

A Saúde Intestinal dos Portugueses

Um território por explorar

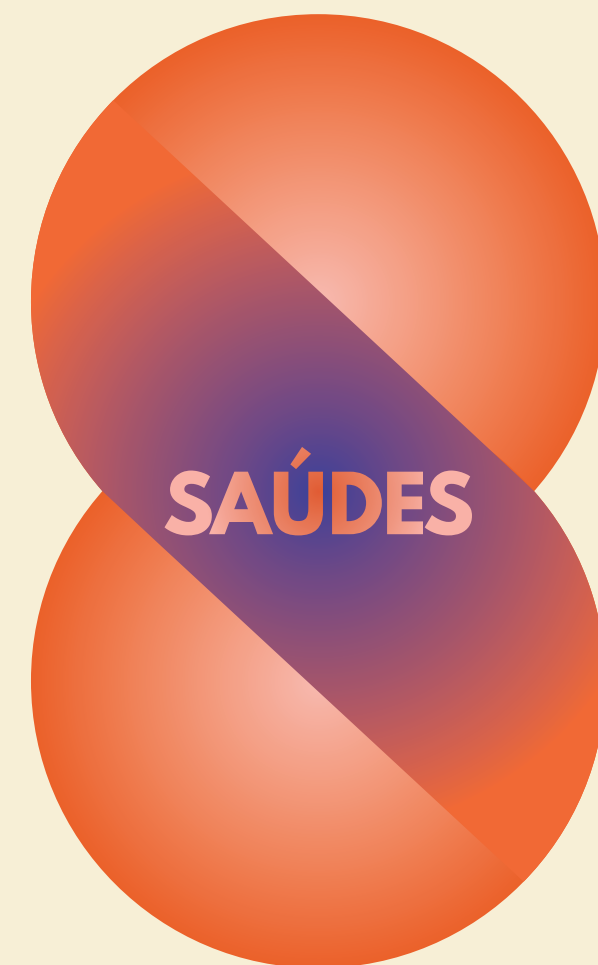
2026

SAÚDES

A Saúde Intestinal dos Portugueses

Um território por explorar

2026



ÍNDICE

05 **NOTA PRÉVIA**

06 **PREFÁCIO**

09 **1. SAÚDE INTESTINAL: O QUE SABEMOS HOJE**

10 — Intestino e saúde: um novo paradigma clínico

14 — Uma sociedade a despertar para o tema

18 — As doenças e perturbações intestinais mais comuns em Portugal

23 **2. A DIMENSÃO DO MAL-ESTAR ENTRE OS PORTUGUESES**

24 — A escala do mal-estar na população

26 — O que sente quem vive com um problema intestinal

28 — As doenças intestinais (ou a suspeita da doença)

36 — Idade: um problema que nasce cedo

38 — Uma questão de género: mal-estar feminino prevalece

44 — Consequências de largo espectro no dia-a-dia

53 **3. COMO SE VIVE UM PROBLEMA INTESTINAL**

54 — A normalização como primeira barreira

60 — Crises e desconfortos intensos: os gatilhos de ação

62 — Desorientação e frustração no processo

70 — A desvalorização dos problemas por parte de médicos

76 — O diagnóstico como ponto de inflexão

80 — A subcompreensão do problema e dos sintomas

86 — Experimentalismo e autodidatismo: pessoas em autogestão

92 — Vigilância e autoconhecimento como ponto de chegada

97 **4. COMO AS PESSOAS ATUAM SOBRE O SEU PROBLEMA**

98 — ‘Fórmulas de bem-estar’ incompletas e nem sempre cumpridas

102 — ‘Fórmulas de bem-estar’: um zoom à alimentação

114 — Consciência x Ação: um exercício de segmentação

133 **5. FALAR DE SAÚDE INTESTINAL: UM IMPERATIVO**

134 — Fala-se mais, mas a compreensão é estreita

140 — O acesso a informação ainda depende muito de cada um

161 **ANEXOS**

166 **FICHA TÉCNICA**

Nota Prévia

O projeto Saúdes nasceu em 2021. O seu objetivo era (ainda é!) trazer para a discussão pública novos temas relacionados com a Saúde e/ou temas relevantes que, sendo expressivos, estejam ainda pouco debatidos. Esta é, pensamos, uma forma de dar um contributo útil e relevante. Cinco anos e cinco estudos depois, celebramos um percurso contínuo.

Lançámos, efetivamente, temas importantes – como o impacto das alterações climáticas na saúde (2023), a saúde da mulher, com especial foco na menopausa (2022, 2024, 2025), a saúde mental nos jovens ou o impacto da saúde financeira na saúde pessoal (2024) – e ajudámos a abrir perspetivas e a gerar debate. Igualmente - e esse é o ADN deste projeto - procurámos olhar a saúde pelo lado do cidadão comum, pela perspetiva subjetiva e pela experiência pessoal. Escutámos histórias, dúvidas e frustrações, procurando que esta leitura mais biográfica se somasse à biológica e estatística. Estamos convictos de que é nesta dimensão pessoal que a saúde muitas vezes mais se revela.

É nesse compromisso — o de conhecer melhor as “saúdes”, e com isso conhecer melhor a sociedade e ajudar a que esta também aprofunde o conhecimento de si própria — que surge este novo estudo, que agora apresentamos.

A “Saúde intestinal dos Portugueses – um território por explorar” leva-nos numa viagem ao centro de nós, àquele que é considerado por muitos o nosso segundo cérebro. Um tema que afeta uma parte significativa da população, mas que ainda assim continua a ser difícil de abordar. Persistem tabus, silêncios e uma normalização do desconforto que impede muitos de procurarem ajuda atempadamente.

Com este estudo, queremos dar voz ao que tantas pessoas sentem, e expor a complexidade — mas também a urgência — de trazer a saúde intestinal para a agenda pública, para as conversas e para a tomada de decisão em saúde.

O Projeto Saúdes mantém-se fiel ao propósito com que nasceu. Para o futuro fica a promessa de continuar a questionar, com rigor e empatia, qual o mapa e o território das várias “saúdes” em Portugal. Porque fazê-lo é, verdadeiramente, ativar a promessa da Médis de fazer bem à saúde dos Portugueses.

Eduardo Consiglieri Pedroso
Chief Healthcare Ecosystem Officer
Grupo Ageas Portugal

Prefácio

Conceição Calhau

Professora NOVA Medical School, Study Advisory Board

Durante demasiado tempo, o intestino foi reduzido a um órgão discreto, quase embaraçoso, remetido ao silêncio das conversas e à banalização das queixas. “É normal”, dizem muitos. “Sempre fui assim.” Em Portugal, habituámo-nos a normalizar o desconforto, a distensão, a obstipação persistente, a diarreia recorrente, a dor inexplicada. Habituámo-nos a viver com sintomas que o corpo insiste em repetir, como se a repetição os tornasse aceitáveis.

Mas não é normal viver em permanente perturbação digestiva. Não é normal ignorar sinais que, tantas vezes, são a primeira manifestação de doença. E não é aceitável que a ignorância — coletiva, estrutural — continue a atrasar diagnósticos, a agravar prognósticos e a roubar qualidade de vida.

Este estudo nasce dessa inquietação que passa a ação.

Ao longo destas páginas, encontramos o retrato real da saúde intestinal em Portugal: quem são os doentes, que idades têm, que género os caracteriza, em que estadios chegam ao sistema de saúde, o que sabem — ou não sabem — sobre a sua condição, o que fazem para a tratar. Encontramos também o retrato dos profissionais de saúde que os acompanham, as suas práticas, as suas limitações, as suas convicções. E encontramos ainda um elemento incontornável do nosso tempo: o papel das redes sociais na construção — e na distorção — do conhecimento.

Vivemos numa era de excesso de informação e escassez de literacia. Multiplicam-se conselhos simplistas, dietas milagrosas, suplementos “transformadores”. A narrativa da “comida saudável” tornou-se, muitas vezes, uma ilusão confortável — como explorei em *Deixemo-nos de Tretas: a ilusão da comida saudável* — que mascara a complexidade biológica do organismo humano. O intestino, porém, não se rege por modas. Rege-se por ciência.

Enquanto Professora Catedrática de Bioquímica numa escola médica, a NOVA Medical School, e investigadora na área da microbiota intestinal, tenho assistido, ao longo de décadas, à evolução do conhecimento sobre este ecossistema fascinante que habita em nós. Como explico sempre aos meus alunos, estudantes de Medicina e estudantes de Ciências da Nutrição, nós não estamos sozinhos — podemos estar bem ou mal acompanhados! Durante a pandemia de COVID-19, coordenei um estudo científico, o primeiro a nível mundial a ser registado na plataforma internacional de estudos clínicos, que avaliou a microbiota intestinal no momento do diagnóstico de infeção por COVID-19. Fomos também dos primeiros a publicar resultados claros: menor diversidade microbiana associava-se a quadros clínicos mais severos. A mensagem era inequívoca — o intestino não é um ator secundário. É protagonista na modulação da resposta imunitária, na inflamação, na evolução clínica.

E, ainda assim, continuamos a subestimar o seu papel, cinco anos depois.

Este estudo revela algo profundamente inquietante: muitos doentes chegam tarde ao profissional de saúde. Alguns chegam quando a esperança já se encontra fragilizada por anos de sofrimento não reconhecido. Outros nem sequer sabem que estão doentes, foram ensinados que ‘era normal’. Não associam a fadiga persistente, as alterações cutâneas, as queixas articulares ou o desequilíbrio emocional à sua condição intestinal. Poucos estabelecem a ponte entre disfunção digestiva e doenças autoimunes, metabólicas ou inflamatórias. A fragmentação do conhecimento fragmenta também o cuidado.

Claramente o foco ainda é muito o tratamento do sintoma, e não mais o da causa. A entidade ‘disbiose’ está ainda clinicamente embrionária, o que dificulta o diagnóstico e, sobretudo, a decisão terapêutica. Fica claro que a terapêutica em associação, nutricional e medicamentosa, está desencontrada no tempo ou nem sequer existe em associação.

Fica clara a importância que ainda não é dada ao sono e à gestão do stresse, mas que estes dados abram caminhos e estratégias mais completas do cenário complexo que é estas condições clínicas.

Mas esta obra não é um manifesto de desalento. É, antes, um convite à consciência. Um apelo à literacia científica. Um compromisso com a evidência.

Precisamos de reconhecer que o intestino é um eixo central da saúde humana — biológico, imunológico, metabólico e até neurocomportamental. Precisamos de formar profissionais mais atentos à integração dos sistemas, e do microbiota intestinal em particular. Precisamos de uma sociedade mais informada e menos vulnerável ao ruído digital. Precisamos de políticas de saúde que valorizem a prevenção, o diagnóstico precoce e investigação translacional. O rastreio do cancro colo-retal é um excelente exemplo. Sim, muito importante, mas vamos avaliar e intervir em trajetórias de forma muito mais precoce. Preditores de doença que devem ser considerados prioridades clínicas, sobretudo numa lógica de longevidade e de prevenção da doença.

Acima de tudo, precisamos de devolver esperança fundamentada — não a esperança ilusória das soluções rápidas, mas a esperança sustentada pelo conhecimento, pela intervenção atempada e pela responsabilidade coletiva.

Este estudo não oferece respostas. Oferece dados. Oferece retratos. Oferece evidência. E, com ela, oferece a possibilidade de mudança.

Que estas páginas sejam um ponto de viragem. Que deixemos de normalizar o sofrimento silencioso. Que reconheçamos no intestino não um detalhe incómodo, mas um eixo essencial da nossa saúde.

Porque compreender é o primeiro passo para transformar.



Saúde Intestinal: o que sabemos hoje

Falar hoje de saúde intestinal é entrar num campo que está a redefinir a forma como pensamos o corpo, a alimentação e a própria ideia de saúde. Embora muitas destas relações ainda estejam a ser aprofundadas pela ciência, os fundamentos que sustentam esta reflexão são hoje sólidos e amplamente documentados.

