...) já não poderemos ser mães (...) só isso. (...)” (Amélia , 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Perda da fertilidade
“O que me vem à cabeça é que se fosse há uns anos atrás possivelmente teria mais filhos do que os que não tenho hoje (...) não penso mais nada. (...)” (Rosa , 52, casada, 12 ^o ano, cozinheira)	Perda da fertilidade

<p>“Mais livre, até na questão da sexualidade, não é? Porque há sempre aquele receio de se engravidar e não sei quê (...) mas é outra fase da vida (...) uma nova etapa. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>À vontade na sexualidade</p>
<p>“É uma boa pergunta, mas eu nem penso muito nisso. (...) Para já, porque eu acho que ninguém está preparado para entrar nesta fase, é como quando as doenças veem, é igual, a fase da menopausa temos de aceitar e temos de viver com ela. (...) acordo todos os dias e vou vivendo um dia de cada vez e acabou. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>Compara a menopausa a uma doença</p>
<p>“Às vezes o que eu penso, ou aquilo que eu ouvia às mulheres antigamente, é que quando a mulher entrava na menopausa já ficava (...) não é bem velha, mas significava que a pessoa já era assim mais de idade. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Envelhecimento</p>
<p>“O significado que mais atribuo, devido à minha idade, é mesmo a questão da infertilidade. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Perda da fertilidade</p>
<p>“É o ter presente que o meu corpo está a envelhecer, devagarinho, mas está, e, portanto, eu tenho de lidar com isso da melhor forma possível (...) porque se nós vamos olhar para a menopausa como uma coisa que nos diminui, ou “ah eu já não sou a mesma mulher” (...) é mentira, nós somos exatamente as mesmas pessoas porque aquilo que está aqui dentro da cabeça não muda, se nós não deixarmos, não é? (...) Se nós deixarmos “ai meu Deus tenho rugas, ai esta parte já não é rijinha como era, o peito” (...) então não vivo (...) e não pode ser, temos de nos ajustar. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Envelhecimento</p>
<p>“Só mesmo o não poder ter mais filhos (...) mais nada. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</p>	<p>Perda da fertilidade</p>
<p>Ligação à teoria: As mulheres ao experimentarem a menopausa em contextos sociais diferentes geram automaticamente significados e experiências individuais também elas diferentes, sendo assim é importante considerar sempre o contexto social de cada mulher (Bahri & Roudsari, 2019). Verificou-se assim, que as mulheres têm por hábito associarem a menopausa à velhice, o que desencadeia um conjunto de significações negativas (Valença et al., 2010). Os significados que cada mulher atribui à menopausa não são estanques, e por isso variam conforme o contexto social a que se pertence e os símbolos culturais que se partilham, incluindo diálogos sobre o envelhecimento e questões reprodutivas (Bahri & Roudsari, 2019).</p>	
<p>• Impactos da menopausa</p>	
<p>○ Envelhecimento feminino</p>	
<p>“Para algumas pessoas se calhar sim, para outras não. No meu caso, não me sinto velha só porque entrei na menopausa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Menopausa ≠ envelhecimento (a menopausa não é percecionada como um indicador de velhice)</p>
<p>“Não muito. (...) A gente faz a menopausa e ainda não está velha, eu acho, né? (...) tanto aparentemente como psicologicamente. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Menopausa ≠ envelhecimento (a menopausa não é percecionada como um</p>

	indicador de velhice)
“Está, indubitavelmente. (...) Não estou a falar só em termos mentais (...) mais em termos físicos, porque a gente fica mais flácida, se calhar também porque não faço exercício, mas mesmo fazendo exercício claro que se nota nos músculos, nos ossos (...) e quanto mais os anos forem passando mais problemas digestivos (...) cardíacos (...) circulatórios vamos ter. (...) É normal, estamos a entrar numa fase de declínio, os nossos sistemas todos começam a trabalhar menos bem. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Menopausa = envelhecimento (envelhecimento físico: flacidez, osteoporose, problemas digestivos, cardíacos, circulatórios)
“(...) não é a menopausa que nos envelhece. Penso que isso já tem mais a ver com a parte psicológica de cada um (...) a menopausa é um estar. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Menopausa ≠ envelhecimento (a menopausa não é percecionada como um indicador de velhice)
“Eu acho que não. Eu acho que a gente não pode pensar que a menopausa vem definir isso. (...) O envelhecimento é por nós próprios, não é cá por causa da menopausa. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Menopausa ≠ envelhecimento (a menopausa não é percecionada como um indicador de velhice)
“Claro que está, não é? (...) Se não tivéssemos menopausa não envelhecíamos, ou se não envelhecêssemos não tínhamos menopausa (...) por isso está associado a isso. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	Menopausa = envelhecimento (Menopausa como indicador indubitável de envelhecimento)
“Acho que não (...) a pessoa quando entra na menopausa (...) a gente pensa que já não somos jovens e que a idade vai avançando, mas acho que lá por estarmos na menopausa, não significa que somos velhas (...) somos mais mulheres, mais maduras. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)	Menopausa ≠ envelhecimento (a menopausa não é percecionada como um indicador de velhice)
“Sim considero (...) não acho que seja velha em idade, mas sinto que estou num corpo de uma velha. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)	Menopausa = envelhecimento (conflito entre idade e menopausa)
“Também (...) com a baixa de estrogénios, com a osteoporose, quer queiramos quer não, em termos físicos (...) tenho a certeza de que vamos sofrer alguma coisa (...) umas mais tarde outras mais cedo (...) depende também dos muitos cuidados que a gente possa ter ao longo da vida. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)	Menopausa = envelhecimento (envelhecimento físico)
Ligação à teoria: No imaginário social, o envelhecimento feminino inicia-se a partir da meia-idade, e é um processo que está associado a desgastes e perdas físicas e de papéis sociais, num percurso que termina com a morte (Guerra, 2017). Existe de facto a ideia generalizada de que a menopausa e o envelhecimento andam de mãos dadas, devido às transformações e transições pelas quais a mulher passa nesse período. Para o género feminino, é impossível pensar em questões acerca do envelhecimento sem refletir sobre o corpo (Ferreira et al., 2013).	

○ Mudanças no corpo e autoestima	
<p>“Muito poucas (...) tive sempre o cuidado com a alimentação (...) claro que não posso comer tudo quanto quero, não posso fazer tudo quanto quero, porque chegamos a uma determinada idade, e não é só a menopausa, é tudo aquilo que traz com a idade (...) já não temos a capacidade de nos movimentarmos da mesma forma, apesar de ter uma vida ativa (...) cansamo-nos mais. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p>“Há sempre um momento ou outro que olho e que penso que já não tenho 20 anos, não é? (...) Todas nós pensamos, é inevitável. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Mudanças – perda de algumas capacidades</p> <p>Autoestima – ligeiramente afetada</p>
<p>“Sim senti, houve coisas que se notaram (...) o desejo sexual diminuiu, engordei, além de já estar gordinha, engordei muito mais, tenho de ter mais cuidado com a alimentação. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p>“Estas mudanças não me afetaram porque me sinto bem comigo mesma e com o meu corpo, estou bem resolvida. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Mudanças – perda da libido, aumento de peso</p> <p>Autoestima – não foi afetada, bem resolvida</p>
<p>“Sim, engordei, e senti também o peito maior. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p>“Não me afetou porque eu era muito magrinha, e os poucos kg que engordei não fizeram muita diferença. (...) Sinto-me bem como estou. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Mudanças – aumento do peso, aumento do peito</p> <p>Autoestima – não foi afetada, bem resolvida</p>
<p>“Sim. Engordei e comecei a ficar com a cintura mais grossa (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p> <p>“Olhamos para o espelho e pensamos “esta não sou eu” (...) e afetou-me durante um determinado período, mas não muito prolongado (...) a gente também se vai adaptando, vamos tentando contrariar algumas coisas e tentando melhorar o que se consegue melhorar. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>Mudanças – aumento de peso, aumento do perímetro abdominal</p> <p>Autoestima – ligeiramente afetada</p>
<p>“A anca alargou mais um bocadinho, dores nas articulações, dores musculares. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p> <p>“Como sempre fui gordinha... (risos), estas mudanças não vieram alterar muito, mas é lógico que digo assim “bolas, agora podia-me ter dado para o contrário”, podia me ter dado para emagrecer... (risos). Não fiquei assim para baixo para baixo, mas influência um bocadinho. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Mudanças – Ancas mais largas, dores nas articulações e musculares</p> <p>Autoestima – ligeiramente afetada</p>
<p>“Sinto que o meu metabolismo não funciona tao rápido como funcionava (...) às vezes quando eu, por qualquer motivo não me alimentava tão bem eu emagrecia logo, (...) agora não (...) parece que estou sempre com o mesmo peso, ou até um bocadinho mais se como uma bolachinha ou outra. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p> <p>“Não me afetou de maneira nenhuma. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Mudanças – metabolismo mais lento</p> <p>Autoestima – não foi afetada</p>
<p>“Sim, eu acho que quando entrei na menopausa eu mudei completamente o meu corpo (...) eu era uma pessoa magra, e parece que desde que entrei em menopausa comecei a inchar (...) porque não há aquela coisa de todos os meses a gente deitar aquilo fora. (...)” (Susana,</p>	<p>Mudanças – aumento de peso</p>

