

# Que défices face aos homens?

Na Saúde

# O déficit na doença

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

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

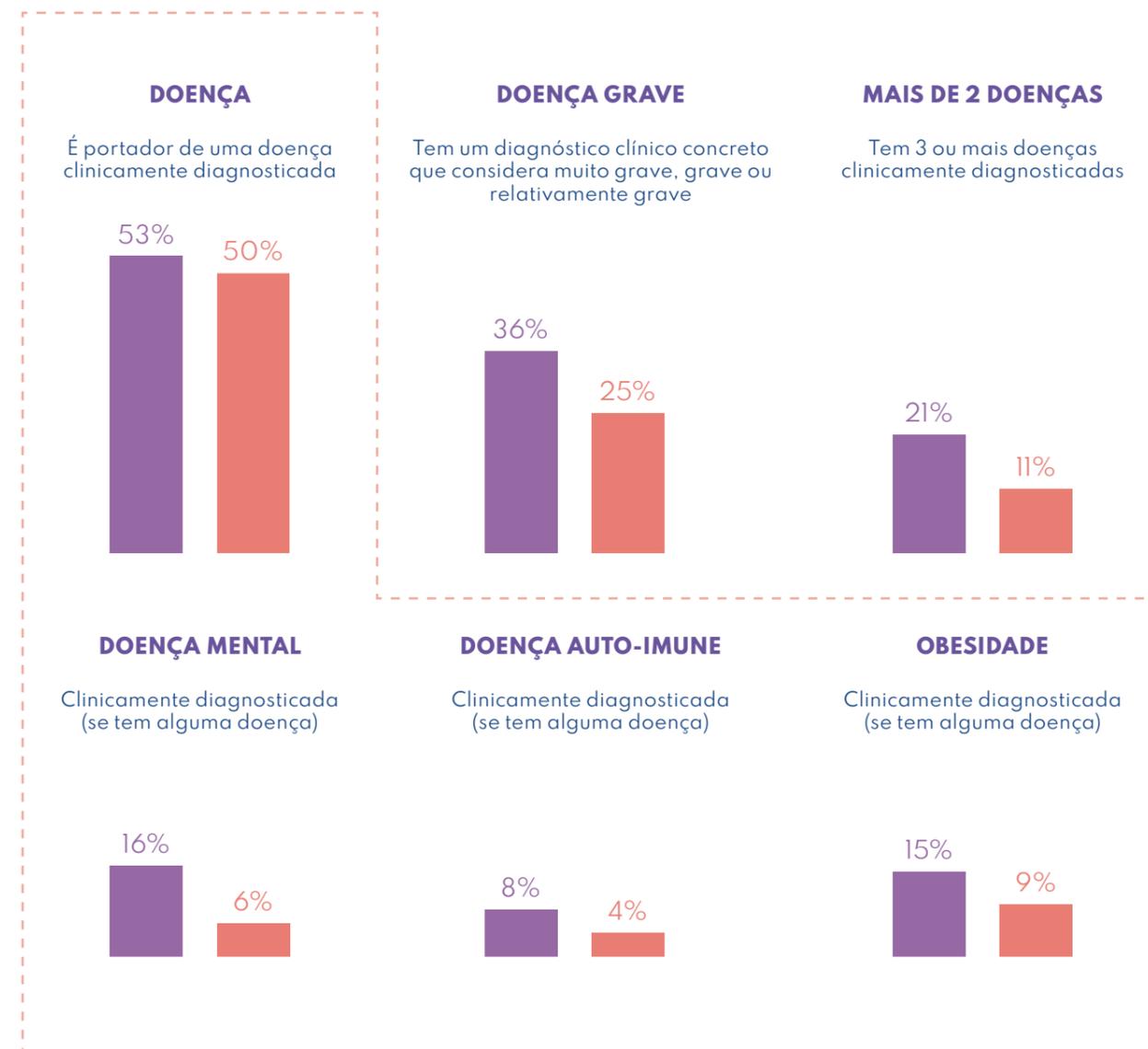
Embora faltem estudos, o que essa hipótese sugere é que, por poderem engravidar, as mulheres têm uma resposta imunitária mais robusta. Não significa que não adoçam, mas que as doenças não as matam com a mesma facilidade ou rapidez com que matam os homens. Isso poderia ser uma explicação (para além dos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

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

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

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

# Prevalência de doença



Q: Tem alguma doença clinicamente diagnosticada?