Neste campo em construção, onde nem todas as respostas são consensuais, torna-se necessário organizar o conhecimento disponível e dar contexto ao que já se sabe, e ao que ainda se está a procurar compreender. Ao introduzir conceitos que cruzam diagnóstico, alimentação e funcionamento intestinal, este enquadramento prepara o terreno para as leituras que se seguem.

Intestino e saúde: um novo paradigma clínico

Até recentemente, falar de intestino era falar de digestão, e falar de intestino, era falar de ‘tubo’ digestivo. A sua função parecia clara: transformar os alimentos, absorver nutrientes e eliminar resíduos. Quando surgiam sintomas, a medicina procurava explicações onde sempre se sentiu segura: em inflamações visíveis, infeções identificáveis ou lesões detetáveis em exames. Tudo o que escapava a esse olhar permanecia numa zona ambígua, muitas vezes reduzida a “funcionamento”, stresse ou sensibilidade individual.

Nas últimas duas décadas, esta visão começou a mudar. Com o avanço da investigação científica e das metodologias de análise, o intestino passou a ser entendido não apenas como um ‘tubo’ de passagem, mas como um sistema ativo, envolvido de forma contínua na regulação do organismo. Esta mudança resulta da convergência de descobertas em várias áreas da saúde (da gastroenterologia à imunologia, da neurociência à nutrição) que, em conjunto, obrigam a repensar o papel do intestino na saúde humana.

Um dos pontos centrais deste novo paradigma é a ideia de que o intestino não funciona isoladamente, nem responde apenas às ordens do cérebro. Hoje sabe-se que o intestino possui uma rede nervosa própria e mantém uma comunicação constante com o sistema nervoso central, enviando-lhe também ordens e informações. Esta ligação intestino-cérebro faz parte do funcionamento normal do corpo. É ela que ajuda a explicar por que o cansaço afeta a digestão, por que o desconforto intestinal pode influenciar o humor, ou porque mudanças na rotina, no sono ou na alimentação se refletem rapidamente no bem-estar físico. Não é uma resposta excecional ao stresse, mas um mecanismo contínuo de adaptação do organismo.

Ao mesmo tempo, tem-se tornado evidente que o intestino é um elemento essencial da defesa do organismo, sendo ali

que ele decide quando deve reagir ou tolerar o que entra no corpo, sejam alimentos, microrganismos ou outras substâncias - a chamada imunotolerância, essencial à sobrevivência e à saúde. Donde, alterações que se mantêm no intestino ao longo do tempo podem estar ligadas a processos inflamatórios ou a desequilíbrios metabólicos no organismo, mesmo quando não provocam sintomas imediatos.

É neste enquadramento que a microbiota intestinal ganha um lugar central. Durante muitos anos, os microrganismos que vivem no intestino (a chamada “flora intestinal”) foram vistos como sendo pouco relevantes. Muitos anos onde as doenças infecciosas matavam e, por isso, se considerava que ‘todo o bicho era mau’. Hoje sabe-se que estes micróbios têm um papel relevante na saúde e são benéficos à espécie humana. A evolução da espécie esteve dependente da presença de microrganismos: ‘os bons’. A partir do que comemos, eles produzem compostos que o corpo utiliza para regular funções como a defesa imunitária e o metabolismo e para influenciar processos ligados ao bem-estar, como o humor, o sono, o apetite, a gordura ou a temperatura corporal.

Este conhecimento está a alterar a forma como se interpretam muitos sintomas intestinais persistentes e a ajudar a enquadrar quadros clínicos difíceis de explicar. Muito há ainda para saber, mas já existe matéria para afirmar a relação da microbiota com uma série de doenças como cancro, diabetes, obesidade, doenças autoimunes como lúpus, doença de Alzheimer, asma ou depressão. E há um número crescente de estudos que sugere que fatores como a longevidade ou até o rendimento desportivo podem estar relacionados com estes ocupantes do intestino.

A Microbiota Intestinal

O corpo humano acolhe mais de 40 mil milhões de microrganismos. Fungos, leveduras, vírus e, sobretudo, bactérias, povoam todas as superfícies do corpo. A esmagadora maioria (~90%) concentra-se no intestino grosso. A esses microrganismos que habitam os intestinos chama-se microbiota intestinal.

A microbiota é um sistema vivo que influencia o funcionamento do corpo. A partir do intestino, estes microrganismos participam não só na função gastrointestinal, como na produção de vitaminas (como a vitamina B12, K, entre outras) e na regulação de genes, estimulando, por exemplo, a produção de serotonina, que influencia emoções como o medo ou a ansiedade.

Embora este conhecimento científico seja recente, já é sabido que cada pessoa tem uma microbiota única, o número e a diversidade de microrganismos varia de pessoa para pessoa e a microbiota de pessoas saudáveis é equilibrada e diversificada. Já se sabe também que as crianças têm uma microbiota mais vulnerável (moldável) que os adultos. Os primeiros 1000 dias de vida (gestação e 2 primeiros anos de vida) são cruciais para a formação deste órgão. A composição da microbiota muda ao longo da vida, tanto menos, quanto melhor ficar formada nos primeiros 1000 dias, ou seja, com maior resiliência. Fatores como alimentação, stresse, estilo de vida, ambiente e medicamentos, como os antibióticos (e outros para a azia e o refluxo, como o Omeprazol), podem provocar desequilíbrios.

O desequilíbrio da microbiota (a chamada disbiose intestinal) pode associar-se não só a sintomas digestivos, como a alterações no humor, no sono, no apetite ou no peso, estando igualmente relacionado com maior risco de algumas doenças, mesmo que para a ciência ainda não seja totalmente claro quanto destas alterações são causa, consequência ou apenas um marcador desses problemas.

O eixo intestino-cérebro é um dos temas que mais tem agitado a investigação sobre a microbiota. Está provado que estes dois órgãos dialogam constantemente através de uma rede de canais complexa, por onde circulam informações e sinais em ambos os sentidos. Experimentamos essa ligação sempre que uma situação de nervosismo desencadeia uma descarga intestinal, ou na sensação de “borboletas” num período de excitação ou expectativa.

A relação entre cérebro e intestino está demonstrada cientificamente desde o séc. XVIII. Mas é só às portas do séc. XXI, quando Michael Gershon, um neurocientista da Universidade de Columbia (EUA) retoma essa investigação, que se descobre que o intestino está povoado por centenas de milhões de neurónios. Essa descoberta terminou no batismo do intestino como o “segundo cérebro”, uma expressão que, sendo pouco rigorosa, se popularizou. Na verdade, o que a investigação veio provar foi que, embora estes neurónios intestinais não sejam capazes de raciocínio ou de tomar decisões, eles são capazes de “sentir” e de enviar informações sobre o ambiente para outros agentes do sistema nervoso central, que agem em reação a essa informação.

Durante muito tempo, a direção entre o cérebro e o intestino parecia óbvia: o cérebro influencia o intestino, sobretudo em situações de ansiedade. O que hoje se reconhece é que esta relação é bidirecional. O intestino envia sinais ao cérebro que podem influenciar o humor, a percepção de bem-estar e a forma como o organismo responde ao stresse. Esta ligação permanente ajuda a compreender por que sintomas digestivos, alterações emocionais e fadiga surgem frequentemente associados.

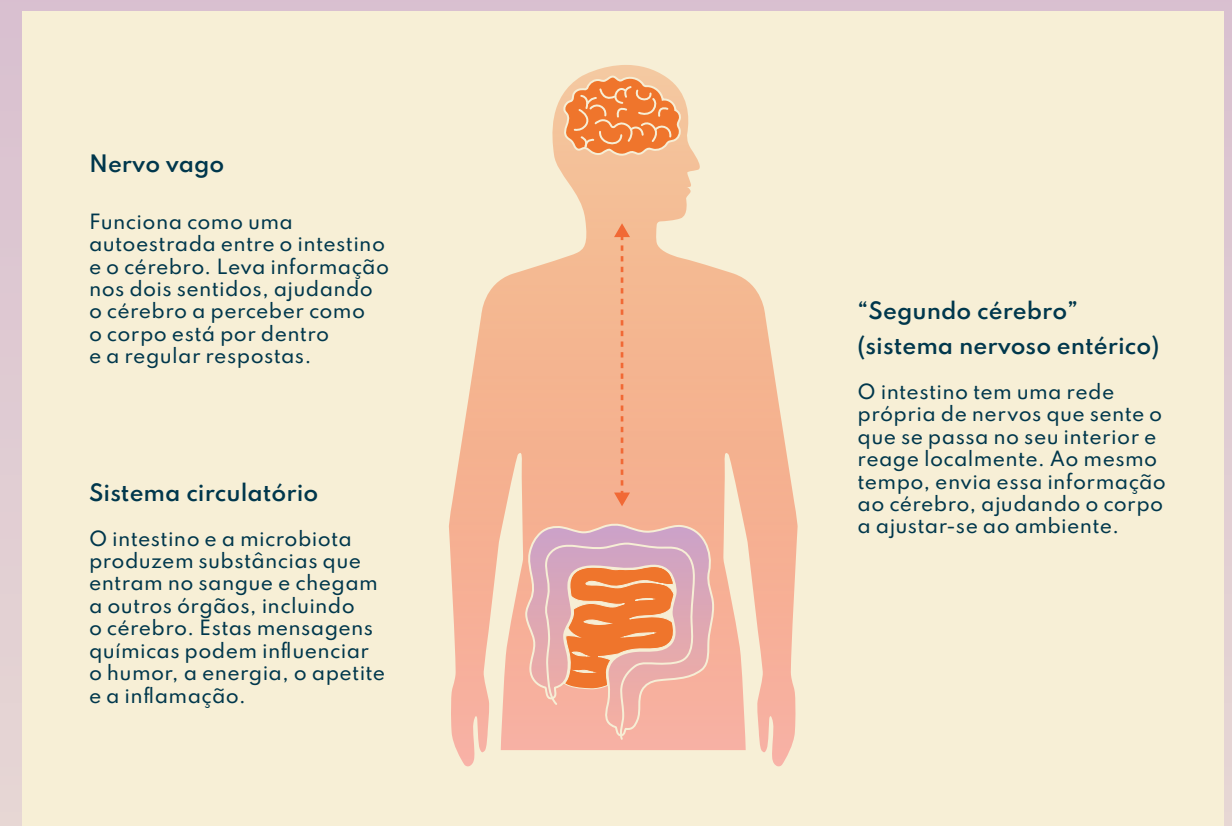
A microbiota intestinal desempenha um papel fundamental nesta comunicação. Estudos recentes como o de Christoph Thaiss, especialista em microbiologia da Universidade da Pensilvânia, que encontrou relações entre estes microrganismos e a motivação para fazer exercício, sugerem que a microbiota pode afetar não só a nossa saúde, como aquilo que somos ou mesmo aquilo de que gostamos.

Porque a microbiota pode ser modulada ao longo do tempo, ela começa a ser encarada como um instrumento clínico em diferentes áreas da saúde. Na área da psiquiatria, crescem os especialistas, como Amanda Rodriguez do Hospital Vall d’Hebron (Barcelona), que recorrem a métodos que interferem na microbiota intestinal (através da dieta e de probióticos) para terapêutica em casos não só de depressão, mas também de doenças como Alzheimer, Parkinson ou epilepsia. De resto, já existem intervenções como o transplante de microbiota intestinal, um procedimento médico que transfere fezes de um doador saudável para o intestino de um paciente. Isso já é feito em Portugal, em casos muito específicos de doença intestinal, com resultados comprovados.