58, viúva, 12 ^o ano, administrativa) “Um bocadinho, como era magra e depois engordei assim de repente, resenti-me um bocadinho” (...)” (Susana , 58, viúva, 12 ^o ano, administrativa)	Autoestima – ligeiramente afetada devido ao peso
“Sim, senti claro. A parte que eu senti mais, foi na pele (...) aparecerem mais rugas, o perímetro abdominal aumentou um bocadinho mais (...) com o tempo e com os cuidados devidos (...) volta tudo ao normal. (...)” (Amélia , 54, solteira, licenciada, diretora técnica) “Não me afetou porque foi uma coisa gradual. (...)” (Amélia , 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Mudanças – aparecimento de rugas, aumento do perímetro abdominal Autoestima – não foi afetada
“Engordei (...) por mais que eu tente controlar (...) não saio dali. (...) Eu associo à menopausa, porque os meus hábitos alimentares mantêm-se os mesmos (...) mas pronto, faz parte do processo. (...)” (Isabel , 53, casada, 12 ^o ano, gestora de loja) “O facto de ter um bocadinho de peso a mais se calhar afeta, não é? (...) mas tenho de aceitar e aceito. (...)” (Isabel , 53, casada, 12 ^o ano, gestora de loja)	Mudanças – aumento de peso Autoestima – afetada
“Mais gordinha, embora eu tivesse sempre tendência para ser mais gordinha, mas agora pior...(risos). (...)” (Manuela , 54, casada, 12 ^o ano, técnica de farmácia) “Afetam mais um bocadinho a nossa autoestima (...) há dias que não me apetece ver ao espelho (...) quando vou comprar roupa, para experimentar, Deus me livre, eu até começo sempre pelo tamanho maior para ir encolhendo (...) às vezes penso “isto é tao grande”, e quando vou a vestir não me serve...(risos). (...) Fico com a autoestima muito em baixo... (risos). (...)” (Manuela , 54, casada, 12 ^o ano, técnica de farmácia)	Mudanças – aumento de peso Autoestima – afetada
“A gente alarga mais (...) a pessoa mais flácida, os peitos mais moles (...) pelo menos, foi o meu caso (...) e engordei (...) agora já estou a voltar ao normal. (...)” (Celeste , 57, casada, 9 ^o ano, desempregada) “Não, pelo contrário, eu nunca gostei de ter uma mama grande e agora com a menopausa ficaram mais pequenas (...) assim é que eu devia ter tido a mama quando era nova. (...)” (Celeste , 57, casada, 9 ^o ano, desempregada)	Mudanças – ancas mais largas, aumento de peso, flacidez Autoestima – não foi afetada
“Só estar toda seca por dentro... (risos) (...) eu fui fazer os exames e disseram-me “então você secou por dentro”. (...) Sinto-me aqui uma gaja boa... (risos) Engordei, mas já estive mais gorda do que estou (...) como o que tenho a comer, não faço dietas (...) aquilo que me apetecer eu como. (...)” (Simone , 56, casada, 6 ^o ano, empregada de balcão) “Não, não afetou. (...)” (Simone , 56, casada, 6 ^o ano, empregada de balcão)	Mudanças - ????, aumento de peso Autoestima – não foi afetada
“Sim, engordei, não só pela menopausa em si, mas pelos problemas que surgiram com ela, como a depressão (...) em a cabeça não estando bem, o corpo é que paga. (...)” (Tânia , 39, união de facto, 9 ^o ano, empregada de mesa) “Sim claro, não me sinto confortável comigo mesma nem com o meu corpo, mas tenho que pensar que tenho uma filha e que tenho de levar a vida para a frente. (...)” (Tânia , 39, união de facto, 9 ^o ano, empregada de mesa)	Mudanças – aumento de peso Autoestima – muito afetada

<p>“(…) Noto que não perco peso com a facilidade com que perdia. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p> <p>“Não, isso não. (...) Há muitos anos que lido com o meu peso e sei que não sou uma princesa dos contos de fadas (...) quando me vejo ao espelho, não posso dizer que sou apaixonada por mim, mas isso tem a ver com a minha depressão, não tem a ver propriamente com a menopausa. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Mudanças – metabolismo lento</p> <p>Autoestima – não foi afetada</p>
<p>“Algumas, ainda não muitas, ainda não estou naquela necessidade de ir para o ginásio, quer dizer, necessidade já tenho, mas prefiro não pensar nisso porque sou muito preguiçosa... (risos). Mas já não se emagrece da mesma maneira, mesmo com alguma dieta. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p> <p>“Eu nunca lidei muito bem com o aumento de peso e só se passar por aí é que eu acho que não vou gostar do outro lado do espelho, mas por enquanto está tudo bem. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Mudanças – metabolismo mais lento</p> <p>Autoestima - não foi afetada</p>
<p>Ligação à teoria: É evidente que o corpo da mulher muda durante a menopausa, podendo engordar, mudar a forma, notar alterações na pele, entre outras alterações. Tais mudanças deixam então transparecer a impossibilidade de corresponder aos ideais de feminilidade. Em pleno século XXI, encontramos-nos perante uma sociedade que coloca muita ênfase na imagem do corpo ideal normalizado de magreza (Robinstein & Foster, 2012). Tratadas essencialmente como problemas de saúde, as perdas são comumente apresentadas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece, como o aparecimento de rugas e a flacidez da pele (Guerra, 2017). A crença e o desejo pela juventude e beleza eterna agravam-se na menopausa, uma vez que é uma fase da vida em que o corpo da mulher não tem o mesmo vigor físico, devido ao inevitável processo de envelhecimento. Tudo isto, pode levar a um conjunto de consequências, como um completo estado de insegurança emocional perante tais transformações, dado que, afeta de forma negativa a autoestima das mulheres, achando-se menos atraentes e desejáveis e prejudicando as suas vidas a nível das esferas familiar, conjugal e social (Favarato & Aldrighi, 2001). A aparência submete o sujeito a um olhar apreciativo, olhar este que classifica socialmente consoante a sua apresentação, daí ser a partir desse estereótipo socialmente construído que surgem os estigmas e as marcas (Mariga, 2019). A imagem feminina, construída a partir de noções de beleza socialmente definidas, pode atingir profundamente a identidade da mulher, pelo que a menopausa é muitas vezes representada como um momento crítico, que afeta de forma negativa a construção da autoimagem (Mendonça, 2004). Quando estamos perante casos de menopausa precoce, e segundo Cantor & Hunter, 1999, quando existe uma falta de sintonia com a norma, pode haver apenas um estereótipo social ao qual recorrer, quando o estereótipo é negativo, a autoestima é facilmente afetada e ameaçada.</p>	
<p>○ Perda da feminilidade</p>	
<p>“(…) eu não, eu pessoalmente não. Continuo com o mesmo espírito, que acho que é por aí também que temos de ir (...) continuo a pensar que tenho de continuar a ser aquilo que era porque se eu começo a pensar “já estou na menopausa, estou a caminho dos 60, estou a envelhecer”, eu não vivo, vivo para a velhice e não é isso que eu pretendo. Eu pretendo aproveitar cada momento, cada dia que eu cá estiver. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade - permanência de um espírito jovem</p>
<p>“Vivemos numa sociedade que valoriza muito a embalagem, mas não acho que tenha perdido a minha feminilidade (...) pelo contrário. (...) Em todas as fases da vida há beleza, certo? É claro que se um jovem olhar para mim, é capaz de pensar assim “possa, que raio de velha”, agora se for uma pessoa, sei lá, com a minha idade, ou mais velha até é capaz de pensar assim “olha, até esta bem”. (...)” A</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – ideia de que com a idade a mulher adquire</p>