**Mulheres**  
40 a 74 anos  
N=478

**Homens**  
40 a 74 anos  
N=253

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

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

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

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

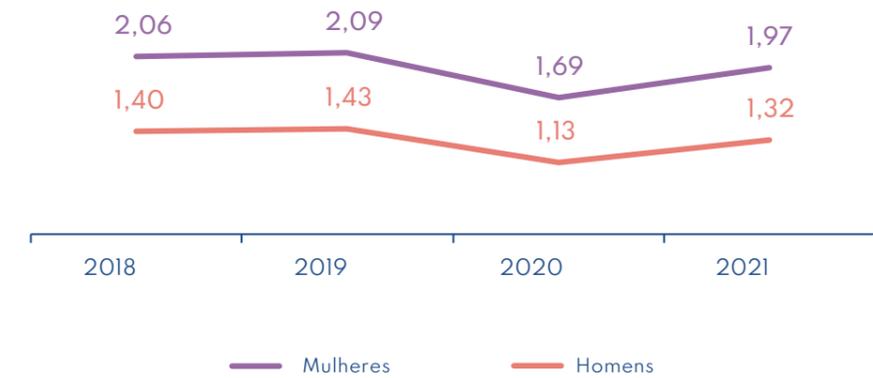
Independentemente das hipóteses que se avançam, cada vez mais se consensualiza que não é possível isolar os aspectos biológicos dos outros efeitos que influenciam a saúde. As condições de vida, a educação e o ambiente podem ter um impacto muito maior na saúde do que a biologia. Uma mulher a adiar a ida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

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

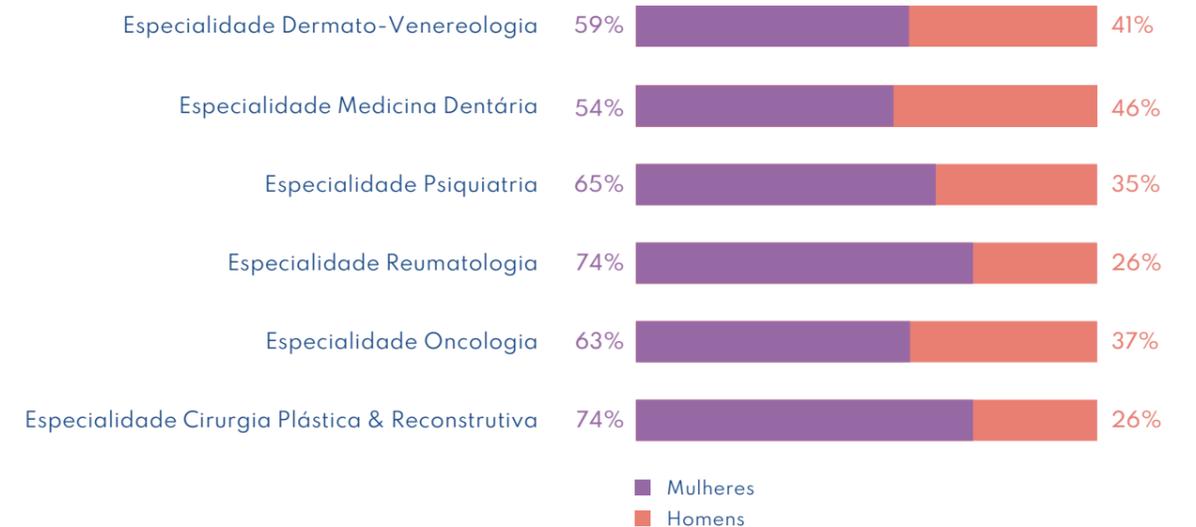
## As mulheres mais vigilantes da sua saúde

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

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



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



Fonte: dados internos Médis

# O défice na dor

Num estudo conduzido em Portugal<sup>1</sup>, estima-se que cerca de 37% da população adulta portuguesa tenha dor crónica. O estudo expõe uma distribuição desigual da prevalência da dor, indicando que perto de 46% das mulheres e 27% dos homens adultos terão queixas de dor compatíveis com a definição de dor da IASP [“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em tais termos”].

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

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

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

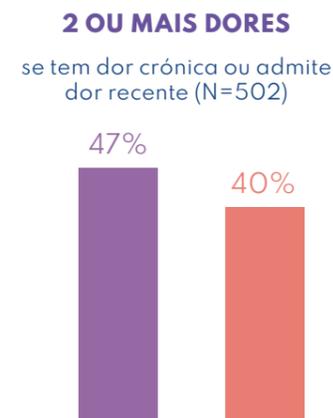
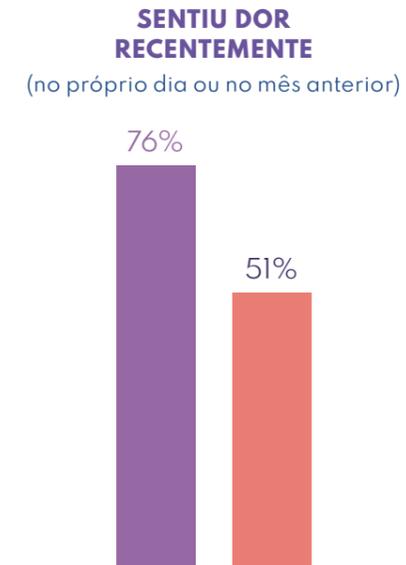
são ou estados de ansiedade (que o presente estudo confirma) acrescenta às explicações para as mulheres revelarem mais sintomas de dor.