A microbiota promete vir a ter um papel crucial na medicina personalizada do futuro, não porque nela residam soluções simples ou universais, mas porque ajuda a compreender por que pessoas diferentes adoecem de forma diferente e respondem de maneira distinta aos mesmos tratamentos. Este é, no entanto, um campo científico muito recente e em rápida evolução. Muitos dos conhecimentos disponíveis não fizeram parte da formação de base de grande parte dos profissionais de saúde, pelo que a visão do intestino como um aliado na leitura e na gestão da saúde individual está muito pouco integrada na prática clínica corrente.

A interação intestino-cérebro

O intestino e o cérebro comunicam por diferentes caminhos. Alguns são rápidos, através dos nervos; outros usam substâncias que circulam pelo corpo. Em conjunto, estas ligações ajudam a explicar por que o que se passa no intestino pode influenciar o nosso bem-estar, o humor e a forma como lidamos com o stresse.



Distúrbios da interação intestino-cérebro

São problemas que afetam o trato gastrointestinal, como a Síndrome do Intestino Irritável, mas não se identificam por exames padrão como lesões, inflamação ou tumores. Hoje defende-se que, nestes casos, o principal problema não está no intestino isolado, nem no cérebro isolado, mas na forma como estes dois sistemas dialogam. Diversos fatores parecem estar associados ao desenvolvimento destas condições, desde infeções prévias no intestino a transtornos como ansiedade ou depressão.

Fonte: Recognizing and treating disorders of gut-brain interaction, Harvard Health Publishing, Abril 2022

Saúde intestinal: uma sociedade a despertar para o tema



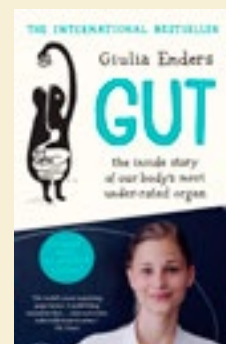
Na última década, a saúde intestinal deixou de ser um tema restrito à investigação científica para ganhar visibilidade no espaço público. Livros, documentários, media generalistas e redes sociais têm contribuído para tornar acessíveis conceitos técnicos, trazendo o intestino para o centro das conversas sobre saúde e bem-estar.

Este despertar coletivo reflete preocupações relacionadas não só com o aumento das queixas intestinais, mas também a procura de bem-estar e de explicações para problemas de saúde nem sempre esclarecidos pelos médicos.

O aumento da consciencialização tem claras vantagens, desde logo, pela legitimação de sintomas muitas vezes desvalorizados. Mas traz desafios, nomeadamente pela circulação de informação simplificada ou pouco rigorosa, e pela apropriação do tema pelo mercado do grande consumo, que pode criar a falsa ideia de que cuidar da saúde intestinal se resolve pela mera adição de produtos.

2013

O neurologista David Perlmutter populariza a ligação cérebro-intestino com o livro "Grain Brain", onde declara: "Esqueça os seus genes. O destino do seu cérebro é ditado por aquilo que come todos os dias".



2014

O livro "Gut" de Giulia Enders, torna-se um best-seller global, com mais de 4 milhões de exemplares vendidos e traduções para mais de 40 línguas.

2017

Nasce no Reino Unido o projeto The Gut Stuff, uma plataforma britânica de educação focada na saúde digestiva com ações nas ruas de várias cidades do país.



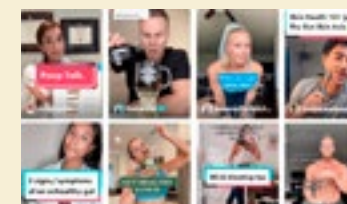
2017

É lançada a primeira marca de kombucha ("Aquele Kombucha") em Portugal, refletindo maior consciência sobre a importância da saúde intestinal.



2022

Explosão nas redes sociais em torno do bem-estar intestinal. Hashtags como #GutHealth e #GutTok atingem milhões de menções no Instagram e no TikTok.



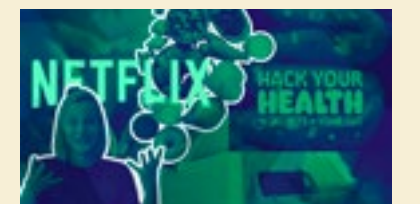
2022

É lançado o podcast ZOE Science & Nutrition, um dos mais influentes a nível internacional. Vários outros se seguirão entre 2024 e 2025, como o 'The Gut Health Podcast', no Spotify.



2024

A Netflix estreia o documentário "Hack Your Health: The Secrets of Your Gut", demonstrando a escalada dos temas gastrointestinais no espaço mais mainstream.



2025

PepsiCo e Coca-Cola lançam gamas de bebidas prebióticas e "gut-friendly"; a Unilever Portugal lança a gama Lipton Kombucha.



Um ponto crítico de viragem no debate público da saúde intestinal ocorreu em 2013, com a publicação do livro Grain Brain, de David Perlmutter, que popularizou uma ideia até então pouco discutida fora do meio científico: a de que o que comemos influencia não apenas o intestino, mas também o cérebro e o bem-estar geral.

Embora muitas das suas afirmações tenham sido contestadas, a investigação desenvolvida desde então veio confirmar o essencial da sua mensagem: não é possível pensar a saúde intestinal, e a saúde, sem considerar o papel da alimentação. O que ingerimos molda a microbiota e, desse modo, interfere em processos inflamatórios, metabólicos e de comunicação com outros sistemas do corpo. A partir desse momento, a alimentação passou a ocupar um lugar central na conversa sobre saúde intestinal.

Este conhecimento é particularmente relevante num contexto em que a grande maioria da população mantém padrões alimentares considerados inadequados¹, nomeadamente pelo baixo consumo de alimentos de origem vegetal, particularmente ricos em fibra, e elevado consumo de açúcares, sal, gorduras saturada e produtos ultraprocessados, ricos em ingredientes que o intestino não está habituado a reconhecer, como adoçantes não calóricos ou até emulsionantes, tipicamente presentes em produtos ‘light’. Mais do que o excesso, o que prejudica a saúde intestinal da população é a baixa qualidade nutricional do que consume com regularidade.

Diversos estudos² mostram o aumento de problemas intestinais e a alimentação como um dos fatores implicados nesse aumento, não apenas como um gatilho de sintomas, mas contribuindo para alterações de base no funcionamento do intestino. E se é verdade que nem todos os problemas intestinais têm origem alimentar, não é incorreto afirmar que a alimentação pode ser um fator agravante da intensidade, da frequência ou da persistência dos sintomas.

É inegável que falta cuidado e literacia alimentar à população portuguesa. Mas reduzir esta realidade às más escolhas individuais seria simplista. Atualmente, comer mal não resulta necessariamente ou apenas de desinformação ou descuido, mas da dificuldade em que se tornou navegar no tema da alimentação saudável.

Nunca houve tanta informação disponível sobre alimentação saudável, e nunca foi tão fácil alguém sentir-se perdido. A ciência evolui e corrige-se; os media amplificam resultados parciais de estudos; as redes sociais aceleram conclusões e disseminam recomendações com bases infundadas. Das dietas alimentares - a vegan, a cetogénica, a paleolítica, o jejum intermitente, ... -, aos “superalimentos”, o saudável passou a ser uma incógnita. Ao mesmo tempo, alimentos tradicionais como o pão, a manteiga, a carne ou o leite vão sendo demonizados e reabilitados em ciclos sucessivos.

Um dos exemplos mais paradigmáticos é o debate sobre o glúten, presente em cereais como o trigo e o centeio. Durante séculos, foi um elemento banal da dieta quotidiana. Hoje é considerado por muitos como um vilão, mesmo que ainda só se tenha provado que só causa problemas em pessoas com condições médicas específicas e a própria ciência esteja a investigar se o problema pode estar noutros componentes do cereal.

É neste confuso ambiente que cada vez mais pessoas tentam agir por conta própria sobre a sua saúde intestinal. Ajustam dietas, eliminam alimentos ou seguem regras alimentares avulsas, muitas vezes sem enquadramento adequado. A intenção é legítima, mas tem um risco associado: ao procurar corrigir o intestino sem compreender a origem do problema, acabam por empobrecer a sua dieta, fragilizando a microbiota e agravando o desequilíbrio que pretendiam resolver. Devemos tratar a causa e não apenas os sintomas.

“Há uma diabolização, nomeadamente do leite e do pão. Até há pouco tempo vivíamos focados no colesterol. Agora está tudo muito centrado no glúten, na lactose, na caseína etc. A microbiota intestinal é importante por ser essencial na monitorização e controlo do equilíbrio metabólico e dos gastos energéticos. Quando este sistema está comprometido, isso tem consequências diretas no processo digestivo. É isso que explica esta espécie de ‘mitos’ associados ao desconforto digestivo que podemos experienciar.”

“O processado não tem de ser negativo. Diz-se, muitas vezes, que o caseiro é que é bom, como se o processado fosse mau. Também posso ter uma alimentação inadequada em casa. (...) Aliás, temos algumas tendências, e essas preocupantes, relativamente à introdução de alimentos aos bebés. As papas infantis evoluíram de uma maneira segura, tenho uma triagem dos cereais, até do ponto de vista microbiológico e de algumas micotoxinas, adição de iodo, de ferro... Evoluímos tanto e, de repente, temos pessoas a fazer vídeos a preparar papas infantis em casa completamente desadequadas, até nutricionalmente não equilibradas, e que não têm esta fortificação tão necessária.”

Conceição Calhau
Em entrevista à DecoProteste, Outubro 2024

As doenças e perturbações intestinais mais comuns em Portugal

Para compreender melhor a diversidade de problemas intestinais, é útil organizá-los pela forma como são diagnosticados. Existem condições em que há alterações objetivas do intestino, detetáveis em exames, e outras em que os sintomas são reais e persistentes, mas não surgem nos exames de rotina.

A organização começa pelos problemas em que os exames mostram claramente o que se passa no intestino, passa depois para situações em que os sintomas existem sem deixar marcas visíveis, e termina nas intolerâncias alimentares, onde a resposta varia muito de pessoa para pessoa. Esta sequência ajuda a perceber por que os caminhos até ao diagnóstico são tão diferentes e por que, em muitos casos, a explicação nunca é totalmente clara.

De formas distintas, a alimentação atravessa todos estes problemas. Em algumas situações, não é a causa direta, mas pode influenciar a intensidade dos sintomas, a frequência das crises ou o risco ao longo do tempo. Noutras, especialmente quando a gestão passa pela exclusão de certos alimentos, a alimentação torna-se um elemento central da abordagem.

Com isto, pretende-se que se saia da lógica simplista do “faz bem” ou “faz mal”, reconhecendo que a relação entre alimentação e saúde intestinal é complexa e dependente de condição individual de cada pessoa.

1. Condições intestinais com alterações detetáveis

Quando o problema é visível nos exames

São condições intestinais em que os sintomas correspondem a alterações objetivas, identificáveis através de exames como análises laboratoriais, endoscopias ou exames de imagem. Nestes casos, o diagnóstico não depende apenas do relato do doente, mas da observação direta de inflamação, lesão ou alteração estrutural do intestino.

Este grupo inclui doenças inflamatórias, autoimunes e outras condições como infeções, pólipos ou lesões do intestino. Embora menos frequentes do que as perturbações funcionais, estas doenças têm um impacto clínico significativo e exigem acompanhamento médico regular.