<p>capacidade de ser feminina já é uma coisa intrínseca à mulher e que não se perde e se calhar a idade até aprimora algumas facetas da mulher, pode não ser tao exuberante mas pode cativar de outra forma (...) na forma de ser (...) de estar (...) de se aceitar, de aprender a se respeitar a amar e a aceitar as rugas e as flacidez e as gordurinhas e não sei o quê como fazendo parte dela. (...) Cada ruga que eu tenho, conta um bocadinho da história da minha vida. (...) Há quem considere que as mulheres balzaquianas são mais charmosas que as quarentonas (...) tudo depende da perspectiva de cada um. (...)” (Silvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</p>	<p>outras formas de cativar</p>
<p>“Não, eu não ligo nada a essas coisas. Desde que eu esteja bem comigo própria (...) desde que a nível de saúde me sinta bem (...) gosto de mim como eu estou. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – amor próprio</p>
<p>“Não senti isso. Aliás, até acho que estou melhor... (risos) (...) estou mais tranquila (...) sinto-me bem comigo mesma. (...) Se calhar isto nem tem a ver com a menopausa, tem a ver com a experiência de vida, a pessoa é mais experiente, fica mais confiante. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade - amor próprio</p>
<p>“Ai, não. Perdemos umas coisas, mas ganhamos outras, não é? (...) Ficamos mais atentas a tratar de nós (...) enquanto que quando somos mais jovens não pensamos em limpar a pele, pôr aqueles cremes adequados (...) ao entrar nesta fase começamos a pensar um bocadinho mais “deixa-me cá desmaquilhar, deixa-me cá usar este creminho” (...) começamos a ter de estar mais atentas, só isso. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade - ideia de que com a idade a mulher adquire outros cuidados consigo mesma</p>
<p>“Não. Acho que ganhei. (...) Sinto-me bem, desde que eu me sinta bem comigo própria (...) eu não me sinto linda para os outros, eu quero sentir-me linda para mim. Muitas das vezes não o faço, mas eu quero sentir-me bem comigo própria e não para agradar aos outros. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – amor próprio</p>
<p>“Não. Eu sinto-me feminina na mesma, gosto de me arranjar na mesma (...) acho que não tem nada a ver, pelo contrário, quando chegamos a esta idade, se calhar temos um bocadinho mais de cuidado, porque sabemos que já não somos tao jovens, não é? (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade - ideia de que com a idade a mulher adquire outros cuidados consigo mesma</p>
<p>“Não. Uma mulher é sempre mulher. Quando se é mulher sabemos estar sempre em qualquer altura, e hoje em dia há tanta coisa para a gente se embelezar, qualquer pessoa pode fazer isso. (...) Acho que não faz moça nenhuma nesse aspeto. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – ideia de que uma mulher é sempre feminina em qualquer idade</p>
<p>“Não, eu não considero (...) sinto-me bonita, sinto-me bem comigo mesma. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – amor próprio</p>
<p>“Eu não, estou igual. (...) O espírito é que conta. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade - permanência de um espírito jovem</p>
<p>“Penso que não (...) é assim, hoje há um estigma muito grande em que parece que as pessoas têm de ser perfeitas, não é? (...) esquecemos que as fotos, os media tudo o que nos entra dentro de casa nem sempre corresponde à verdade, não é? (...) por isso é que a natureza está muito bem feita, nós chegamos a esta altura da vida e sabemos como lidar com as coisas, sabemos que a verdade não é essa, os jovens apresentam-se jovens e são jovens, nos já passamos essa fase, e podemos continuar a sentirmo-nos muito bem com o nosso corpo independentemente da idade. (...) É importante é que a gente esteja equilibrada, que tenha uma boa saúde e claro, que gostemos de nos ver ao espelho. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Perceção de que não perdeu a feminilidade – influência negativa dos media, amor próprio</p>

Ligação à teoria: Durante a vida, a visão que o ser humano tem sobre o seu próprio corpo, é influenciada por expectativas sociais associadas a questões de gênero, pois enquanto a masculinidade é vista como constante ao longo da vida, o mesmo não acontece com a feminilidade, uma vez que está associada à juventude e à fertilidade (Cantor & Hunter, 1999). No entanto, a questão da feminilidade é adaptada, tais ajustamentos, podem levar a que a menopausa seja interpretada de uma forma mais otimista. (Robinstein & Foster, 2012). A construção social da menopausa é essencialmente impulsionada pela medicina, pelos laboratórios farmacêuticos e pelos media, onde geralmente são feitas recomendações para atenuar os efeitos do envelhecimento, como a aplicação de cremes e a toma de vitaminas (Guerra, 2017). A procura perseverante pela qualidade de vida e pela boa aparência, estimula a procura de um mercado de consumo onde não existe lugar para a velhice, pois esta passa a ser tratada não só como consequência de descuido pessoal, como também da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados (Dillaway, 2005). A ideia da feminilidade é sobretudo associada à idade, talvez pelo facto de que para a sociedade contemporânea, a beleza está intimamente ligada à juventude e é um capital social muito valorizado (Aboim, 2014). Os anúncios em torno da menopausa ainda categorizam socialmente as mulheres pelas mudanças físicas pelas quais passam durante esta fase das suas vidas (Krajewski, 2018).

○ **Perda da fertilidade**

<p><i>“Não me afetou. (...) Se não tivesse tido filhos (...) e tivesse lutado para ter e não ter conseguido, provavelmente eu teria chegado aqui e teria se calhar pensado, que não fiz aquilo que deveria ter feito (...) mas não, eu sempre desejei ter filhos (...) consegui, tenho dois filhos, tenho um casal, essa fase da minha vida foi feita com sucesso, não sinto que fosse um encerramento de nada (...) é uma fase natural, que veio naturalmente, aconteceu naturalmente e encerrou naturalmente. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Senti-me bem com essa questão (...) também já não queria mais filhos (...) se calhar se não tivesse tido filhos, sentir-me-ia mais frustrada porque queria e já não podia, e ter filhos foi sempre uma coisa que eu desejei, mas como já tinha, foi na hora certa e na idade certa. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Para mim foi-me indiferente, porque não queria ter mais filhos. (...)” (Carla, 58, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de um filho</p>
<p><i>“Aceitei isso muito bem, até porque fui abençoada e tive os dois filhos que sempre quis ter, e até tive a sorte de ser um menino e uma menina (...) eu já estou mais numa de ser avó. (...) Não mexeu contigo. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Não fiquei triste (...) a minha realização, assim como a do meu marido, era ter 2 crianças (...) temos e pronto (...) sinto-me realizada neste sentido. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Ai, não me incomoda. (...) Tenho os filhos que queria ter, se calhar se não tivesse os filhos que queria ter, e agora saber que não podia ter mais se calhar afetar-me-ia (...) mas tenho uns filhos maravilhosos que gosto, que gostam de mim, e isso não me afeta mesmo. (...) Estou bem resolvida, pelo menos até agora, daqui para a frente não sei. (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Esta parte da fertilidade (...) não sou tão fértil como quando tinha o período, é evidente. (...) Não fiquei triste, mas se quisesse ter mais um filho aos 50 e tal anos não podia ter (...) mas fiquei bem. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</i></p>	<p>Dificuldade em aceitar a perda da fertilidade – mãe de um filho</p>
<p><i>“Não tive qualquer tipo de problema nesse aspeto. Penso que para tudo há um tempo e há idade. Eu se tivesse que ser mãe, sempre o meu sonho (...) era aí entre os 25 e os 30 anos, não acontecendo nessa altura, não houve problema algum, até pensava “bom, se eu não tiver</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade - ambicionou ser</p>

<p><i>filhos posso adotar” (...) nunca tive esse problema, e como sempre tive sobrinhos, eu acho que o amor para um filho se dividiu pelos sobrinhos. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</i></p>	<p>mãe – não possui nenhum filho;</p>
<p><i>“Isso é assim mais sofrido. Mas na minha vida o objetivo foi um filho e foi aquele, mas se calhar pensando bem, queria mais (...) mas a estabilidade da vida também conta, meios profissionais (...) agora neste momento já não peço (...) peço os netos, desde que tenha os netos para mim já me sito realizada... (risos) (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)</i></p>	<p>Dificuldade em aceitar a perda da fertilidade - apesar de ter sido mãe, ambicionava ter mais filhos – mãe de um filho</p>
<p><i>“Bem (...) já não pensava ter mais filhos... (risos). (...) Faz parte do processo, nós mulheres sabemos que mais tarde ou mais cedo isso vai acontecer, certo? (...) e por um lado é um descanso... (risos) (...) há sempre aquele receio de podermos ficar ou não ficar, e sabemos que muitas mulheres ficam grávidas na menopausa, por isso depois de passar é um descanso. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – possui dois filhos</p>
<p><i>“(...) Não me deu muito problema porque já tinha uma filha. (...) Foi um ciclo a que eu tinha de chegar, embora muitas vezes tivesse ponderado que poderia ter tido mais um filho, mas pronto, foi passando e eu fui-me mentalizando, “pronto chega, não aconteceu, também já não é agora que vai acontecer” (...) mesmo quando ainda tinha período, mas pensei “agora a idade já passou”. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade - apesar de ter sido mãe, ambicionava ter mais filhos – mãe de um filho</p>
<p><i>“A menopausa não trouxe o encerramento do ciclo fértil, porque eu não me sinto infértil, eu se por acaso agora tivesse menstruação poderia arranjar um filho, como a minha mãe, quase a entrar na menopausa e arranhou o meu irmão (...) portanto eu não sinto nada disso, eu acho que continuo fértil. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</i></p>	<p>Dificuldade em aceitar a perda da fertilidade – confusão em compreender que a menopausa traz consigo o encerramento de um ciclo fértil – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Já tinha dois filhos (...) não queria mais (...) já estava bom. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“Ó (...) bem (...) já tinha os meus filhos. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</i></p>	<p>Aceitação da perda da fertilidade – mãe de dois filhos</p>
<p><i>“(choro). Isto é a minha maior dor, mas não é só minha, é também do meu namorado, porque o nosso projeto de vida incluía ter dois filhos. Eu fui mãe aos 32 anos, e se eu sonhasse que isto me poderia acontecer teria sido mãe mais cedo para poder ter mais um filho. (...) Tentamos sempre dar tudo à nossa filha, e o que ela mais quer, que é ter um irmão, não lhe posso dar (...) ela não percebe, porque me pergunta “mãe, quando tens um bebé? os meus amigos têm manos, porque é que eu não tenho?”, e isso dói muito... (choro). (...) Ela está sempre naquela de que um dia vai ter um mano ou uma mana, como os outros meninos, e eu tenho inventado desculpas, ora porque a casa é pequena e temos de arranjar uma maior; ora porque a mãe agora tem muito trabalho e não tem tempo (...) ela vai aceitando, mas sei que não vai durar para sempre, vai chegar um dia que vou ter de lhe contar a verdade. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</i></p>	<p>Muita dificuldade em aceitar a perda da fertilidade – enfrenta uma menopausa precoce – impossibilidade de ter mais filhos – mãe de um filho</p>
<p><i>“A primeiro embate fiquei triste (...) depois também percebi que era uma parvoíce ficar triste porque eu já não tinha idade para ter filhos, portanto o meu sonho de ser mãe nunca iria acontecer porque eu tenho um mioma enorme no útero, tenho imensos quistos nos ovários e é isso que faz com que eu não possa ser mãe. (...) Tenho uma data de sobrinhos e afilhados, portanto, acabei por lidar (...) no princípio custou-me muito, mas depois passei por cima e agora estou perfeitamente bem. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</i></p>	<p>Dificuldade em aceitar a perda de fertilidade – impossibilidade de ser mãe – não tem filhos</p>