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

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

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

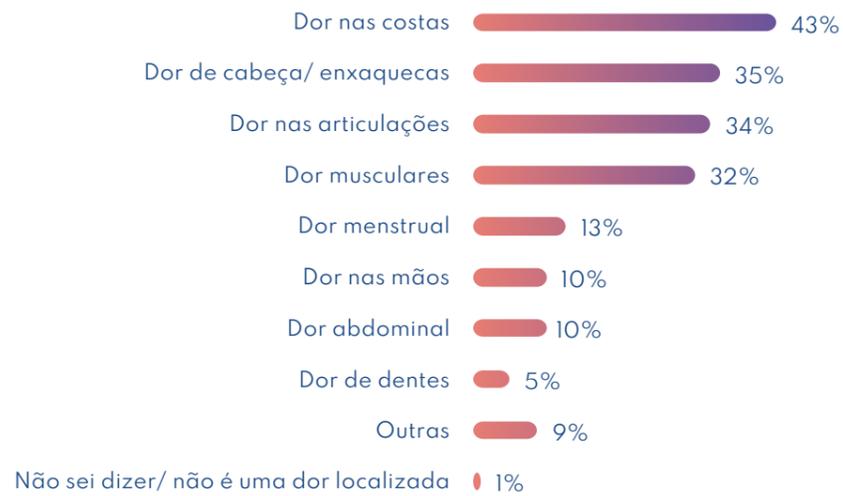
## Mulheres Vs. Homens 40 a 74 anos



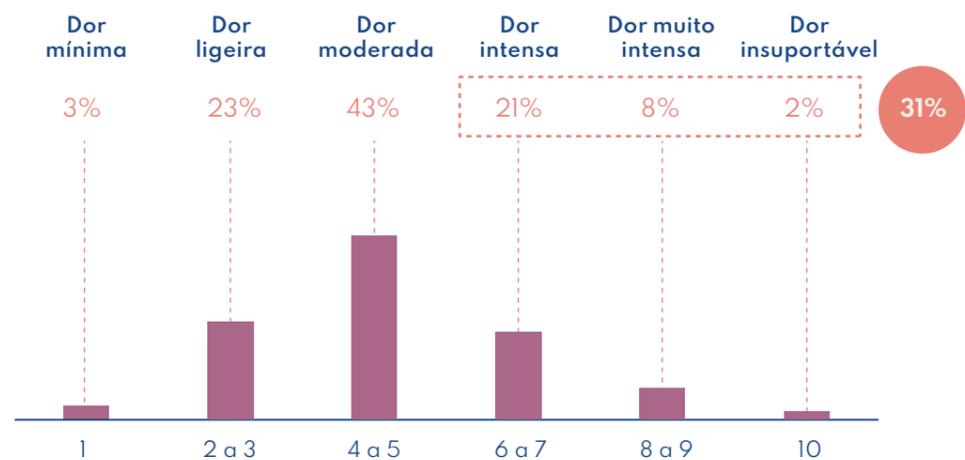
<sup>1</sup> Epidemiologia da Dor Crónica, de Luís Filipe Azevedo, referido por Dr<sup>a</sup> Ana Pedro, presidente da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) a quem foi feita uma entrevista no decurso da investigação para sustentar as ideias aqui explicitadas