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ~ 0,3% da população A Doença Inflamatória Intestinal inclui a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa e caracteriza-se por inflamação crónica do intestino. Os sintomas podem incluir dor abdominal, diarreia persistente, fadiga e perda de peso, com impacto significativo na qualidade de vida. A alimentação não é a causa direta da doença, mas pode influenciar a intensidade dos sintomas e a frequência das crises.	DOENÇA CELÍACA ~1% da população É uma condição autoimune em que a ingestão de glúten desencadeia uma reação inflamatória que danifica o intestino delgado, havendo muitas vezes uma predisposição genética. Ao contrário das doenças inflamatórias, a relação com a alimentação é direta: a exclusão total do glúten é essencial. Apesar disso, estima-se que muitos casos em Portugal permaneçam por diagnosticar.
DIVERTICULOSE ~50% das pessoas 60+ Corresponde à presença de pequenas bolsas na parede do intestino, geralmente associada ao envelhecimento. A maioria das pessoas é assintomática, mas uma pequena parte desenvolve diverticulite, com inflamação e dor. A alimentação é um fator de risco ao longo do tempo, não como causa, mas como algo que fragiliza o funcionamento intestinal, tendo um papel sobretudo preventivo.	CANCRO COLORRETAL ~7.000 novos casos por ano É uma das principais causas de mortalidade por cancro em Portugal e o segundo mais frequente. Resulta de alterações estruturais do intestino que se desenvolvem ao longo de muitos anos. A alimentação não atua como gatilho direto, mas como fator de risco cumulativo: dietas pobres ou inadequadas ao longo do tempo, associadas ao sedentarismo e ao consumo de álcool, aumentam o risco.

2.

Perturbações intestinais sem alterações visíveis

Quando o problema não é visível nos exames

São um conjunto de perturbações intestinais em que os sintomas são persistentes e impactantes, mas não correspondem a alterações detetáveis em exames de rotina. Nestes casos, o diagnóstico é feito sobretudo com base nos sintomas, na exclusão de outras doenças intestinais e na observação do padrão clínico ao longo do tempo.

Estima-se que o subdiagnóstico seja significativo devido à natureza funcional da doença (sem alterações estruturais visíveis) e à confusão com outros problemas, que podem levar a que não se procure tratamento.

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

~10% da população

É uma perturbação funcional do sistema digestivo caracterizada sobretudo por dor abdominal recorrente e alterações do trânsito intestinal, como diarreia, obstipação ou a alternância entre ambas. O intestino apresenta uma sensibilidade aumentada, reagindo de forma mais intensa do que o habitual a estímulos comuns, como certos alimentos ou situações de stresse. Por isso, é também designada por cólon irritável ou colite nervosa.

A SII não tem uma causa única identificável. Resulta da combinação de vários fatores, incluindo vulnerabilidades genéticas, e fatores externos, como alterações da motilidade in-

testinal (os movimentos do intestino), hipersensibilidade à dor, desequilíbrios da microbiota e fatores psicossociais. Certos alimentos podem agravar os sintomas, sem serem a origem da condição. Ter familiares com SII aumenta também a probabilidade de desenvolver o problema.

Não existem exames específicos que confirmem a SII. O diagnóstico baseia-se nos sintomas e na exclusão de outras doenças, sendo essencial uma abordagem individualizada com dieta (como a dieta low FODMAPs - ver Glossário pág. 154), controlo do stresse, exercício e, por vezes, medicação, pois não há cura, apenas gestão dos sintomas.

70%

das pessoas afetadas com SII são mulheres

35 anos

Cerca de metade das pessoas com SII reportam o início de sintomas antes desta idade

3.

Sensibilidades e intolerâncias alimentares

Quando certos alimentos desencadeiam sintomas específicos

Correspondem a reações adversas a determinados alimentos ou componentes alimentares que não envolvem uma resposta alérgica clássica, mas resultam de dificuldades do organismo em tolerar certas substâncias. Podem estar associadas à ausência ou redução de enzimas digestivas, a alterações na permeabilidade intestinal, à composição da microbiota ou a mecanismos ainda não totalmente esclarecidos. Ao contrário das alergias, estas reações raramente são imediatas, o que torna a sua identificação mais difícil e contribui para diagnósticos tardios e frequente autorrestrição alimentar sem acompanhamento clínico.

INTOLERÂNCIA À LACTOSE

~ 4% da população (?)

É a incapacidade de o organismo digerir a lactose, o açúcar naturalmente presente no leite e nos seus derivados. Esta condição surge quando o intestino deixa de produzir quantidades adequadas de lactase, um processo que é considerado fisiológico em grande parte da população adulta. O diagnóstico pode ser feito através de testes específicos.

Os sintomas mais comuns incluem dor abdominal, inchaço, flatulência e diarreia, podendo também ocorrer náuseas e vômitos, embora com menor frequência.

Neste caso, os sintomas são desencadeados pela alimentação e o tratamento envolve a gestão alimentar. A maioria das pessoas não precisa de excluir totalmente os alimentos com lactose, conseguindo tolerar algumas doses sem sintomas significativos. Em alternativa, pode recorrer-se à suplementação.

Estudos em Portugal indicam uma diferença relevante entre perceção e intolerância efetiva à lactose: enquanto um estudo de 2020 sugere que cerca de 40% da população apresenta risco de intolerância, dados de 2023 apontam para cerca de 4% de casos efetivamente diagnosticados.

O mais correto é considerar a malabsorção da lactose, que pode ser por ausência de capacidade enzimática (falta de lactase). Mas será cada vez mais frequente a causa secundária: há uma disbiose - aumento da permeabilidade intestinal, inflamação e alteração da integridade de membrana absorptiva -, logo falha na atividade da lactase, e não só.

INTOLERÂNCIA AO GLÚTEN

~ 10% da população (auto-reportado)

A intolerância ou sensibilidade ao glúten não-celiaca descreve uma condição em que a ingestão está associada a sintomas, apesar de a pessoa não ter doença celiaca nem alergia ao trigo. Ao contrário da doença celiaca, não existe evidência de lesão do intestino.

As causas da intolerância ao glúten não estão completamente esclarecidas. Admite-se que possa resultar de uma resposta exagerada do sistema imunitário a componentes do trigo ou outros elementos presentes nesses cereais, não só ao glúten.

Os sintomas incluem dor e distensão abdominal, alterações do trânsito intestinal (diarreia e/ou obstipação) e fadiga. O diagnóstico é feito por exclusão, afastando a doença celiaca e a alergia ao trigo, e confirmando depois a relação entre ingestão de glúten e sintomas.

A abordagem passa pela redução ou exclusão do glúten da dieta, idealmente após avaliação médica, uma vez que a autoexclusão é frequente e nem sempre justificada. Estratégias como a dieta baixa em FODMAPs são, por vezes, utilizadas como complemento ou alternativa, sobretudo quando os sintomas persistem.

Também nesta situação, de digestão comprometida, sobretudo porque o trigo terá muitos fermentáveis, a causa será secundária. O compromisso digestivo pode estar associado a um compromisso da microbiota, i.e., a disbiose.



A dimensão do mal-estar entre os portugueses

A saúde intestinal dos portugueses não se revela apenas nos diagnósticos, mas sobretudo na experiência vivida. Antes de qualquer rótulo clínico, há sintomas recorrentes, crises que vão e vêm, e uma sensação difusa de mal-estar que atravessa o quotidiano de muitas pessoas.

Este capítulo faz um retrato dessa experiência: a identificação dos sintomas, a sua frequência, intensidade e duração, e o impacto físico e emocional que provocam. Ao dar forma ao que muitas vezes é vivido em silêncio, este retrato permite compreender a dimensão real do problema e a escala que atinge no total da população.

A escala do mal-estar na população

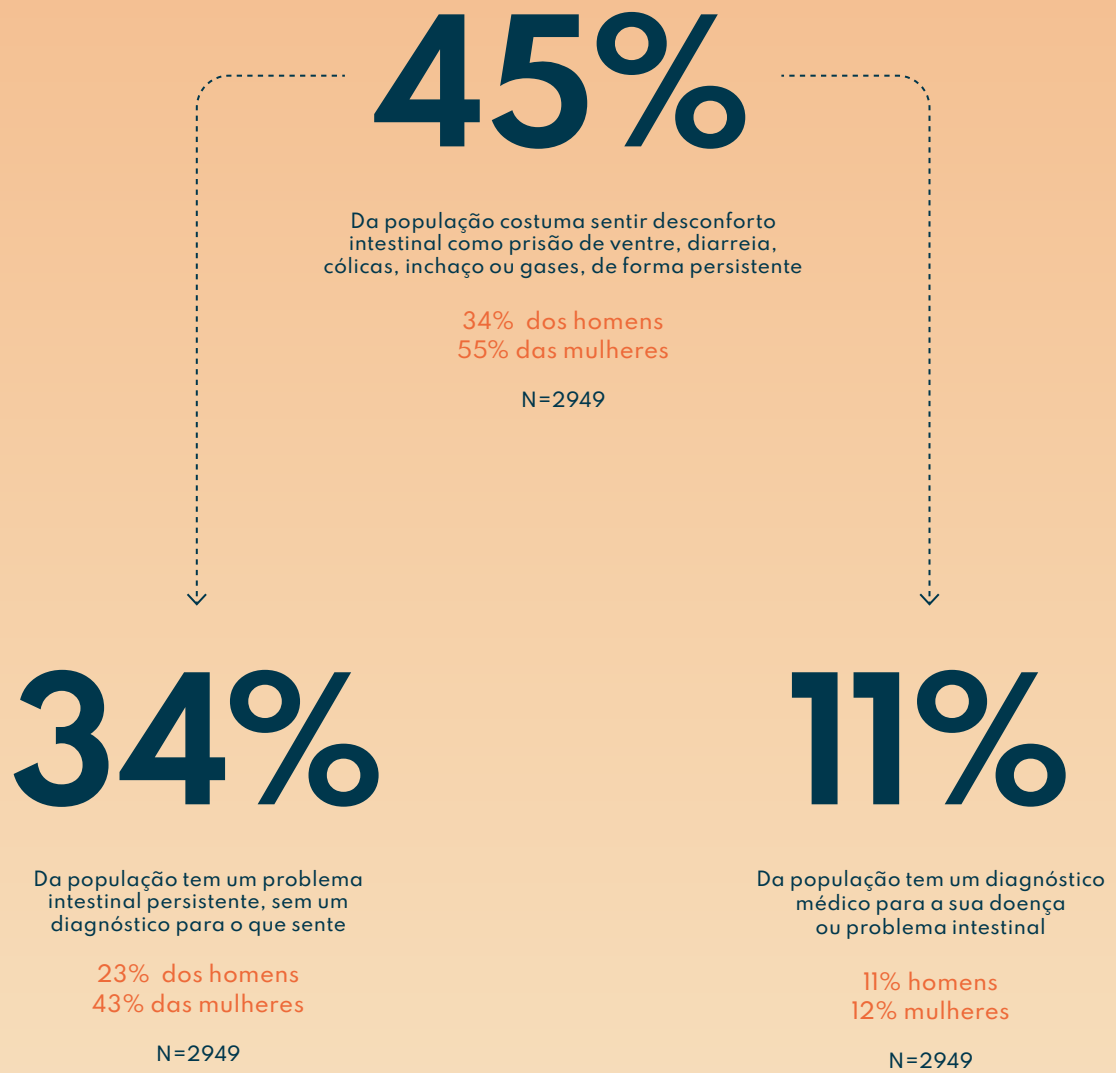
O inquérito à população abria com uma pergunta simples: “costuma sentir desconforto intestinal de forma persistente, por exemplo, prisão de ventre, diarreia, cólicas, inchaço ou gases? Não considere se forem apenas situações pontuais.”

Das quase três mil pessoas inquiridas (2949), repartidas em termos regionais, etários e de género de forma a serem representativas da população residente, chegamos à escala da prevalência do desconforto intestinal: 45%!

Em Portugal, mais de 4 em cada 10 pessoas entre os 18 e os 65 anos - o correspondente a cerca de 2,86 milhões de cidadãos - admite sentir desconforto intestinal de forma persistente. Os 55% que sobram dividem-se entre 35% que nunca teve um problema intestinal persistente e 20% que já teve esse tipo de problema, na sequência de alguma doença ou condição de saúde (como uma gravidez ou uma cirurgia), tendo sido uma situação temporária.

A sequência do inquérito a essa amostra de cerca de três mil pessoas permite uma leitura adicional: entre os que admitem ter um problema intestinal persistente, a grande maioria (75%) não tem um diagnóstico médico para o seu problema. É neste contexto que devemos ler os números que se seguem. Eles descrevem uma experiência frequente, vivida por uma boa parte da população no quotidiano.