<p><i>“Essa é mesmo a parte mais grave e mais triste (...) é chato, mas como já tinha uma filha já foi assim melhor, mas essa parte é a que me custa mais. Gostava de ter tido mais filhos, pelo menos mais um... (emoção) (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</i></p>	<p>Muita dificuldade em aceitar a perda da fertilidade – enfrenta uma menopausa precoce – impossibilidade de ter mais filhos – mãe de um filho</p>
<p>Ligação à teoria: Tem-se assistido ao longo do tempo ao argumento da determinação biológica do corpo da mulher, este que parece justificar plenamente as questões sociais que o envolvem, assim sendo, esta passa a ser predominante, como explicação legítima e ímpar sobre fenómenos, que levam à origem de ideias sobre maternidade e instinto maternal (Vieira, 2002). O aparecimento da menopausa vem confrontar as mulheres com a perda progressiva da fertilidade (Valença et al., 2010). A menopausa acarreta muitas dúvidas para as mulheres em relação à sua pessoa e às suas possibilidades futuras (Pinotti, 1995). A menopausa e a perda da fertilidade que ela acarreta torna-se ainda mais problemática quando a mulher que a vivencia não tem filhos, o que faz com que caia por terra um plano de vida ou sonho que para elas era fundamental enquanto mulheres (Cantor & Hunter, 1999). A menopausa em mulheres jovens pode estimular uma falta de sincronia entre pares, uma vez que as mulheres lidam com o encerramento precoce de seu ciclo reprodutivo, enquanto por exemplo as suas amigas e conhecidas na mesma faixa etária pensam em ter filhos e ampliar a família, o que pode fazer com que se sintam deslocadas e inferiorizadas (Boughton, 2002). A infertilidade apresenta-se como um dos aspetos mais angustiante da menopausa precoce e tende a ser experimentada como uma crise, pois carrega consigo um estigma, que surge do incumprimento da norma cultural da maternidade (Cantor & Hunter, 1999).</p>	
<p>○ Atividade profissional e vida conjugal</p>	
<p><i>“Aí já é diferente, claro que sim, todas sabemos que o facto de entrar na menopausa traz outras situações (...) menos vontade sexual, que é normal, embora haja muitas formas de poder combater (...) há carinho. (...) É claro que estando numa forma mais ativa sexualmente, poderá se converter em várias vezes (...) nesta fase da minha vida poderá ser menos vezes, mas se calhar pode ter um gosto diferente, aproveitamos de outra forma, e se calhar chegarmos ao fim e saber-nos melhor, porque temos outra maturidade, não temos tanta pressa, e as coisas são aproveitadas de forma natural. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Vida conjugal – perda da libido, valorização do carinho</p>
<p><i>“Na conjugal, só se for no âmbito sexual, porque como já não há tanto desejo (...) ele queria uma vida mais ativa e eu não porque já não tinha tanto desejo (...) só se foi nesse aspeto. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Vida conjugal – perda da libido</p>
<p><i>“Com a menopausa há uma diminuição da libido na mulher, isso está provado cientificamente, não quer dizer que a mulher entre na menopausa e fique frígida ou fique um animal assexuado (...) agora tem de haver muita compreensão por parte do companheiro (...) terá que ter o cuidado de se informar, porque há uma diminuição de estrogénio, que leva a uma diminuição da libido que leva a uma secura vaginal enorme, que se calhar a mulher já não tem tanto apetite sexual. (...) O homem tem de ser mais paciente, mais carinhoso, tem de ser mais compreensivo, porque a mulher entra numa fase de instabilidade emocional que é própria. Mas acho que com compreensão, carinho, amor e diálogo, as pessoas conseguem ultrapassar, ou não, dependendo realmente da relação que tiverem. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</i></p>	<p>Vida conjugal – perda da libido, secura vaginal, valorização do carinho, amor, diálogo e respeito</p>
<p><i>“Na parte profissional de forma direta não, as pessoas tratam-me normalmente, o que eu sinto é que estou mais irritável e não tolero determinadas coisas como tolerava, não estou tao tolerante com as pessoas. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</i></p>	<p>Atividade profissional – falta de tolerância</p>

<p>“Na minha vida conjugal não. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</p>	<p>Sem mudanças na vida conjugal</p>
<p>“Na minha vida conjugal sim, naquele aspeto de eu não ter tanta vontade (...) é totalmente diferente. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)</p>	<p>Vida conjugal – perda da libido</p>
<p>“Nenhum (...) eu fiquei com mais energia, comecei foi a trabalhar mais, porque tinha aquela energia de ir a todo o lado, a trabalhar mais horas... (risos) (...) por mais incrível que pareça. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)</p>	<p>Sem mudanças na atividade profissional</p>
<p>“Às vezes sim, a falta da paciência com as pessoas (...) como lido com o público isso mexe um pouco, e depois às vezes a ouvi-las queixar e nós às vezes estarmos iguais, não é? Ou até piores e não podemos estar a falar (...) só nesse aspeto. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p> <p>“Na vida conjugal está tudo bem (...) só um bocadinho menos ativa, não quer dizer que não haja, que há e até acho que ainda há normalmente, mas nota-se um bocadinho da minha parte a falta de vontade. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)</p>	<p>Atividade profissional – Falta de paciência</p> <p>Vida conjugal – menos atividade sexual, perda da libido</p>
<p>“Não dou o mesmo rendimento que dava quando tinha 50 anos, é verdade, baixou, mas isso eu acho que é toda a gente. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p> <p>“Sim, a gente fica mais “epá larga-me; não me chateies; calma aí” a gente já não aguenta tanto como aguentava antes, a tolerância já não é tanta. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)</p>	<p>Atividade profissional – Diminuição no rendimento</p> <p>Vida conjugal – menos tolerância para com o companheiro</p>
<p>“Também não (...) talvez a gente não esteja tao disposta... (risos) a ter relações, mas de resto (...) acho que é uma coisa que entre os dois se consegue resolver bem. (...)” (Lisete, 52, casada, 12º ano, assistente técnica)</p>	<p>Vida conjugal – perda da libido</p>
<p>“É assim, lá está, a gente diz ao colega “vou abrir a porta por causa do calor”, e ele diz “ah, mas isso vai prejudicar o pão”, e bom eu quase discuti com ele e disse-lhe “já não quero mais conversa contigo”. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p> <p>“Também não, mas não se tem aquela vontade, não é que seja forçada. (...) Eu se ficasse viúva isso a mim era uma das coisas que não me faria falta (...) eu passo bem sem isso. (...) Há aquelas pessoas que têm aqueles diálogos abertos e dizem “ah hoje fiz assim”, eu não, nunca conversei assim essas coisas, porque eu acho que cada um deve ter a sua intimidade. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>Atividade profissional – desentendimento no local de trabalho devido aos calores</p> <p>Vida conjugal – perda da libido</p>
<p>“É assim eu quando me divorciei eu já tinha 53 anos e as coisas como já havia muitos anos que não estavam bem entre nós porque ele era um homem que passava por cá as noites na ramboia, naquilo que ele queria, e então isso aí fez com que a gente comesse a separar-se. Ele lá dormia no cantinho dele e eu dormia no meu. Se ele andava por onde queria, se queria fazer a vida que queria, comigo não contasse para a parte da cama. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Vida conjugal - Apesar de ter sido casada, associa que já não fazia vida de casal devido a todas as complicações</p>
<p>“Não, por acaso nunca senti diferenças. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p> <p>“Sim, claro que teve impactos, para além da questão da infertilidade, também a sexualidade sofreu alterações. Mas o meu namorado</p>	<p>Sem mudanças na atividade profissional</p>