**76%**  
Das mulheres sentiu dor recentemente  
(no último mês)  
N=707

**Que tipo de dor?**  
N=544

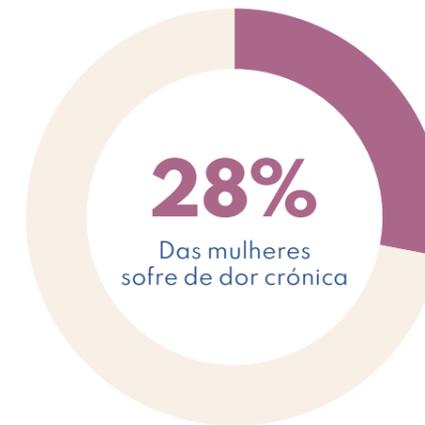


**Qual o grau de intensidade da dor que refere?**  
(N=544, escala de 1 a 10)



**Dor Crónica**

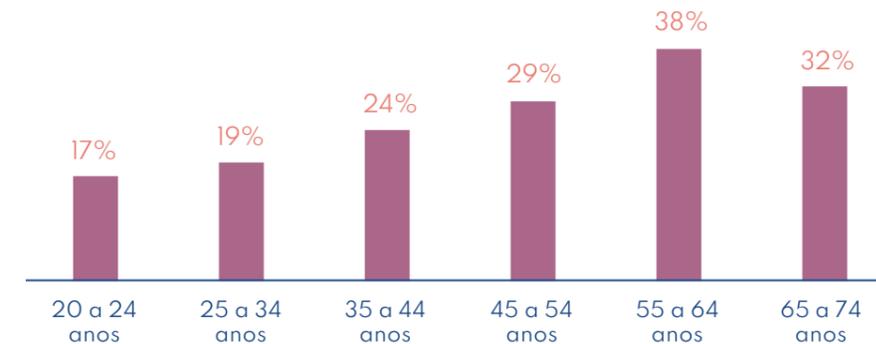
N=707



**30%**  
destas não tem nenhum  
diagnóstico de doença  
N=198

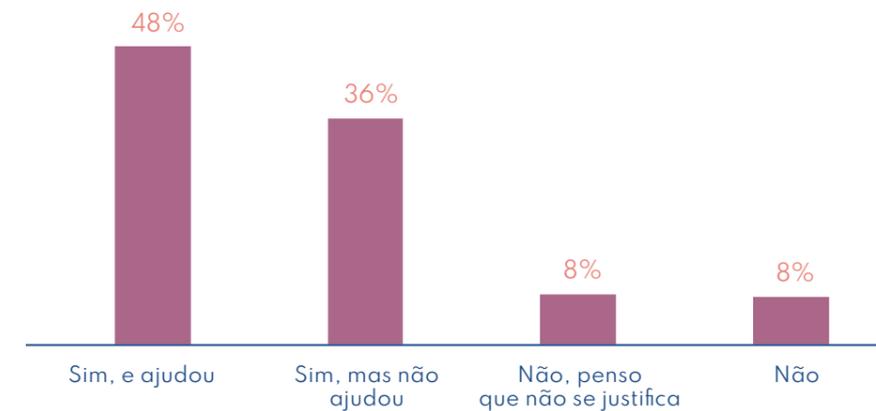
**53%**  
destas estão na menopausa  
N=198

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



**Procurou ajuda de profissionais para tratamento/ alívio da dor?**

N=198

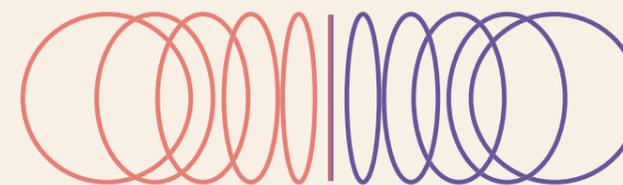


**Nas conversas tidas com mulheres, a dor surgiu com uma frequência inesperada. Foram vários os relatos de mulheres que falaram de dores que as acompanham ao longo de anos, muito para além de eventos em que ela é expectável e, em vários casos, tendo começado antes da menopausa, altura em alguns tipos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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

# O défice na auto-avaliação de Saúde

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

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

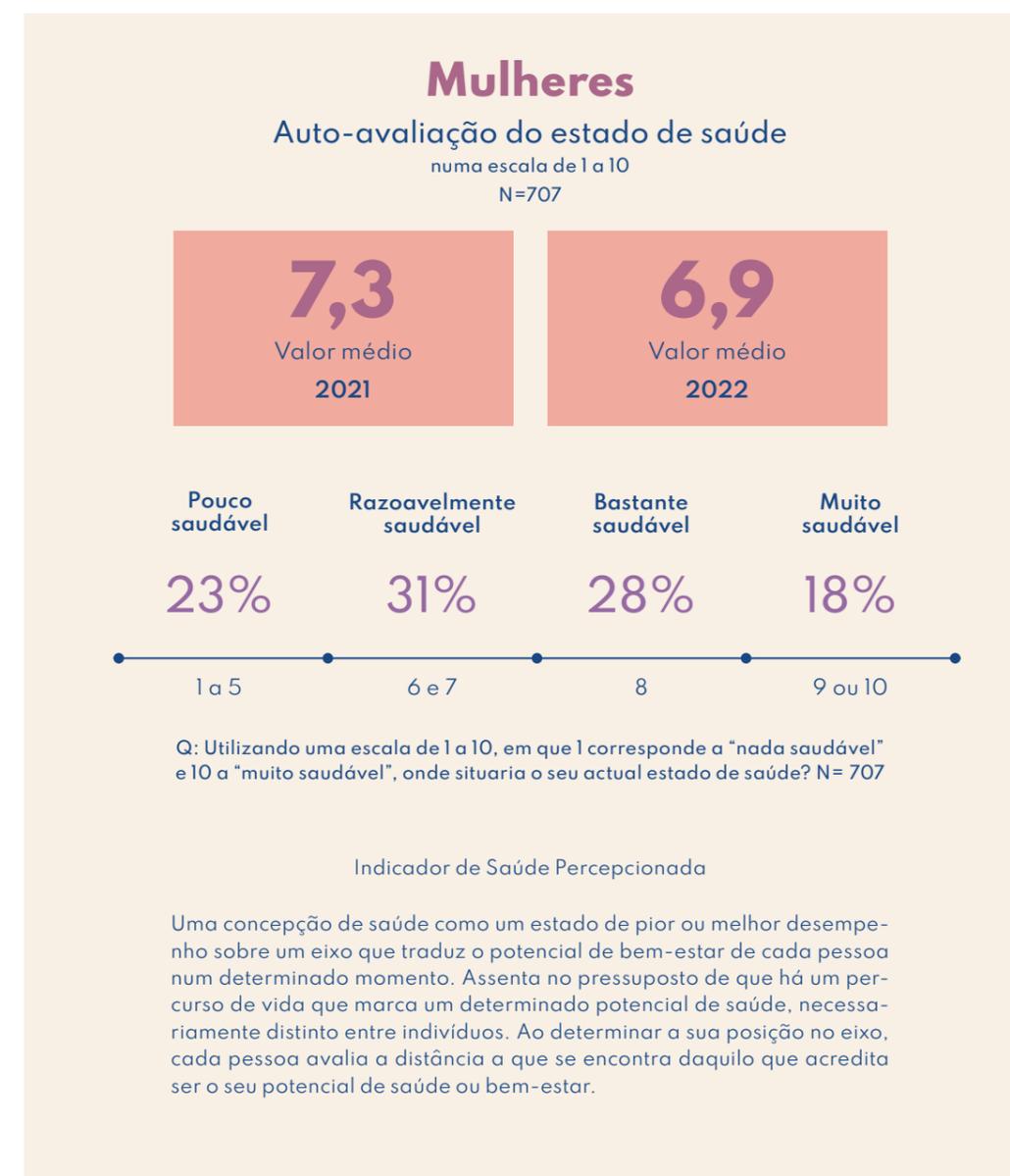
À excepção da geração entre os 20 e os 24 anos, que já acusava pior estado de saúde, em todos os escalões etários se percebem quebras na saúde das mulheres. As mulheres entre os 35 e os 44 anos estarão em maior perda a todos os níveis, com um golpe muito pronunciado na saúde mental [vide páginas seguintes].