Porque se pretende aprofundar o conhecimento sobre a população que vive com uma doença ou condição intestinal, a amostra final sobre a qual este estudo incide, de 800 inquiridos, é forçosamente desproporcionada em indivíduos com diagnóstico médico (37,5%). Da mesma forma, porque resulta da autoapreciação de saúde, a amostra é desviada em favor das mulheres, por admitirem, muito mais do que os homens, viver com esse tipo de desconforto.



Nota: estas % resultam de perguntas de filtro inicial, a partir da qual se seleccionaram as pessoas elegíveis para inquérito. A amostra final de 800 inquiridos não espelha esta distribuição por se ter forçado uma quota de 300 inquiridos com diagnóstico médico

O que sente quem vive com um problema intestinal?

Os dados mostram com clareza que o desconforto intestinal está longe de ser um incómodo isolado ou passageiro. Na maioria dos casos, é um somatório de sintomas que coexistem e se reforçam entre si. Sete em cada dez pessoas (71%) acumulam três ou mais sintomas, sendo os mais frequentes gases, inchaço abdominal, cólicas e obstipação. Entre estes, as cólicas e a obstipação destacam-se como os mais preocupantes ou mais condicionantes da saúde e do bem-estar.

Mais de dois terços (68%) descreve o seu mal-estar como intenso ou difícil. Esta intensidade não se explica apenas pela presença de sintomas, mas pela sua frequência, duração e imprevisibilidade. Seis em cada dez pessoas (64%) sentiu desconforto intestinal todas as semanas, se não todos os dias, ao longo dos últimos seis meses. E para uma parte significativa, um problema de obstipação ou diarreia prolonga-se por vários dias: apenas 16% refere episódios que duram um dia; para 58%, estende-se entre dois e quatro dias; e para 8%, dura uma semana ou mais.

Em qualitativo, foi possível perceber que alguns episódios assumem contornos dramáticos, com relatos de duas semanas, ou mais, sem funcionamento intestinal, levando o corpo a estados de exaustão. Mas não é necessário chegar a estes extremos para que o sofrimento seja profundo. Mesmo sintomas que, isoladamente, poderiam parecer “menores”, como uma obstipação intermitente ou inchaço frequente, tornam-se altamente desgastantes quando se repetem quase diariamente.

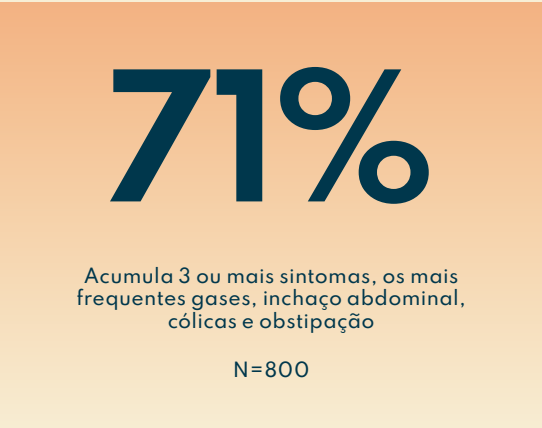
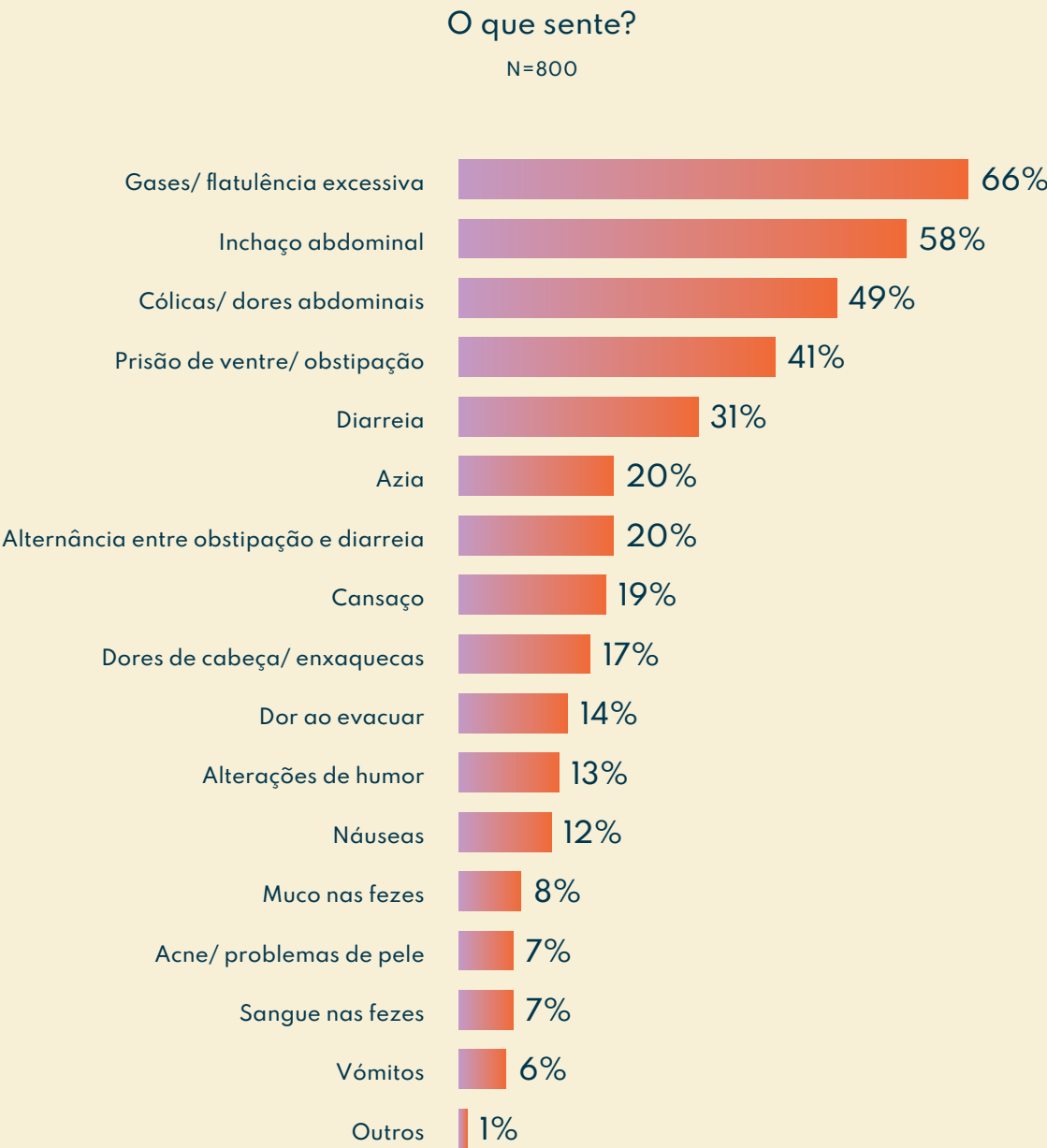
Dos testemunhos recolhidos, retira-se também que o desconforto intestinal não é estático: muda de intensidade ao longo do tempo e ao longo da vida.

Há momentos ou fases da doença em que os sintomas se tornam particularmente agudos, mesmo entre pessoas que, na maior parte do tempo, os consideram geríveis. Esta oscilação ajuda a explicar por que, apesar de (apenas) 22% classificar o seu desconforto como intenso ou muito intenso, 38% já se sentiu mal ao ponto de ter de recorrer a um hospital ou a ajuda médica urgente, reforçando que o problema não é apenas crónico, mas potencialmente incapacitante em determinados momentos.

Apesar deste cenário, quase metade dos inquiridos (46%) afirma que “já aprendeu a gerir” o desconforto. Esta resposta, à primeira vista positiva, levanta uma questão fundamental: gerir significa prevenir, ou apenas suportar? Em muitos casos, o que se aprende não é a resolver, mas a conviver com o limite do tolerável, ajustando a vida ao desconforto em vez de o reduzir de forma sustentável.

O que estes dados mostram é que o problema não é pontual, nem leve, nem excecional. Ele é frequente, persistente, flutuante e, em muitos casos, vivido em silêncio.

A ideia de um sofrimento que é abafado surgiu de forma recorrente nos grupos de discussão. Existe a perceção de que “muita gente sofre disto”, mas raramente o verbaliza. A confirmação de que este tipo de desconforto é pouco legitimado será explorada mais adiante, mas ajuda, desde já, a iluminar um dos dados mais marcantes do estudo: quase metade da população portuguesa (45%) convive com desconforto intestinal de forma regular sem o reconhecer plenamente como um problema de saúde.



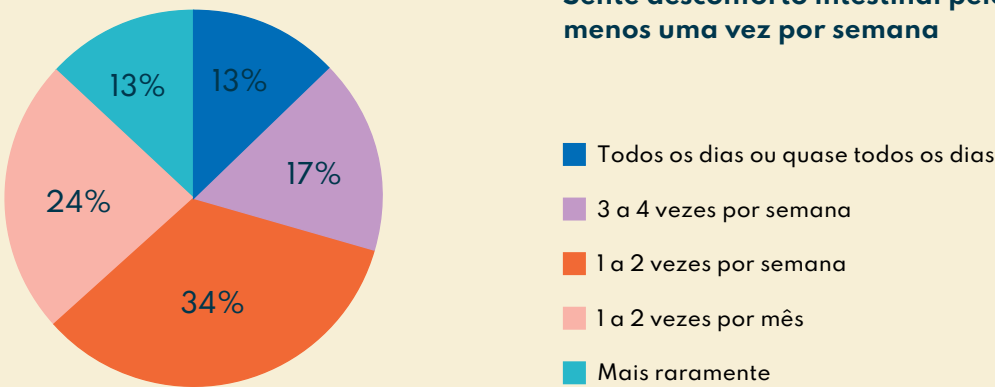
A prevalência do mal-estar

Pensando nos últimos 6 meses, sente desconforto:

N=800

64%

Sente desconforto intestinal pelo menos uma vez por semana



Quando tem um episódio de obstipação ou diarreia, quanto tempo costuma demorar até sentir que o intestino volta a funcionar normalmente?