<p><i>sempre foi muito compreensivo e arrisco-me a dizer que ele é mesmo o meu maior apoio. Nos dias em que estou mais em baixo é ele que me dá ânimo e me incentiva a ser mais ativa e a ver a vida por um lado positivo. (...)</i>” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Vida conjugal – marido como maior apoio</p>
<p><i>“Às vezes, tenho fases em que estou muito sensível, qualquer coisa que me digam tem um impacto comigo terrível, e eu não consigo lidar (...) se há algum gatilho que dispara e que eu sou confrontada com alguma injustiça, ou com alguma palavra mais rude, ou até mesmo com algum cliente que não é tão agradável, eu tenho de respirar fundo para conseguir lidar com isso, e eu atribuo isso a esta fase nova. (...)</i>” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p> <p><i>“Não mudou absolutamente nada. Nós já não somos novos e, portanto, a nossa vida já não era propriamente tipo coelhinho... (risos). Não fazemos marcação na agenda, mas já não é aquela coisa de jovens (...) chegamos a uma altura que enquanto casal é muito mais importante a partilha da amizade, da confiança, da lealdade, do que propriamente a parte sexual. (...) Podia ter mudado, podia ter ficado mais seca, alguma coisa, nada, isso não aconteceu, pelo menos até agora. (...)</i>” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Atividade profissional – mais sensível</p> <p>Vida conjugal – menos atividade sexual, valorização da partilha, confiança e lealdade.</p>
<p>Ligação à teoria: A saúde e o bem-estar das mulheres de meia-idade no trabalho são de extrema importância, sendo que os sintomas advindos da menopausa podem ter impacto direto nos locais de trabalho. As mulheres que trabalham em ambientes quentes ou mal ventilados estão mais propícias a que os seus sintomas de menopausa sejam mais problemáticos. Existe assim a necessidade de haver algum tipo de cuidado no que diz respeito ao controlo da temperatura dentro dos locais de trabalho, assim como a disponibilização de informação, educação e formação para gestores e colegas, no que diz respeito à menopausa, de forma a promover um ambiente sem julgamentos e sem estigmas em torno desta fase, estimulando o apoio necessário às mulheres que enfrentam a menopausa (Hickey et al., 2017). A maneira como um casal se relaciona, exerce influência no modo como a mulher pode lidar com a menopausa, isto é, se for estabelecida pouca ou nenhuma intimidade na relação conjugal, pode originar uma certa dificuldade em aceitar esta etapa (Valença et al., 2010). A sexualidade é um aspeto importante da vida da maioria das mulheres, acabando por afetar a sua relação conjugal e a sua qualidade de vida (Bahri et al., 2016). Segundo Zhang et al. (2020), as perceções dos homens sobre a menopausa das suas esposas podem afetar as suas atitudes em relação a ela e, por conseguinte, afetar os seus comportamentos de apoio. Salienta-se assim, “que elas priorizam a valorização da qualidade do relacionamento e da manifestação da emoção no contexto romântico” (Valença et al., 2010: 280-281). Posto isto, nesta fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, através de um melhor conhecimento do próprio corpo (Ministério da Saúde, 2008).</p>	
<p>o Menopausa e sexualidade</p>	
<p><i>“(...) é importante para toda a gente dependendo da idade em que estamos, aos 20 tem uma importância aos 30 tem outra, aos 40 tem outra, nesta fase tem outra, e todas nós mulheres temos de ter a noção de que a vida sexual nunca vai ser a mesma nas idades que enfrentamos (...) não digo que não seja importante, é uma importância diferente (...)</i>” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p> <p><i>“Tenho menos desejo, isso é bastante perceptível (...)</i>” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</p>	<p>Sexualidade – importância consoante a idade</p> <p>Mudanças – perda da libido</p>
<p><i>“Nem era nem deixava de ser, muitas vezes era porque tinha de ser, por obrigação (...) às vezes havia vontade de, mas também havia alturas que não havia vontade. Não vou dizer que não gostava, porque sim, quando tinha desejo gostava, mas também não era daquelas pessoas que tem de ser todos os dias e a todas as horas (...) quando era, era, e gostava pronto. (...)</i>” (Catarina, 52, casada, 12º ano,</p>	<p>Sexualidade – pouca importância</p>

assistente operacional) “As mudanças que senti, foi que tinha mais dores, porque neste caso tinha a vagina muito mais seca, com falta de lubrificação. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)	Mudanças – dores na prática sexual, secreta vaginal
“Sim, tem a sua importância (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira) “Há uma libertação por não haver o medo de engravidar, mas por outro lado, há uma diminuição tao grande de estrogénios, que eu por exemplo fiquei com secreta vaginal (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Sexualidade – importante Mudanças – Secura vaginal
“Foi, na altura quando éramos mais novos, é evidente que a pessoa tem mais vontade, é diferente, quando se chega a uma certa idade a gente já não tem vontade nenhuma. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa) “Eu quando entrei na menopausa perdi o desejo, mas antes disso tinha. (...)” (Susana, 58, viúva, 12º ano, administrativa)	Sexualidade – pouca importância Mudanças – perda da libido
“Sim, tanto que quem disser que não mente (...) há pessoas que é aquilo que eu digo, têm tabu e não querem falar. (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira) “Sente-se, o prazer é totalmente diferente (...)” (Rosa, 52, casada, 12º ano, cozinheira)	Sexualidade – importante Mudanças – alteração no prazer sexual
“Não, é uma coisa normal. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja) “(...) se calhar a nível de apetite sexual diminui um bocadinho é verdade, mas não é nada que não se ultrapasse e falando-se, e se às vezes não estamos com vontade isso é uma questão de se dialogar e de se falar e tentar compreendermo-nos um ao outro, não é? Agora é verdade que diminui um bocadinho, mas também não é impeditivo de ter uma vida sexual normal. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)	Sexualidade – pouca importância Mudanças – perda da libido
“Sim, é importante, e quando vivemos em comum claro que tem de ser, não podemos pensar só em nós, também temos o marido, não é? (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia) “Talvez só a questão de estar menos ativa (...) não tenho tanta vontade. (...)” (Manuela, 54, casada, 12º ano, técnica de farmácia)	Sexualidade – importante Mudanças – Perda da libido
“Sim, em tudo, eu acho que a sexualidade faz parte da vida do casal. (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada) “Não, ajudou, eu acho que no meu caso ajudou. (...) acho que fiquei com mais prazer do que o que tinha (...) se antes era o meu marido que me dizia, ou que me começava a tocar, eu por vezes agora sou eu a própria, parece que comecei a tomar mais a iniciativa (...)” (Celeste, 57, casada, 9º ano, desempregada)	Sexualidade – importante Mudanças – melhoramento da vida sexual
“Não. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)	Sexualidade – sem importância