Estes resultados acompanham outros estudos que revelam que a experiência da pandemia está a ter consequências que afectam desproporcionalmente as mulheres. Segundo o Índice de Saúde Mental Headway 2023<sup>1</sup>, realizado em países da UE e do Reino Unido, 83% das mulheres reconhece que a pandemia impactou negativamente a sua saúde mental, em comparação com 36% dos homens. “Mulheres grávidas, mulheres no período pós-parto ou vítimas de traumas, como aborto espontâneo ou abuso de parceiros íntimos, foram consideradas as mais susceptíveis aos impactos psicológicos da pandemia. O peso das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos também teve um impacto significativo no bem-estar mental das mulheres, com 44% das mulheres com filhos menores de 12 anos a relatar terem tido dificuldades nas responsabilidades domésticas, em comparação com apenas 20% dos homens”, lê-se no relatório.

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

## Mulheres Vs. Homens

40 a 74 anos



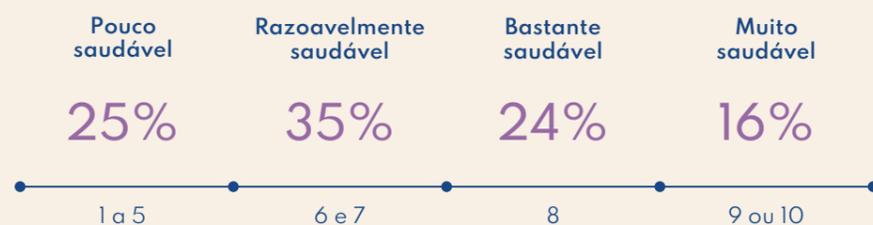
<sup>1</sup> Headway 2023 Mental Health Index, desenvolvido pela The European House – Ambrosetti em parceria com a Angelini Pharma (2021)



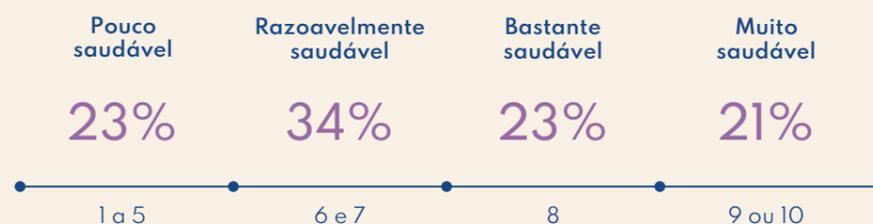
Mulheres  
N=707

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

## SAÚDE FÍSICA



## SAÚDE MENTAL



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

Distribuição por idade

## SAÚDE FÍSICA

7,3  
2021

6,8  
2022



## SAÚDE MENTAL

7,6  
2021

6,9  
2022





# Que défices face aos homens?

No Bem Estar

# Bem-Estar Subjectivo

## Um Enquadramento Teórico

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

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

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

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

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

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

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

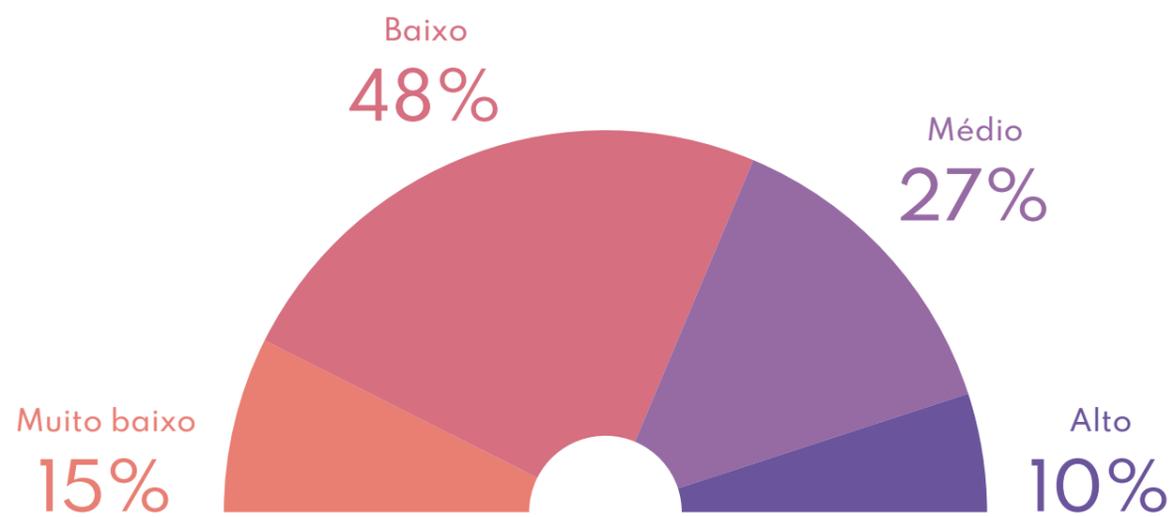
**Essa “taxa de florescimento” resulta de uma combinação entre o “sentir-me bem” e o “funcionar eficazmente”, sendo sinónimo de um alto nível de bem-estar e saúde mental.**