N=564 | se indica na lista de sintomas sofrer de obstipação ou diarreia



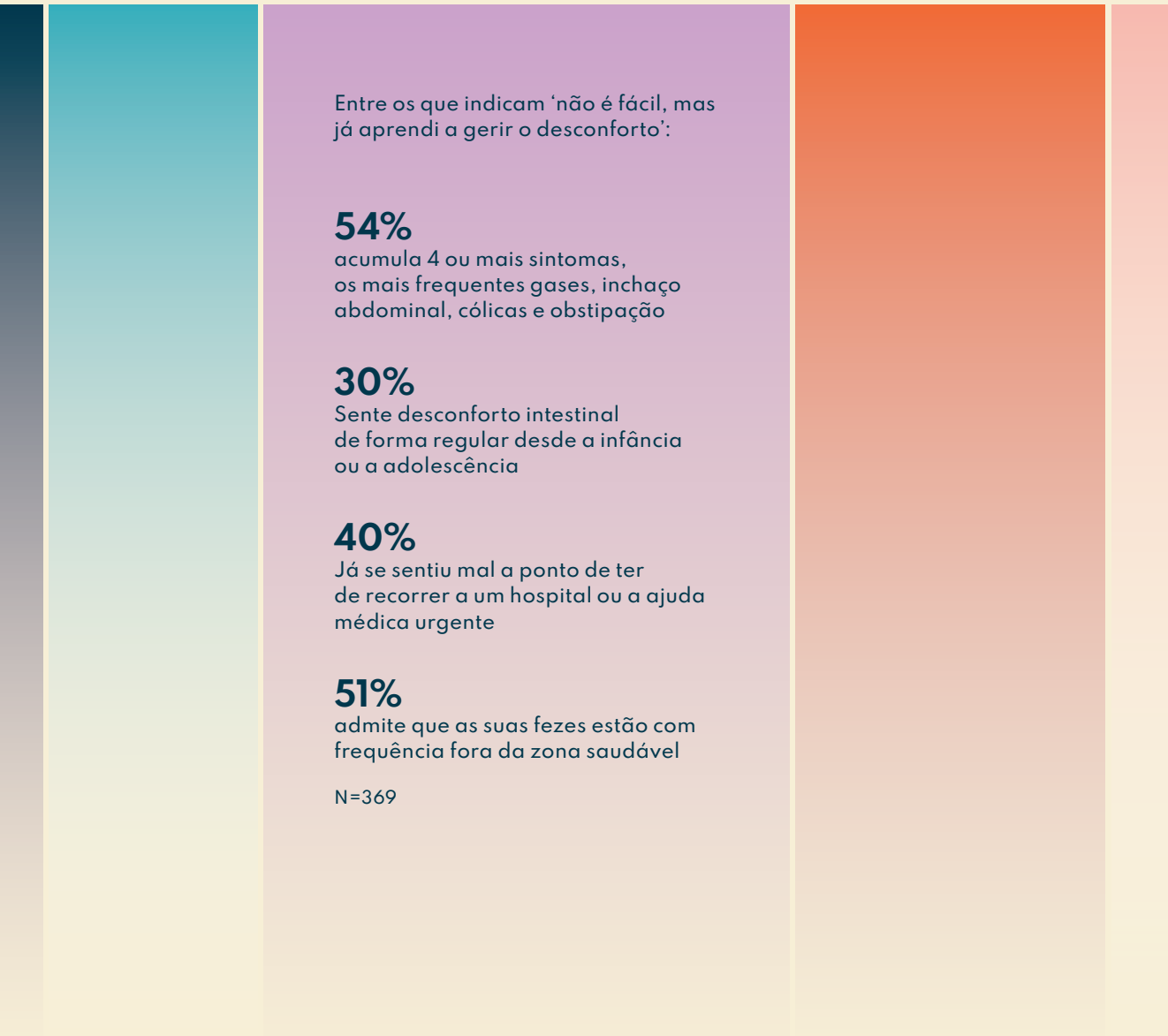
A habituação ao desconforto

De forma geral, como descreveria o seu desconforto intestinal?

N=800

4% 18% 46% 27% 5%

Muito Intenso Intenso Não é fácil, mas já aprendi a gerir Ligeiro Muito ligeiro



A voz do desconforto

“Tanta gente sofre disso e acabamos por sofrer um bocadinho em silêncio. Porque há, ou este desvalorizar por parte da classe médica ou também não se falar tanto e que depois acabamos todos por andar à procura da mesma informação.”

M., 49 anos, SII

“Quase todas as pessoas que conheço, num grupo de amigos, entre cinco amigos, se calhar dois ou três têm problemas intestinais e ninguém sabe bem o que é que é.”

M., 27 anos, SII e intolerância a lactose

“Sim, muita gente mesmo. Acho que imensa gente sofre disto.”

M., 27 anos, sem diagnóstico

“Faz hoje uma semana que tive um episódio. São cólicas, dores agudas na zona abdominal, muitas vezes vômitos também. (...) Acordo de repente com uma dor aguda e depois estou horas na casa de banho. E já cheguei a ter episódios de ir parar ao hospital completamente desidratado e estar três horas a soro.”

H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do Sono, Excesso de peso

“Antes de ter esse diagnóstico chegava a estar muitos dias a uma semana com diarreia, e depois ainda passava mais uma semana sem conseguir fazer nada, ou seja, com obstrução, e tinha que ir sempre à farmácia buscar Imodium e coisas assim para controlar o intestino.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“No fundo, eu fui saudável, ali até aos 19, 20 anos, sem nenhum sintoma, sem nenhum problema e chego a essa idade e começo a fazer crises muito intensas, lá está, de dor, de diarreia, mas ao ponto de ficar de cama, ou seja, para mim, quando eu tinha estas crises e estes episódios, parecia que tinham pegado no meu intestino, posto gasolina e ateado fogo.”

Era o nível de dor que eu sentia, era de ficar de cama, eu tinha de ficar de cama, eu não conseguia, porque estava sempre a ir à casa de banho, diarreia constante e a dor era tão grande que parecia que estava tudo em ferida, em carne viva, o que eu sentia era literalmente o meu intestino em carne viva, era isto que eu sentia.”

M., 28 anos, Intolerância a lactose

“Eu tinha muco nas fezes e eu comecei a ver que realmente havia qualquer coisa estranha e eu ficava muito inchada, com uma barriga de 4 meses e comecei a ter coisas na pele. Começaram a aparecer-me manchas vermelhas, como se fosse uma coisa alérgica e isto tudo foi no mesmo ano e foi num ano em que eu estava a fazer um negócio que era só sobre glúten. Era eu a vender coisas de farinha e cozinhar coisas com farinha na minha casa e acho que o meu corpo (...) eu estava mesmo a ficar muito doente e acho que foi por isso que fiquei 1 mês inteiro sem ir à casa de banho e tive de voltar para Portugal.”

“E depois de eu começar a dieta, percebi que habituei-me a essa dor e a dor foi gradual, foi crescendo e fui-me habituando ao longo dos anos e era tão grande, que nem percebi que era tão grande, só depois é que percebi quando comecei a dieta, vi que era uma dor fora do normal”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Aí já tinha dores mesmo fortes. Mesmo dores dificultando, ou seja, nem conseguia andar. E chegava lá e faziam-me um raio-x e diziam que era a flatulência, que eram os gases, como eu me queixava, pronto, estava tudo interligado, gases e flatulência e eles diziam que estava tudo interligado e que os sintomas eram por causa disso.”

H., 49 anos, Carcinoma papilar na tiroide, pólipo fibróide no intestino delgado

“Eu sentia muitas, muitas cólicas, má disposição. Eu era ao contrário, eu ia demasiadas vezes à casa de banho, eu ia pelo menos 6 vezes à casa de banho por dia, se fosse preciso, e era demasiado e obviamente condicionava-me um bocado o dia-a-dia. Viajar para fora era quase impossível, porque eu tinha que ir constantemente à casa de banho e pronto e isso deixava-me muito mal, vomitava por vezes e ficava com enxaquecas também.”

M., 27 anos, SII e intolerância a lactose

“Há sempre a possibilidade do meu intestino ter um episódio, mas não me preocupa assim tanto no dia a dia, só quando começo a sentir alguma coisa. Todas as coisas que não são normais numa pessoa saudável são tão normais para mim, que eu não me preocupo assim tanto com elas.”

H., 25 anos, Doença de Crohn

As doenças intestinais (ou a suspeita da doença)

O subdiagnóstico é hoje uma realidade amplamente reconhecida nas doenças do foro intestinal, em particular em condições como a Síndrome do Intestino Irritável (SII)⁴, a doença celíaca⁵ ou as Doenças Inflamatórias do Intestino⁶. Em muitos casos, os sintomas são intermitentes, pouco específicos, ou normalizados, o que dificulta a sua leitura clínica e atrasa o acesso a um diagnóstico. Isto faz com que a incidência real destas doenças possa ser significativamente superior àquela que é aqui reportada.

Quando olhamos para os problemas, a intolerância à lactose surge como a condição mais prevalente, afetando cerca de um terço dos inquiridos. Seguem-se a Síndrome do Intestino Irritável e a intolerância ao glúten não-celíaca. Mas este retrato está longe de ser linear por haver uma forte sobreposição entre condições: entre as pessoas com SII, 22% são também intolerantes à lactose e 7% ao glúten. Esta coexistência de diagnósticos reforça a ideia de que os problemas intestinais raramente se apresentam de forma isolada. São, muitas vezes, um emaranhado de sintomas, com fronteiras difusas entre uma condição e outra. Na verdade, significa que o processo digestivo está comprometido e por isso a intolerância é muitas vezes a muitos alimentos.

Não é também um acaso que as intolerâncias alimentares sejam referidas com maior frequência como suspeitas de diagnóstico. Estas condições são frequentemente identificadas através de processos pessoais de tentativa-erro: a pessoa exclui certos alimentos, observa melhorias, e constrói uma explicação para o seu mal-estar. A experiência subjetiva torna-se, assim, uma forma de autodiagnóstico que orienta comportamentos e, por vezes, substitui a própria validação clínica. O elevado peso das suspeitas revela esta verdade: uma parte significativa da população vive com um problema intestinal que nunca chega a ser plenamente nomeado.

“Eu tenho linfedema, não é diretamente relacionado, mas também piora a condição. Também tenho síndrome do cólon irritável, intolerância à lactose e esta semana fiz exames e suspeitam que eu também tenha SIBO, que é o subcrescimento bacteriano no intestino.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

“Tenho síndrome do intestino irritável e já está diagnosticado. Tenho intolerância ao glúten e à lactose e a algumas leguminosas mais claras.”

M., 49 anos, SII, Intolerância ao glúten e lactose

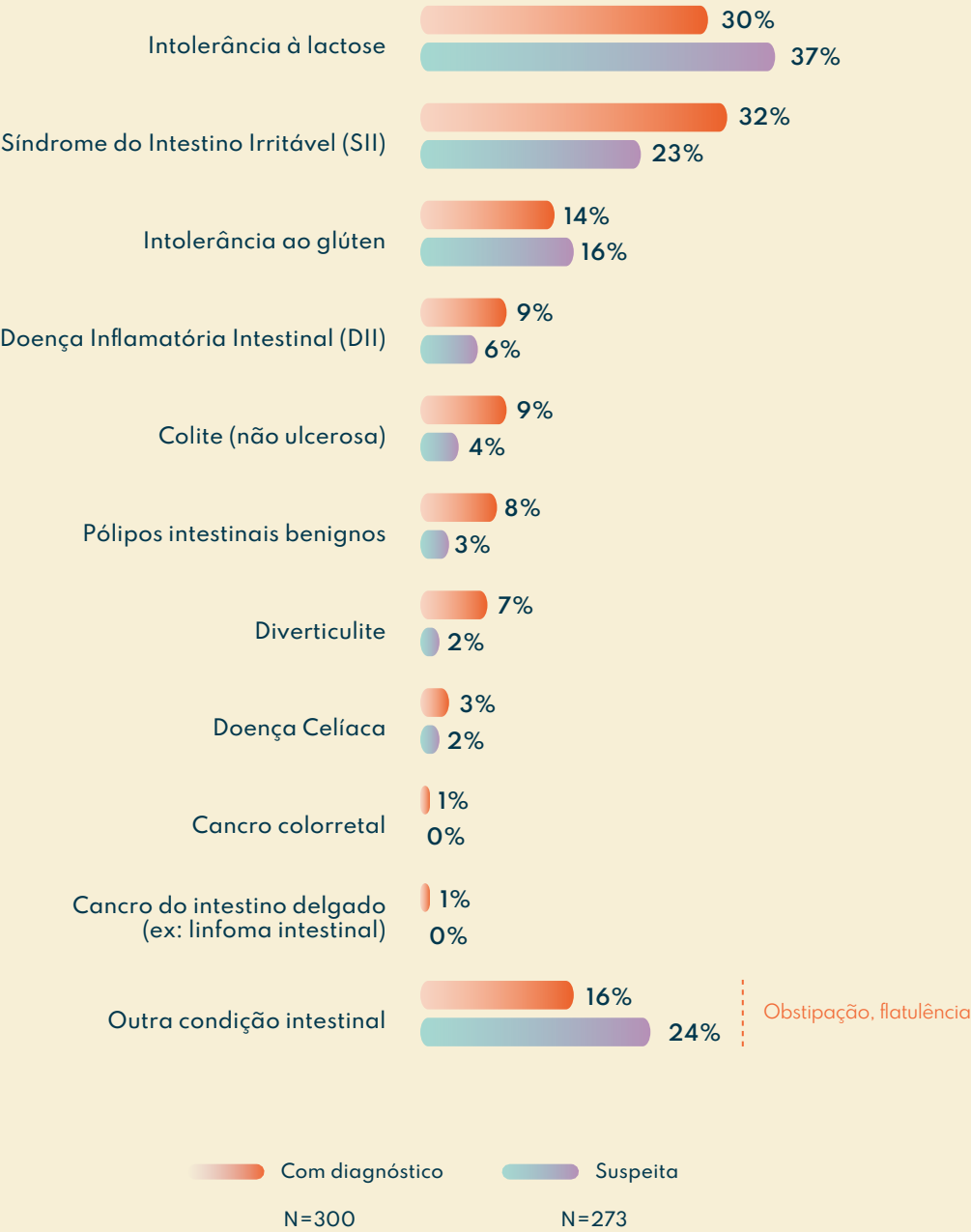
“Sou intolerante à lactose, mas nunca fiz nenhum exame específico para confirmar. Eu na altura falei com a minha médica de família e ela disse ‘experimente uma dieta sem laticínios, se te sentires melhor assim, mantém esse regime alimentar’ e foi isso que eu fiz.”