<p>“Pois, eu acredito que sim (...) antigamente era de uma maneira, e agora parece que se perde o desejo, não sei explicar. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9º ano, auxiliar de fabrico)</p>	<p>Mudanças – perda da libido</p>
<p>“Ai Jesus, se eu nunca tivesse, não me fazia falta, é horrível, e eu agora acho que desde que entrei na menopausa então ainda pior. E depois é assim, eu como tomo medicação para a depressão, a medicação para a depressão tira a vontade disso tudo. (...) Eu estive internada com uma depressão e a médica disse-me “você enquanto tomar esta medicação vai perder todo o valor disso”, e ela disse-me “você quer medicação para isso?” e eu disse que não, porque isso é uma coisa que a mim não me faz falta. (...)” (Simone, 56, casada, 6º ano, empregada de balcão)</p>	<p>Sexualidade – sem importância</p> <p>Mudanças – perda da libido</p>
<p>“Não, não é importante. Tenho o meu companheiro (...) mas essa parte já não é importante. Depois de tudo o que passei valorizo muito mais o carinho, a companhia e a amizade. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p> <p>“Não, não sinto diferenças nesse âmbito. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Sexualidade – sem importância</p> <p>Sem mudanças</p>
<p>“Sim é, porque ainda somos jovens, não é? Mas com o aparecer da menopausa as coisas alteraram-se. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p> <p>“Sim, houve mudanças, apesar de ser jovem, aconteceu-me o mesmo que acontece às outras mulheres (...) a perda do desejo sexual e também a falta de lubrificação, mas com uma agravante, na minha cabeça, quando vou para o momento com o meu namorado já vou desmotivada, porque gostava que aquela relação sexual pudesse dar frutos e não vai dar, entende? (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Sexualidade – importante</p> <p>Mudanças – Perda da libido, secura vaginal, desmotivação na relação sexual</p>
<p>“É, mas com conta peso e medida (...) nós quando somos mais novos é muito mais importante (...) achava mesmo que era uma coisa essencial, eu não podia viver se não tivesse uma pessoa muito parecida comigo nesse nível. Agora não, como já pusemos isso um bocadinho de lado às vezes lembramo-nos e pronto... (risos).” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p> <p>“Ainda não senti mudanças por acaso (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Sexualidade – importante</p> <p>Sem mudanças</p>
<p>“Com toda a certeza. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p> <p>“Nesse âmbito ainda não, acredito que vá ter, não sou diferente das outras e que vai acontecer-me também (...) vou ter que saber lidar com essa realidade (...) também já há muita coisa que se faz para se viver bem em relação a isso, mesmo sem tomar nada. (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Sexualidade – importante</p> <p>Sem mudanças</p>
<p>Ligação à teoria: A sexualidade abrange dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais. Surge assim a perspectiva de que a sexualidade é apenas destinada a pessoas mais jovens, perspectiva esta que pode ser construída através da influência de regras sociais, padrões de julgamento e tabus. A função sexual assume-se muitas vezes como um tabu, e em algumas sociedades as discussões sobre questões sexuais são mesmo ignoradas pelas mulheres (Bahri et al., 2016). Contudo, é importante ter em conta que embora as transformações trazidas pela menopausa sejam violentas para a mulher, esta continua a sentir prazer e o seu corpo permanece erótico, não devendo deixar de expressar o seu amor e a sua sexualidade. Durante o processo da menopausa, e perante todos os impactos e consequências, a mulher encontra-se submersa perante uma forte crença associada a esta etapa, que consiste na perda indubitável do seu desejo sexual, mito este que pode dever-se ao facto de a mulher ser olhada como objeto de procriação. A ideia de que as</p>	

mulheres na menopausa sofrem uma redução da libido, surge associada à quebra na produção de estrogénio, o que acaba por dificultar a lubrificação vaginal. Deste modo, todas estas alterações físicas provocam a sua influência negativa, diminuindo a satisfação sexual (Valença et al., 2010). Também as mulheres mais jovens sofrem alterações na sua sexualidade, no entanto há diferenças marcantes neste processo, uma vez que a cessação da menstruação em mulheres jovens difere de forma substancial das mulheres em meia-idade, cujo facto já seria esperado (Lima & Tedesco, 2008). Esta perspectiva vai assim de encontro ao facto de que nesta fase da vida, as relações sexuais podem perder o seu significado primário para algumas mulheres (Grazziotin, 2010), deixando de estar presente a dimensão reprodutora (Paiva & Frasson, 2014). Contudo, a sexualidade na menopausa, apresenta-se como tendo um lado positivo, pois a partir do momento em que o receio de engravidar não faz mais parte desta nova etapa, a vida sexual pode ser mantida de forma mais tranquila e livre. O que nos leva a crer que não se pode generalizar a questão da sexualidade no período da menopausa, pois para muitos casais, a atividade sexual aumenta em função da vida mais prazerosa e do decréscimo das responsabilidades (Paiva & Frasson, 2014).

• Construções em torno da menopausa

○ Experiência pessoal da menopausa

<p><i>“Foi positivo. Não tive sintomas, não tive alterações hormonais no sentido de dores, claro que alterações hormonais houve sem dúvida, porque fiquei sem menstruação. (...) Eu deixei de ter período num dia e até hoje nunca mais tive (...) eu sei de casos que vai e vem, eu não (...) por isso foi tudo muito positivo. (...)” (Adelaide, 56, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Autoavaliação positiva – sem sintomas, sem alterações hormonais</p>
<p><i>“Vivi a minha experiência de uma forma normal, como se nem estivesse a entrar noutra fase da vida (...) não houve grandes sintomas, e tirando a parte da sexualidade, foi normal, tudo normal. (...)” (Catarina, 52, casada, 12º ano, assistente operacional)</i></p>	<p>Autoavaliação positiva - poucos sintomas</p>
<p><i>“Foi um bocadinho traumatizante lá por causa dos calores e por algumas dores que também tive e que tenho, mas já tinha já vinham de trás de dores ósseas (...) acho que acentuou um bocadinho essas maleitas que já vimos trazendo, mas encarando isso com positividade e como uma fase normal, que faz parte do nosso percurso de vida, acho que se consegue ultrapassar tudo, e tem de ser, temos de aceitar, não há volta a dar. (...)” (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)</i></p>	<p>Autoavaliação negativa – muitos sintomas</p>
<p><i>“Está um bocadinho complicado agora, porque eu tenho muitos afrontamentos e dá-me a sensação, que há períodos no ciclo, que era quando eu estaria para ter o período, que fico pior, com muitos calores, e isso é que me causa muito transtorno e depois não consigo descansar fico meio estonteada (...) não é agradável. (...)” (Alice, 52, casada, licenciada, professora)</i></p>	<p>Autoavaliação negativa – muitos sintomas</p>
<p><i>“Eu nem me lembro que estou na menopausa, e se quer que lhe diga é fantástico não ter período... (risos) (...)” (Maria, 55, casada, licenciada, professora)</i></p>	<p>Autoavaliação positiva – sem sintomas, alívio pela falta de menstruação</p>
<p><i>“Está a ser tudo normal, tirando aquela parte [deteção de um tumor maligno no peito] que eu acho que tem a ver um bocado com isto, do nosso organismo estar a mudar e de o sistema hormonal estar a mudar e pode trazer essas consequências para as mulheres, até porque é nestas alturas que muitas descobrem, não é? (...) que a maior parte das mulheres têm estes problemas. (...)” (Isabel, 53, casada, 12º ano, gestora de loja)</i></p>	<p>Autoavaliação positiva – deteção de um tumor maligno no peito – associação às transformações provenientes da menopausa</p>
<p><i>“Epá podia ser um bocadinho melhor se não fossem estes calores... (risos) O que me está mesmo a deixar pior são os afrontamentos, mas como não quero tomar nada (...) quer dizer, isto se não chegar a pontos de andar toda molhada e ter mesmo que tomar as isoflavonas de</i></p>	<p>Autoavaliação negativa – muitos sintomas</p>

<i>soja que agora a pilula da compensação não a vou tomar de certeza... (risos) (...)</i> (Manuela, 54, casada, 12 ^o ano, técnica de farmácia)	
<i>“Um bocado negativa, pela maneira que as coisas me caíram em cima, porque eu não estava à espera deste mau estar, destes calores horríveis (...) pensei que fosse diferente. (...)”</i> (Simone, 56, casada, 6 ^o ano, empregada de balcão)	Autoavaliação negativa – mau estar, muitos sintomas
<i>“Se calhar negativa (...) são os calores, e depois ando sempre toda transpirada, tenho de tomar banho constantemente, tenho que mudar de roupa constantemente, é só isso (...) é uma chatice... (risos) (...)”</i> (Alexandra, 63, divorciada, 6 ^o ano, auxiliar de lar)	Autoavaliação negativa – sintomas
<i>“Até aos dias de hoje nunca nada aconteceu na minha vida que tivesse um impacto tao negativo (...) foi um balde de água fria. Nunca pensei nesta idade, estar a dar uma entrevista sobre menopausa. (...)”</i> (Tânia, 39, união de facto, 9 ^o ano, empregada de mesa)	Autoavaliação negativa – sentimento de revolta
Ligação à teoria: As mulheres também relatam experiências positivas da menopausa, pois para algumas, esta fase traduz-se numa maior liberdade, autoconsciência, crescimento, reflexão e reavaliação do papel (Sali set al., 2017).	
o A menopausa como tabu	
<i>“Sim, muitas mulheres olham, porque nem toda a gente tem a oportunidade de poder ser acompanhada e infelizmente ainda há jovens no nosso país que os pais têm dificuldades em falar de determinadas situações, determinados assuntos, e esse é um deles. Seja a menopausa, seja a sexualidade, inclusivamente a menstruação (...) não digo que seja uma grande percentagem, mas ainda temos muitos casos em que não há abertura para se falar nessas coisas (...) é tabu. (...) Sempre falei de todos os assuntos abertamente com os meus filhos e acho que é assim que deve ser (...) eles têm de crescer a terem conhecimento de tudo abertamente. (...)”</i> (Adelaide, 56, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	Perceção da existência de tabu – dificuldade de falar; barreiras entre pais e filhos na abordagem de alguns temas mais íntimos
<i>“Muita gente sim, não falam e querem esconder. (...) Apesar de a menopausa ser uma situação normal, eu acho que ainda há pessoas que escondem. (...)”</i> (Catarina, 52, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	Perceção da existência de tabu – vergonha
<i>“Acho que não, acho que as pessoas acham que é uma coisa normal (...) e é. (...)”</i> (Carla, 58, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	Não existe tabu – fase natural da vida da mulher
<i>“Algumas pessoas sim, outras não (...) e também depende do meio. Se for um meio mais fechado, um meio de pessoas menos interessadas em saber sobre, veem as coisas de uma maneira, se for um meio onde a mente é mais aberta, mais livre, mais informada, veem as coisas de outra (...) mas isso é em tudo, não e só na menopausa. (...)”</i> (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	O tabu dependente da condição geográfica
<i>“A grande maioria sim, mas como eu sou muito aberta, mesmo com os meus filhos, não temos tabus uns com os outros e falamos de tudo, na minha casa não (...) mas sei que muita gente sim, que até se resguardam (...) lá está, a tal questão cultural da menopausa, estou no declínio, não quero falar (...) para mim não. (...)”</i> (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Perceção da existência de tabu – dificuldade de falar; barreiras entre pais e filhos na abordagem de alguns temas mais íntimos
<i>“Ai eu acho que sim, em alguns sítios só (...) assim pessoas da minha idade já não, mas pessoas assim com mais idade acho que sim que ainda têm algum receio de falar. (...) Depende muito de cultura para cultura, da posição geográfica (...) as pessoas das aldeias, algumas, não todas, ainda pensam na menopausa como um tabu (...) agora a maioria acho que não. (...)”</i> (Maria, 55, casada, licenciada, professora)	O tabu depende da condição geográfica, da cultura e da idade
<i>“Não sei (...) eu não olho como sendo um assunto tabu (...) as outras pessoas não sei, mas eu para mim, não (...) é normal. (...)”</i> (Susana,	Não existe tabu