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

# Bem-Estar Subjectivo

## Taxa de Florescimento

Resultados para as mulheres portuguesas  
N=707



### Bem-Estar Subjectivo ou "Taxa de florescimento"

Significa que apenas 10% das mulheres portuguesas manifesta um alto nível de saúde e bem-estar mental

## O que representa?

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

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

## Como é medido?

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

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

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

## O que revela?

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

# Alto ou médio nível de Bem-Estar Subjectivo

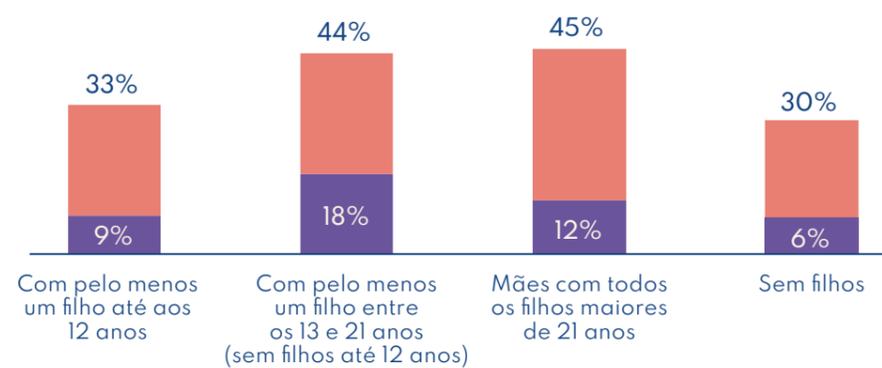
N=707

Pela perspectiva da idade



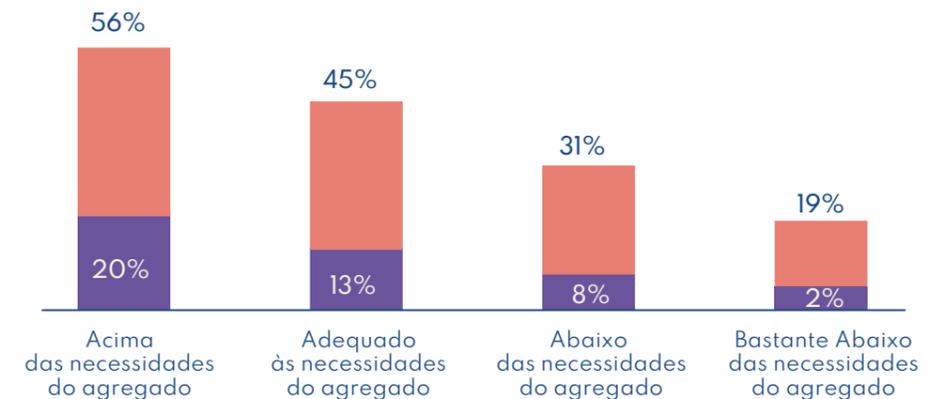
50% das mulheres entre os 35 e os 44 anos tem pelo menos 1 filho com menos de 12 anos e 85% trabalha - por conta de outrem (76%) ou por conta própria (9%)