M., 36 anos, Doença celíaca

“Eu na altura falei com a minha médica de família e ela disse, 'o número de intolerâncias está a aumentar, tenta mudar a dieta e ver o que acontece.’”

M., 28 anos, Intolerância a lactose

Problemas intestinais reportados entre quem tem diagnóstico médico ou uma suspeita de diagnóstico



No estudo, foi definida uma amostra mínima de 300 indivíduos com diagnóstico médico. A estes somou-se naturalmente um grupo semelhante em dimensão (N=273) que refere ter uma suspeita de diagnóstico, sua ou avançada por um profissional de saúde.

O primeiro capítulo explica que o intestino é um ecossistema complexo que alberga muitos milhões de microrganismos (a microbiota intestinal) com um papel ativo na regulação do sistema imunitário, da inflamação e de múltiplas funções do organismo. Esta relação é, contudo, bidirecional: tal como o intestino influencia outros sistemas, também estes podem interferir na sua composição e no seu funcionamento.

Isto explica a sobreposição observada entre doenças intestinais e não intestinais: 37% dos inquiridos acumula problemas intestinais com outras condições, ou seja, para mais de um terço das pessoas, o mal-estar intestinal faz parte de um quadro clínico mais vasto, marcado por múltiplas fragilidades.

Entre estas interligações, destaca-se de forma expressiva o eixo cérebro–intestino. Mais de um quarto (26%) destas pessoas apresenta simultaneamente perturbações mentais. Em particular, as pessoas com Síndrome do Intestino Irritável tendem a apresentar um número mais elevado de doenças não intestinais, sobretudo do foro mental, um padrão documentado na literatura científica⁶, que aponta que cerca de um terço destes doentes sofre também de ansiedade ou depressão. O mesmo padrão observa-se entre pessoas com intolerâncias.⁷ Outros eixos bidirecionais reforçam esta lógica de interdependência. A ligação entre intestino e pulmões, assim como o papel dos hábitos alimentares, ajuda a explicar a sobreposição com condições como obesidade, hipertensão arterial e doenças respiratórias.

Este entrelaçamento de diagnósticos reforça uma ideia central: a saúde intestinal não pode ser pensada de forma isolada. O que se manifesta no intestino é, muitas vezes, expressão de um desequilíbrio mais amplo, e compreender estas interações é um passo fundamental para uma abordagem mais integrada e eficaz da saúde.

“Eu depois também tenho aqui outras coisas que até ao dia de hoje, não se sabe se tem alguma ligação, que é espondiloartrite. Não se consegue chegar de facto a uma conclusão, se tem alguma ligação ou não. Assim como urticária ao frio. Portanto já tenho aqui também uma listinha de situações que podem ou não estar interligadas.”

M., 44 anos, Doença celíaca, espondiloartrite e urticária

“Começou há uns anos, problemas gástricos devido a uma hérnia do hiato, portanto, tinha digestões muito difíceis, depois mexia com a vesícula, a vesícula mexia com o intestino, foi muito complicado. Depois fui operado à hérnia do hiato, que é na entrada no estômago. (...) Também tenho um problema de família que é o ácido úrico elevado e me causa gota. (...) Depois o tratamento para a gota é um medicamento que dá cabo da flora intestinal, e a lactose também não consumo, por causa do intestino.”

H., 49 anos, Hérnia do Hiato e Gota

“Tinha muitas dores, tinha diarreias matinais e na altura foi diagnosticado o síndrome do intestino irritável. Mais tarde, nunca fizemos relação, ou pelo menos os médicos nunca fizeram relação, comecei a ter sintomas de hipotireoidismo, ficou validado o hipotireoidismo e depois de ter sido mãe, apareceu-me uma doença autoimune, ou acordámos uma doença autoimune que se chama espondilite anquilosante e aí já fizeram relação com o hipotireoidismo.”

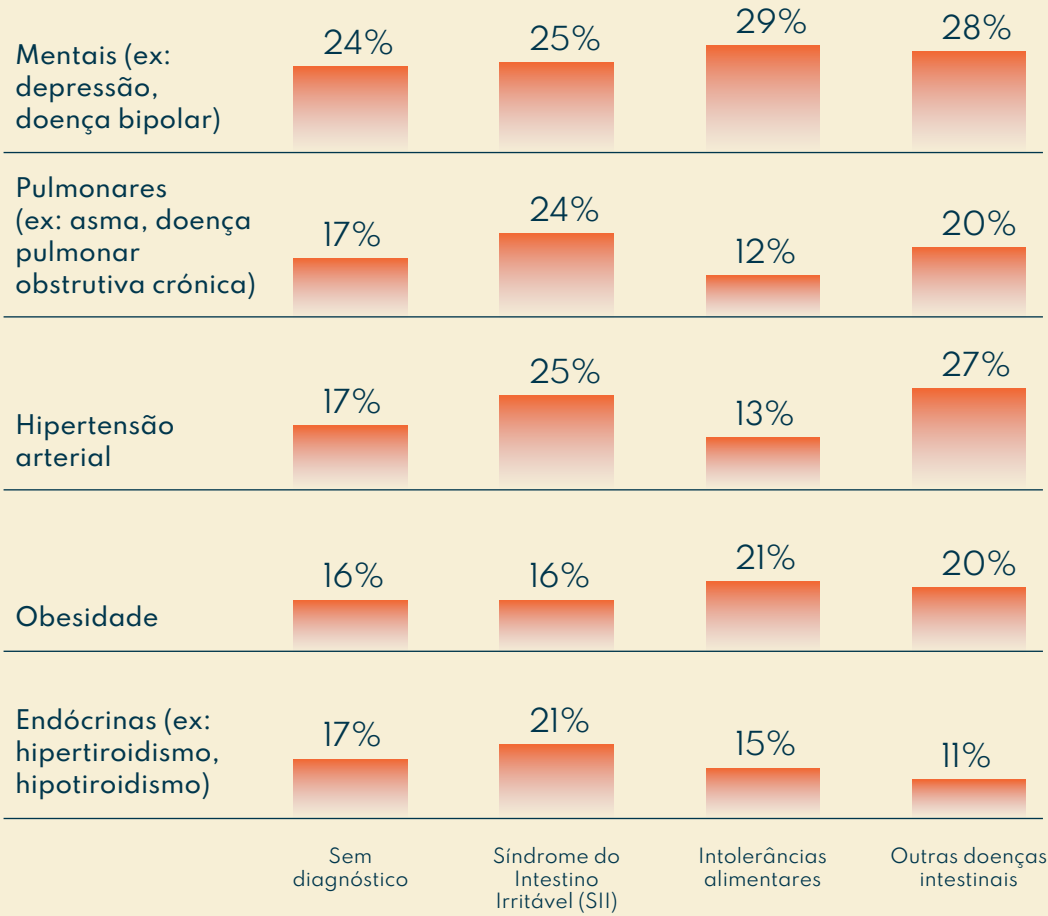
M., 40 anos, SII, hipotireoidismo e espondilite anquilosante

A ligação evidente de doenças intestinais e não intestinais

37%

Acumula, pelo menos, uma doença não-intestinal com a doença intestinal

Doenças não-intestinais mais frequentes, por diagnóstico (Top 5)



Q: Qual ou quais doenças tem? (n=800)

Idade: problemas que nascem cedo

A idade é crítica, tanto no surgimento dos primeiros sintomas como na forma como o desconforto intestinal é gerido ao longo da vida. Para quase metade da amostra (45%), os primeiros sinais surgiram antes dos 25 anos; em 30% dos casos, começaram ainda na infância ou na adolescência, muitas vezes em fases de grande transformação biológica, como a puberdade ou o início do ciclo menstrual. A literatura científica corrobora esta tendência.^{8,9} Resta a dúvida, que se deixa à ciência, de saber se o início precoce dos sintomas reflete uma característica estrutural destas doenças ou se traduz os efeitos de estilos de vida e padrões alimentares desequilibrados que se instalam cada vez mais cedo. A uma predisposição genética pode associar-se uma suscetibilidade durante o período crítico que são os primeiros 1000 dias de vida.

Mas se os sintomas nascem cedo, o seu reconhecimento é, muitas vezes, tardio. São os mais jovens quem reporta níveis mais elevados de desconforto intenso, mas também quem mais permanece sem diagnóstico. Como veremos no próximo capítulo, o caminho entre a consciência do mal-estar e o diagnóstico é longo e agravado por fatores estruturais, como o princípio de não se fazer certos exames em idades jovens. Acresce o fator comportamental próprio dos mais jovens, com menor perceção de risco ou consequência. Há menos disciplina alimentar sob o pretexto de que o corpo ‘tolera tudo’. Nos grupos de discussão, houve relatos de como o ‘click’ de consciencialização surgiu só depois dos 30 anos, ou na sequência de uma crise aguda.

Ao mesmo tempo, observa-se um contraste geracional na forma como o tema é vivido e falado. Enquanto as gerações mais velhas tendem a encarar estes problemas como um assunto íntimo, os mais jovens recorrem às redes sociais, “viciando” os seus algoritmos em conteúdos sobre saúde intestinal no TikTok ou Instagram, numa tentativa de compreender melhor o que se passa no seu corpo.

“Eu nasci constipado porque a minha mãe constipou-se na gestação e na altura não havia nada de ben-u-ron nem nada daquelas coisas e então eu nasci constipado. Tive de tomar antibióticos desde que nasci e (...) pode ter provocado danos nos intestinos e daí eu ter o problema que tenho, que só me foi diagnosticado aos 23.”

H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do sono, Excesso de peso

“Eu comecei a ter complicações por volta dos 17, 18 anos. (...) Foi preciso chegar aos meus 27 anos para ter um diagnóstico.”

H., 47 anos, Doença de Crohn

“Já estou com esta situação desde os 17 (...) Claro que quando eu olho para aquele período dos 17 aos 28 é a parte mais inconsequente, nós não temos muito cuidado alimentar e acho que isso vai começando a mudar dos 30 para a frente.”

H., 46 anos, Doença de Crohn

“Este é um tema sobre o qual eu falo muito dentro do meu círculo, é um tópico que já não é nada tabu, pelo menos para a minha geração, o que é ótimo.”