58, viúva, 12 ^o ano, administrativa) “Não, acho que não. (...)” (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Não existe tabu
“Acho, mas eu acho que isso a sociedade olha dessa maneira porque são pessoas que talvez não estejam bem resolvidas (...) têm vergonha de dizerem “eu estou na menopausa” (...) eu não tenho vergonha nenhuma. (...) Eu acho que quem me respeita tem de me respeitar das duas maneiras, seja mulher fértil, seja mulher da menopausa (...) é a mesma coisa. (...)” (Rosa, 52, casada, 12 ^o ano, cozinheira)	Percepção da existência de tabu – vergonha
“Ah sim (...) se calhar a minha geração já não é tanto isso, mas se calhar a geração dos 60 anos eu acho que ainda era e é muito tabu (...) falar nisso eu acho que ainda é assim um bocado “ah está na menopausa já é velha” (...) eu não pensei isso, aceitei, normal. (...) Podia ser mais tarde? Se calhar podia, mas se tem de ser agora, que seja (...)” (Isabel, 53, casada, 12 ^o ano, gestora de loja)	Percepção da existência de tabu - faixas etárias mais antigas, associação ao envelhecimento
“Eu acho que agora as mulheres já estão todas preparadas para lidar com isso normalmente, como uma coisa super banal. (...)” (Manuela, 54, casada, 12 ^o ano, técnica de farmácia)	Não existe tabu – fase natural da vida da mulher
“Ah eu acho que sim, ainda há muita gente que diz “já não tem menstruação já não é mulher” (...) um homem hoje se vir uma mulher diz logo “ah isso já é barronda, já não dá nada”, há muito essas expressões “já está seca” (...) acham que uma mulher só é mulher quando é fértil. (...)” (Celeste, 57, casada, 9 ^o ano, desempregada)	Percepção da existência de tabu – preconceito de que a mulher só é mulher enquanto é menstruada
“Talvez. As pessoas mais antigas sempre devem ter ali uma parte que não gostam muito de falar, mas a malta mais nova já fala com normalidade disso tudo, e acho que é o melhor que se pode fazer, ter uma mente aberta para tudo. (...)” (Lisete, 52, casada, 12 ^o ano, assistente técnica)	Percepção da existência de tabu – faixas etárias mais antigas
“Ah sim, eu acho que sim, aliás, eu só aceitei dar a entrevista porque tenho alguma confiança contigo, e falo com as minhas colegas porque também tenho confiança com elas para isso, porque senão eu não converso essas coisas com mais ninguém. Pode ser estupidez nossa, não é? Porque se temos abertura para falar nisto e naquilo, também devíamos ter para isso, não é? Mas eu própria quando vou à ginecologista também não faço grandes perguntas e até devia de fazer, mas não o faço (...) eu podia já ter abordado algumas perguntas que já me fizeste e eu nunca as fiz. (...) Eu não ia ao ginecologista nem nada disso, nem ao médico de família ia (...) acho que ainda temos esse preconceito de ir e de mostrar e essas coisas. (...)” (Fernanda, 50, casada, 9 ^o ano, auxiliar de fabrico)	Percepção da existência de tabu – vergonha em falar; algum receio em colocar dúvidas ao ginecologista, assim como preconceito em expor o corpo
“Eu acho que não. Isto agora já é tudo para a frente, isso era antes. (...) Antes é que ninguém dizia nada, ninguém sabia nada, as nossas mães nunca falaram connosco, eu também nunca falei com a minha filha sobre nada disso, porque eu acho que também nunca fui preparada para isso. A minha mãe nunca falou comigo sobre nada, no dia em que me veio o período fiquei muito assustada, pensei que fosse uma ferida que tinha dentro de mim que tivesse rebentado (...) cheguei ao pé da minha mãe e disse “eu estou muito doente” e a minha mãe disse “então o que é que sentes?” e eu disse “olhe eu tenho uma ferida dentro de mim e rebentou”... (risos), e a minha mãe ficou a olhar para mim “então mas rebentou-te a onde?” e eu disse assim “ai tenho tanto sangue a correr”, e a minha mãe, naquela altura não havia pensos higiénicos, eram uns panos que faziam e eram os panos que tínhamos de pôr, tipo umas toalhinhas de bidé. (...) Eu quando vi que a minha filha tinha o período já lhe comprei os pensos já lhe os pus lá, já foi diferente, não tinha nada a ver. (...)” (Simone, 56, casada, 6 ^o ano, empregada de balcão)	Percepção de que atualmente não existe tabu – barreiras para falar abertamente entre a mãe e a própria entrevistada e depois com a sua filha.
“Ah eu penso que não, isto agora fala-se de tudo e mais alguma coisa, as pessoas já têm um à vontade que antes não havia. (...) A minha mãe não me preparou, nunca falou comigo sobre nada, nunca, nada de nada, eu soube, quando fiquei assim mais crescida, sei lá, com 11	Percepção de que não existe tabu – barreiras para falar