Pela perspectiva dos filhos



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

Pela perspectiva do rendimento



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

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

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

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

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

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

# Nuances de género no Bem-Estar Subjectivo

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

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

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

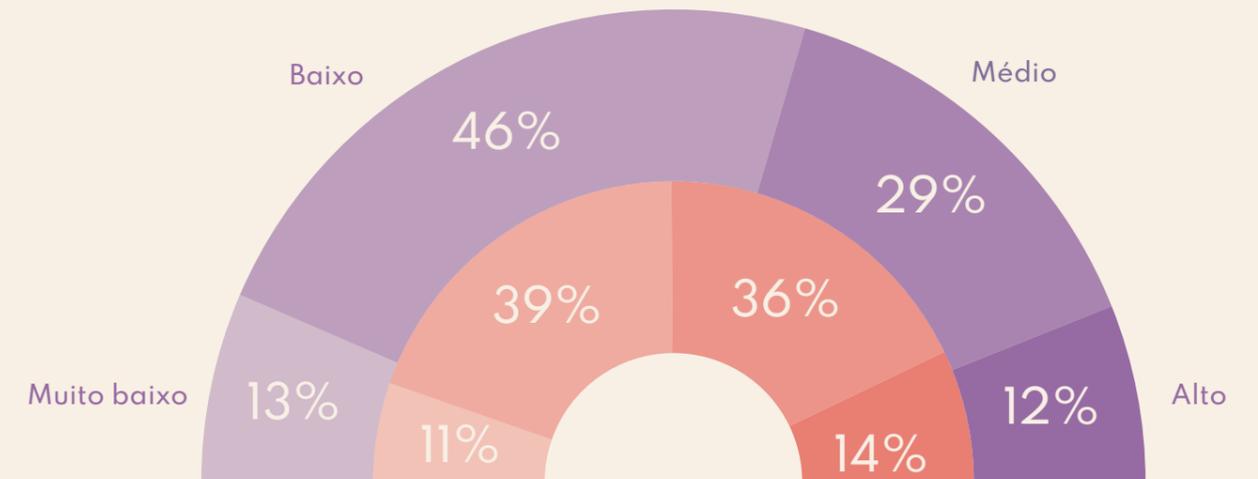
**Também neste estudo, mais do que no “funcionamento”, é na experiência de curto prazo, designadamente na estabilidade emocional e na vitalidade, que as mulheres pior pontuam face aos homens, sugerindo que experienciam menos frequentemente, ou de forma mais instável, sentimentos de calma e serenidade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

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

# Bem-Estar Subjectivo

“taxa de florescimento”

## Mulheres Vs. Homens



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

# Bem-estar Subjectivo

## construção do indicador

N=731

### Características pessoais

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



### Experiência de curto prazo

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



### Felicidade

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



Mulheres Homens

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

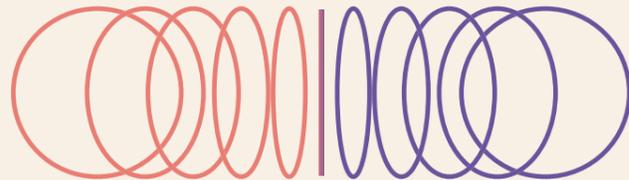
Para além dos aspectos biológicos, e da evolução ao longo do ciclo de vida, as expectativas em torno dos papéis de género levam a diferenças na forma como homens e mulheres constroem percepções acerca da sua vida e das suas próprias características. Sabemos que a satisfação com a vida é sempre uma declinação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

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

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

# A construção de auto-estima

## Na perspectiva de uma mulher



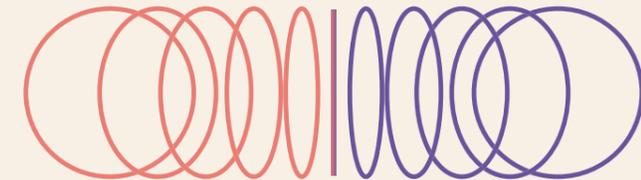
“Eu sempre achei que não ia ter uma família... Por vários motivos, porque nunca tive relações muito duradouras, porque tinha muitos problemas comigo própria, por ser pesada, por ser grande... Era o que lhe estava a dizer, eu vou aos médicos e eles dizem – Você é pesada, mas disfarça muito! – Porque tenho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

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

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

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

## Na perspectiva de um homem



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

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

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

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

# As mulheres (ainda) sofrem pressões de stress acentuados

Num estudo da FFMS sobre as mulheres em Portugal<sup>1</sup>, identificaram-se três “frentes” com influência significativa na vida das mulheres: a “frente” do trabalho pago, a “frente” da vida em casal e a “frente” dos filhos. As mulheres que acumulavam a frente do trabalho e dos filhos eram as que dispunham de menos tempo para si e o facto de viverem em casal não as libertava de uma única hora de trabalho por dia. Em casal ou não, as mulheres com filhos trabalhavam à volta de 13 horas por dia, das quais pouco mais de 7 remuneradas e à volta de 6 não pagas (gastas em tarefas domésticas, cuidado dos filhos e em compras/ recados).

Noutro estudo recente da FFMS sobre os jovens<sup>2</sup>, que auscultou portugueses entre os 15 e os 34 anos, lê-se que, embora as distâncias diminuam à medida que se vai descendo na idade, as tarefas relacionadas com a casa e os filhos continuam a ser “muito mais da responsabilidade das mulheres do que dos homens”.

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

A pressão a que as mulheres estão sujeitas tem explicações que ultrapassam as suas condições de vida. Estudos feitos no Reino Unido e nos EUA<sup>3</sup> revelam que enquanto o número de horas de trabalho doméstico realizadas pelos homens diminui à medida que a sua contribuição para o rendimento das famílias aumenta, o mesmo não se verifica nas mulheres. Na verdade, o seu envolvimento doméstico também vai decaindo mas, a partir do momento em que o seu contributo financeiro iguala ou supera o do homem, deixa de decair e, muitas vezes, volta a aumentar (algo que alguns investigadores lêem como uma forma de “doing gender”, ou seja, de a mulher compensar a sua predominância numa esfera tipicamente masculina).

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

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

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

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

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

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

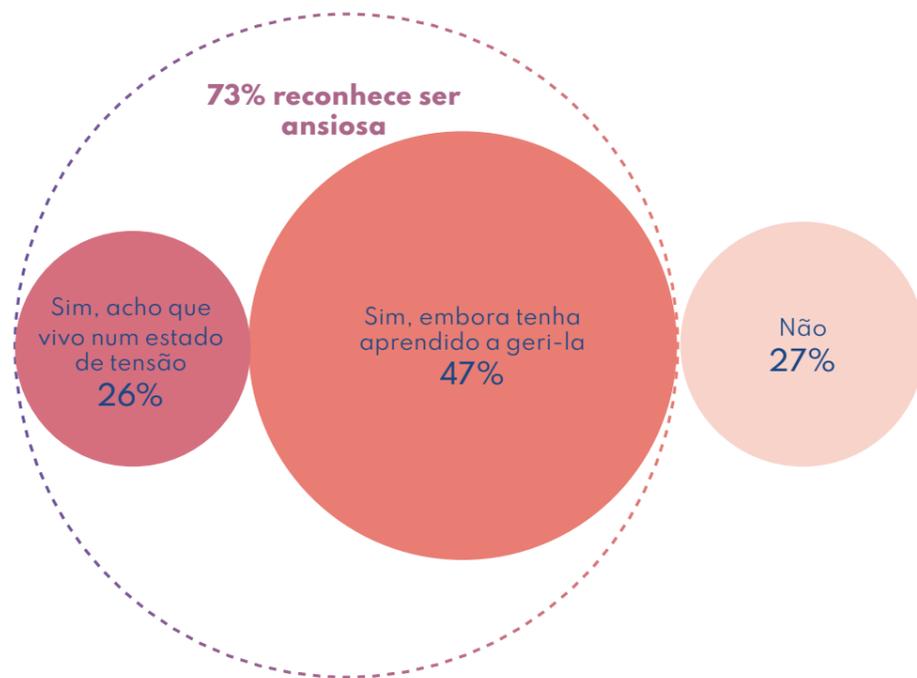
<sup>1</sup> As mulheres em Portugal, hoje: quem são, o que pensam e como se sentem, FFMS, Fev 2019

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

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

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

N=707



"Acho que vivo num estado de tensão"	<b>24%</b>	<b>15%</b>
	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
	40 a 74 anos	40 a 74 anos
	N=478	N=253

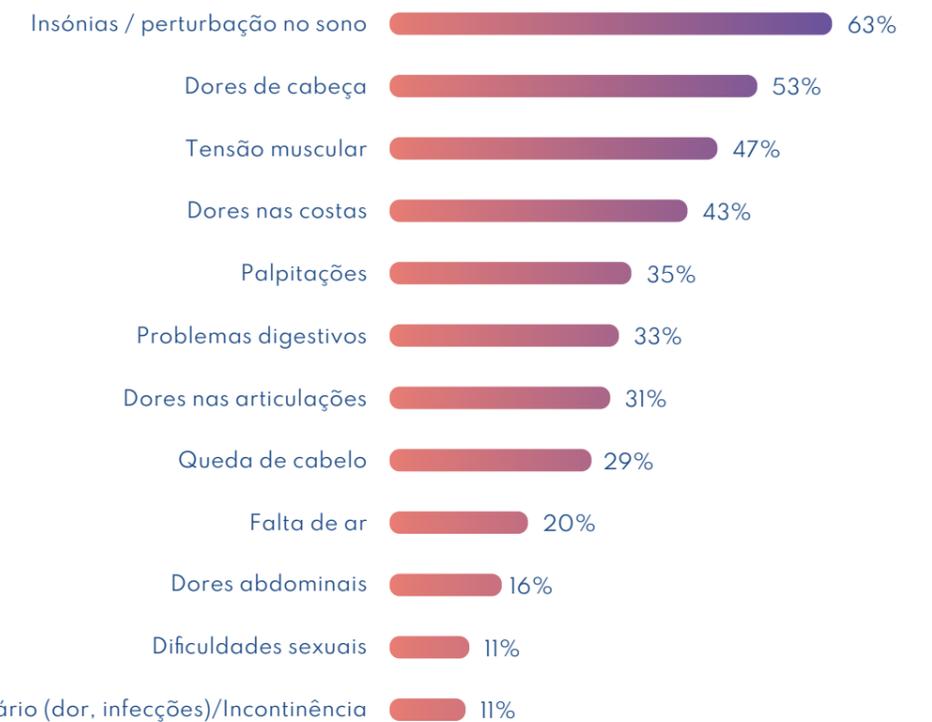
A ansiedade é o factor que mais associação apresenta com o nível de bem-estar subjectivo, à frente da doença grave, da dor crónica e mesmo da depressão. 91% das mulheres que acusam nível de bem-estar subjectivo muito baixo reconhecem ser ansiosas.

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



### Que tipo de problemas físicos?

N=319



# de problemas físicos que sente (em média)	<b>3,88</b>	<b>2,83</b>
	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
	40 a 74 anos	40 a 74 anos
	N=218	N=82