<p>ou 12 anos (...) mas tinha uma amiga que tinha uma irmã mais velha e então ela sabia de tudo a esse respeito, e ela depois dizia-me, falava comigo e foi assim que eu comecei a aprender, porque da parte da minha mãe nunca nada. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>abertamente entre a mãe e a própria entrevistada</p>
<p>“É assim, acho que para as mulheres em idade normal de menopausa não será tabu, mas na minha situação é. (...) Só aceitei dar esta entrevista porque me garantiu que os dados são anónimos. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Perceção da existência de tabu – vergonha, sentimento de inferioridade</p>
<p>“Completamente, aliás a nossa sociedade tudo o que tenha a ver com a parte sexual é um tabu, o nosso país é muito pequenino. (...) É porque a pessoa não é lésbica, é porque a pessoa tem um marido, ou é porque a pessoa decidiu ter um amante, epá tudo é um bicho de sete cabeças, até mesmo a nível de saúde, tirando o nosso médico que tem obrigação de falar connosco abertamente, até os enfermeiros eu noto isso, ou seja, parece que há ali uma barreira, são pessoas esclarecidas, são pessoas que não podem fazer restrições não podem apontar dedos não podem fazer nada, e fazem-no. A nível de farmácia, eu fico chocadíssima como é que nós vamos a uma farmácia e pedimos uma caixa de preservativos e ficam a olhar para nós, como é que é possível? (...) Acho que nós estamos completamente cheios de tabus e relativamente à menopausa é a mesma coisa. A sociedade acha que uma mulher por estar na menopausa não presta para nada, é um nojo e já não vale nada e “ai não vamos falar nisto; não falemos disto; ah não podemos falar de outra coisa?; ah eu não gosto de falar nesse tema”, a sério? (...) Mas pronto. (...)” (Cláudia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Perceção da existência de tabu – crítica aos profissionais de saúde, desvalorização da mulher na menopausa</p>
<p>“Se calhar sim, se calhar acham que a menopausa significa velhice e se calhar não é tanto assim, porque eu foi bastante cedo, mas há muita gente a ter mais cedo (...) acho que não tem nada a ver. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</p>	<p>Perceção da existência de tabu - associação ao envelhecimento</p>
<p>“Eu penso que não há grandes razões para isso, porque a maioria das pessoas já está demasiado informada, é muito mau se assim for, não é? (...)” (Aida, 56, casada, bacharelato, técnica de farmácia)</p>	<p>Não existe tabu – diversa informação</p>
<p>Ligação à teoria: Na sociedade contemporânea, os tabus são ainda guardiões da ordem social. Podemos considerar que determinado assunto é tabu, se for descrito através de eufemismos ou se for remetido ao silêncio. Tanto a menstruação como a menopausa são alvo de tabus, mas também lhe são associados termos como “aquela altura do mês” no caso da menstruação, ou “mudança de vida” como é o caso da menopausa (Krajewski, 2018). O envelhecimento como significado da menopausa pode estimular a ideia de tabu, esta noção, não só contribui para que tal associação seja mantida, como parte do pressuposto que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam de forma igual para todas as mulheres, independentemente da sua condição física, psíquica, social, económica e cultural (Trench & Santos, 2005). Quando não podemos saber muito à cerca de um determinado tema, quando temos vergonha em falar sobre algo, ou quando queremos esconder um certo assunto, estamos então perante certos sinais que evidenciam certamente que algo é tabu nas sociedades contemporâneas (Krajewski, 2018).</p>	
<p>○ A influência da sociedade</p>	
<p>“Claro que a forma como se fala da menopausa é sem dúvida assustador (...) neste momento acho que estamos numa fase de viragem. (...) É um bocadinho assustador porque quando chegamos lá, começamos a pensar, “ai e se eu tenho aquele tipo de problema?” (...) falam tanto que a menopausa é assim, traz isto traz aquilo (...) há uma ideia generalizada da menopausa um bocado negativa (...) e depois é assim, a comunicação social, as publicidades, tudo, altera às vezes a realidade, “ai toma isto toma aquilo, toma o outro” (...) deviam dizer, “se necessário”, porque antes de se tomar podemos recorrer a outro tipo de ajuda, e a pessoa começa a ficar formatada, naquelas ideias, “ai vou chegar lá e vou tomar porque dizem que é bom”. (...) Não podemos estar formatadas à ideia de que a menopausa é o bicho papão,</p>	<p>Influência da sociedade – ideia da menopausa como uma fase assustadora, influência dos media</p>

<i>não é? (...)</i> (Adelaide, 56, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	
<i>"(...) eu ouvia dizer tão mal, que era isto, que era aquilo (...) tive receio (...) mas como depois não me aconteceu nada, tirando só a parte óssea (...) de resto, foi tudo normal. (...)"</i> (Catarina, 52, casada, 12 ^o ano, assistente operacional)	Influência da sociedade - ideia da menopausa como uma fase assustadora
<i>"Eu acho que não. Já não me deixo influenciar. Tenho a minha cabeça feita, por isso acho que não. (...) Cada uma tem a sua experiência (...) nunca tive como exemplo a experiência das outras senhoras, assim como a minha experiência também não tem de servir de exemplo para ninguém. (...)"</i> (Sílvia, 55, divorciada, licenciada, enfermeira)	Sem influência da sociedade – percepção de que cada experiência é uma experiência
<i>"A sociedade a mim não me causou transtorno nenhum, porque eu não me regulo pela sociedade, eu regulo-me por aquilo que eu acho que devo regular (...) na casa dos meus pais (...) sempre me explicaram tudo da vida, e não pensar pela cabeça dos outros nem me reger pelo que as outras pessoas acham "ah isto é um tabu, já estás velhinha", isso não me afeta nada, sinceramente. (...)"</i> (Alice, 52, casada, licenciada, professora)	Sem influência da sociedade
<i>"Não influenciou, porque não fiz disso um bicho de sete cabeças, sempre pensei "quando chegar chega, o que acontecer acontecerá", depois vê-se se há problemas, se houver tentam resolver-se (...) sempre encarei dessa maneira, de forma positiva, nunca tive medo. (...)"</i> (Maria, 55, casada, licenciada, professora)	Sem influência da sociedade – não encarou a menopausa como uma fase negativa
<i>"Se calhar influenciou (...) tive algum receio, porque há pessoas que a encaram bem, há outras que não encaram, porque há muita gente que entra em menopausa muito cedo, não é? (...) onde podiam ser ainda mães e isso tudo (...) mas para mim não foi um trauma (...) é tudo normal na vida. (...)"</i> (Susana, 58, viúva, 12 ^o ano, administrativa)	Influência da sociedade – receio pela experiência das outras mulheres
<i>"Não, porque cada pessoa tem a sua experiência, não é? (...) Tive sempre os meus cuidados e não me deixei levar pela experiência das outras mulheres (...) por isso não. (...)"</i> (Amélia, 54, solteira, licenciada, diretora técnica)	Sem influência da sociedade - percepção de que cada experiência é uma experiência
<i>"Não, eu penso por mim (...) acho que não tem a ver com as outras pessoas, se aceitam ou não aceitam (...) se me disserem que estou na menopausa e que sou velha eu não aceito, porque eu acho que não sou (...) não vão influenciar em nada. (...)"</i> (Isabel, 53, casada, 12 ^o ano, gestora de loja)	Sem influência da sociedade
<i>"Não, de maneira nenhuma (...) estou a vivê-la por mim (...) com os conhecimentos que já tive de várias pessoas (...) acho que é tudo normal (...) se as outras passaram eu também tenho de passar (...) faz parte da vida. (...)"</i> (Manuela, 54, casada, 12 ^o ano, técnica de farmácia)	Sem influência da sociedade – experiência independente da sua menopausa
<i>"Não, porque ninguém sabe que eu que não tenho menstruação, se eu não disser. (...) Toda a gente me vê aí emperiquitada e não sei quê e dizem assim "ah é uma mulheraça", mas ninguém diz que eu já não tenho menstruação, aliás ninguém diz que eu tenho 57 anos. (...)"</i> (Celeste, 57, casada, 9 ^o ano, desempregada)	Sem influência da sociedade – intenção de não demonstrar que está na menopausa
<i>"(...) a mim não, cada uma tem a sua experiência (...) não sou de ligar ao que os outros dizem. (...)"</i> (Fernanda, 50, casada, 9 ^o ano, auxiliar de fabrico)	Sem influência da sociedade - percepção de que cada experiência é uma experiência

<p>“Sim, talvez, porque eu às vezes ouvia as outras mulheres a queixarem-se e tive muita vez receio que me acontecesse o mesmo. (...)” (Alexandra, 63, divorciada, 6º ano, auxiliar de lar)</p>	<p>Influência da sociedade - receio pela experiência das outras mulheres</p>
<p>“Não, não influenciou em nada, até porque a sociedade não sonha que eu estou na menopausa (...) olham para mim e vêem uma mulher jovem em idade fértil. (...)” (Tânia, 39, união de facto, 9º ano, empregada de mesa)</p>	<p>Sem influência da sociedade – a sociedade não associa a menopausa a uma mulher jovem</p>
<p>“Não, eu sou muito eu (...) nunca fui de tendências, nunca fui de modas, e muito menos fui de seguir aquilo que as outras pessoas dizem. Eu gostava que a menopausa fosse falada abertamente, ou seja, que as mulheres que se sentem inferiorizadas por elas próprias, porque as vezes não é a sociedade que faz isso, as vezes somos nós próprias que pomos essa inferioridade em nós (...) falassem abertamente sobre o tema para nos desmistificarmos (...) isso ajudaria muito (...)” (Claúdia, 49, divorciada, 12º ano, rececionista)</p>	<p>Sem influência da sociedade – percepção de que o diálogo poderia minimizar a influência negativa da sociedade</p>
<p>“Não, a mim não (...) vivo de acordo com os meus princípios (...) como tive uma menopausa precoce nunca me pude orientar muito pelas outras mulheres e pela experiência delas. (...)” (Rute, 43, união de facto, 9º ano, operadora de caixa)</p>	<p>Sem influência da sociedade - percepção de que cada experiência é uma experiência</p>
<p>Ligação à teoria: Muitas vezes, as mulheres discutem este tema com a família, amigos e até médicos, procurando uma definição de menopausa. Assim, tanto as construções culturais e médicas, como a complexidade geral do contexto social, provoca certamente influência na sua experiência da menopausa (Winterich & Umberson, 2008). As mulheres em todas as sociedades são influenciadas pelo que está a acontecer à sua volta, pois recebem informações de amigos e familiares, bem como de profissionais de saúde (Krajewski, 2018), o que pode de certo modo influenciar as suas próprias expectativas e experiências sobre a menopausa (Winterich & Umberson, 2008). Referências a depoimentos de outras mulheres, refletem o impacto negativo sobre a mulher na menopausa (Winterich & Umberson, 2008). Também os media, são fonte de influência negativa, pois estes “criam explicitamente necessidades, esboçam um problema e vendem uma solução” (Krajewski, 2018; p.146).</p>	