M., 27 anos, Sem diagnóstico

“Eu estava com tantos sintomas durante tantos anos que não consegui entender. (...) Chega a um ponto em que conseguimos que realmente as coisas comecem a correr melhor porque estamos mesmo muito conscientes do que é que o nosso corpo aguenta ou não.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

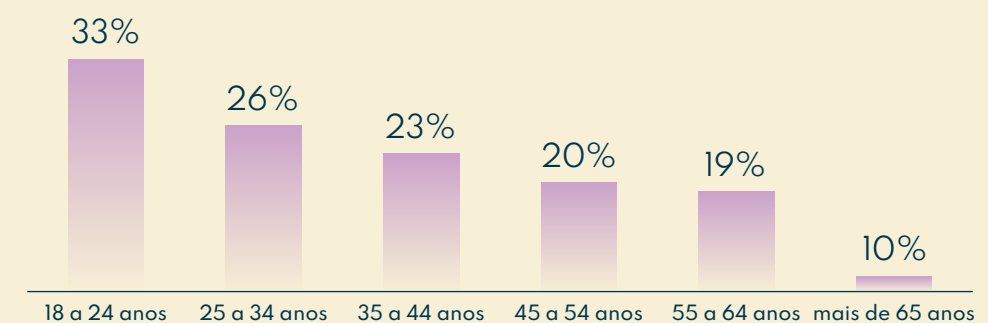
45%

começa a sentir os sintomas de desconforto intestinal de forma regular antes dos 25 anos

N=800

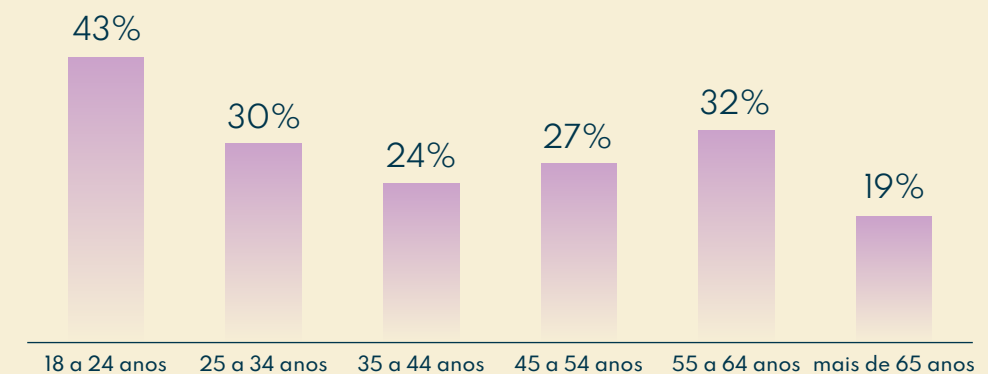
Percentagem que indica sentir desconforto intestinal intenso, por faixa etária

N=800



Percentagem sem diagnóstico médico, por faixa etária

N=800



Uma questão de género: mal-estar feminino prevalece

Das 1330 pessoas que, neste estudo, reconheceram desconforto intestinal persistente, 64% são mulheres. Sendo o autorreconhecimento altamente subjetivo, esta diferença de género traduz-se sobretudo numa propensão muito mais elevada das mulheres para reconhecer desconforto intestinal do que numa prova inequívoca de uma maior prevalência biológica. Os médicos inquiridos para este estudo confirmam este padrão: 65% referiu que as mulheres adultas são quem mais apresenta queixas intestinais. A literatura internacional também aponta para uma maior incidência de problemas intestinais entre mulheres, em particular a SII¹⁰ e a intolerância ao glúten¹¹, embora existam exceções (ex. o cancro colorretal tende a ser mais comum entre os homens).

Fica a questão: serão as mulheres, de facto, mais predispostas a doenças intestinais? Ou serão elas mais vigilantes e francas quanto ao que sentem, enquanto os homens mais facilmente se resignam ao desconforto? Tanto os dados como as conversas deste estudo sugerem que ambas as realidades coexistem e contribuem para uma diferença de género importante.

Para além dos fatores biológicos de base, existem condições e experiências ao longo do ciclo de vida que são exclusivas da mulher, nomeadamente a gravidez e o parto, com repercussões profundas no corpo e na saúde digestiva. Foi comum esta sensação de que sintomas como a diarreia e o inchaço pioram durante períodos hormonais como a menstruação (30% das mulheres vs. 4% dos homens).

Em alguns casos, o surgimento dos primeiros sintomas coincidiu precisamente com a puberdade e a primeira menstruação. Tal explica, em parte, que metade (50%) das mulheres tenha começado a sentir desconforto intestinal de forma regular antes dos 25 anos (vs. 37% dos homens).

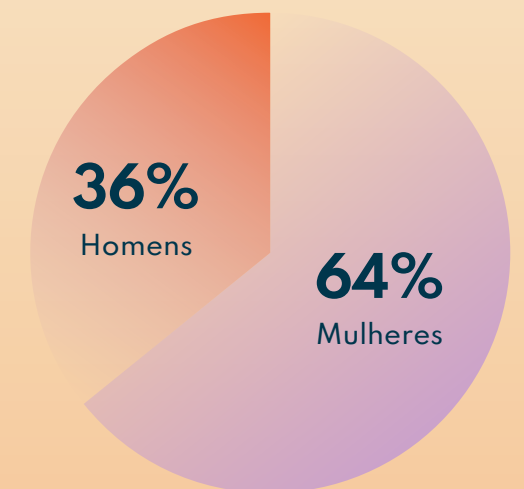
Os sistemas reprodutor e intestinal parecem, de facto, ter uma ligação intrínseca, com relatos frequentes de sobreposição entre doenças intestinais e condições como a endometriose, síndrome dos ovários poliquísticos, ou ainda as doenças autoimunes que são desencadeadas com a gravidez, como é exemplo a tiroidite de Hashimoto. Esta interseção gera entropia: os sintomas confundem-se e o diagnóstico fica mais difícil. Por exemplo, pessoas que indicaram ter endometriose referiram a dificuldade em distinguir se a dor é ‘do intestino ou do útero’. Também pelo facto de a menstruação ser geralmente associada a um período de desconforto, faz com que outros sintomas relevantes nesse período tendam a ser subvalorizados.

Esta ambiguidade, somada ao facto de algumas doenças terem diferentes prevalências entre géneros, contribui para um subdiagnóstico mais pronunciado entre mulheres: 68% não tem diagnóstico vs. 53% dos homens. A ausência de diagnóstico e a confusão de sintomas, por sua vez, podem gerar uma maior sensação de descontrolo: 20% das mulheres sente que perde o controlo durante momentos de desconforto intestinal vs. 16% dos homens. Entre os homens, observa-se uma maior sobreposição com problemas metabólicos e vasculares, como gota, hipertensão ou aneurismas.

Para além de diferenças clínicas e biológicas, existe uma marcada diferença na perceção social e na comunicação da doença. Nos grupos de discussão ficou evidente que as mulheres tendem a descrever os sintomas com muito mais detalhe, são mais vigilantes e tendem a procurar mais redes de apoio. Já os homens parecem enfrentar estigmas ou reservas sociais, onde a partilha de sofrimento é vista como um ‘ato de fraqueza’. Pelas conversas, foi perceptível que tendem a minimizar sintomas com humor, ridiculizando sintomas como sendo apenas resultados de excessos (‘andar a comer muita feijoada’).

A desvalorização parece estender-se até ao campo da prevenção: alguns referiram que exames como a colonoscopia são muitas vezes vistos por outros homens como sendo ‘um absurdo’ ou ‘não masculino’, atrasando o diagnóstico e prolongando o sofrimento.

Além do estigma, pela observação comparada de grupos apenas compostos por mulheres ou apenas compostos por homens, os problemas intestinais parecem acarretar aos homens uma carga adicional de embaraço ‘logístico’ em contextos sociais e profissionais, com preocupações constantes com a ‘privacidade’ ou a localização da casa de banho. E, de facto, quando se avaliam os domínios da vida quotidiana mais afetados pelo desconforto intestinal, o trabalho, a vida social, a vida amorosa e o sono sobressaem mais entre os homens do que entre as mulheres.



Problemas intestinais mais reconhecidos pelas mulheres, fazem com que a amostra do presente estudo seja maioritariamente feminina

Distribuição que resulta de pergunta filtro inicial realizada a uma amostra de 2949 indivíduos equilibrada em termos de género (47% homens e 53% mulheres). Da subamostra (45%) que indicou problemas intestinais persistentes, 64% são mulheres.

Vozes no feminino

“No meu caso, na intolerância à lactose, eu tive ali uns anos muito normal, se calhar até aos 10 anos nunca tinha sintoma nenhum, e depois quando me começou a aparecer a menstruação, aos 11, foi quando, curiosamente, começou tudo a piorar, ou seja, comecei a ter esses sintomas. Então foi a partir da adolescência, mais ou menos. (...) Quando eu tinha menstruação também ficava sempre com muita dor, muita cólica e muita diarreia, não sei se isso será mesmo alguma relação entre a menstruação e o intestino. Eu neste momento faço uma pílula contínua então já não menstruo, mas agravava sempre, agravava muito.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“Por volta dos 21 anos, eu sempre tive menstruações muito longas, muito dolorosas e outra coisa de que não se falava na altura: endometriose. (...) Então não sabiam já se as minhas dores eram intestinais, se eram do útero... Depois veio o diagnóstico: bumba!, tenho endometriose também, e ainda agrava mais a saúde intestinal.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

“Eu não disse que também tenho síndrome dos ovários poliquísticos, não é endometriose, mas também tem a ver com a parte ginecológica, por isso também acho que é uma coisa comum que muitas de nós temos. E muitas mulheres [em fóruns online] tinham todas estas coisas em paralelo: a parte ginecológica, a parte emocional, a parte intestinal e eu não me sentia tão sozinha e isso ajudou-me.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Comecei a ter muitas diarreias com muita frequência (...) e depois tinha muitas dores abdominais. Coincidiu com a questão de estar menstruada e aquilo gerou algumas dúvidas. (...) Depois apareceram sintomas anais, tive fistula anal (...), depois aquele processo que ainda demorou uns 15 dias a chegar ao diagnóstico de Crohn.”

M., 46 anos, doença de Crohn

“Quando a menstruação está a chegar, se calhar o nosso intestino começa a funcionar de maneira diferente e se calhar aí sinto mais um desconforto a esse nível, mas também não é nada anormal.”

M., 25 anos, sem diagnóstico

Vozes no masculino

“Acho que há muito tabu, principalmente em relação à classe masculina, de falar do tema, de ir fazer uma colonoscopia como há pouco alguém falou. É uma coisa, parece que é um absurdo e dizem, tipo “Eu não, eu não vou fazer nunca isso”, porque é algo que parece que não é macho, ou não é masculino fazer um exame desses. (...) E há ainda um bocadinho esse estigma que é uma coisa que não se pode falar disso.”

H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do Sono

“Começou há uns anos, problemas gástricos devido a uma hérnia do hiato, portanto, tinha digestões muito difíceis, depois mexia com a vesícula, a vesícula mexia com o intestino, foi muito complicado. (...) Também tenho um problema de família que é o ácido úrico elevado e que me causa gota. Portanto, se não tiver cuidado... não posso beber vinho, não posso beber cerveja, carnes, também por causa da purina, as crises de gota são muito complicadas, o pé fica de uma forma que eu não consigo mesmo andar. Depois o tratamento para a gota (...) que dá cabo completamente da flora intestinal, e a lactose também, também não consumo lactose por causa do intestino.”

H., 49 anos, Hérnia do Hiato e Gota

“Acho que ainda não se normalizou a situação, sem sombra de dúvida. E acho que só tem informação quem passa pela situação em si, quem sabe que ela existe, consulta, procura, vai a colóquios, vai a formações, vai a palestras. (...) Existe muito aquele conceito, que é: se falarmos de uma forma geral desta situação vão dizer “isso andas a comer muita feijoada, de certeza. Só pode.” E há muito essa desvalorização, há muito isso.”

“Eu acho que é capaz de haver uma tendência muito masculina para esse tipo de situações na desvalorização, mas acho que é algo que é muito intrínseco mesmo na forma de estar. (...) Há muita vergonha de partilha com o seu par masculino, e se calhar até partilha mais depressa com uma pessoa conhecida do sexo feminino. Existe muito esse receio, a meu ver, erradamente, porque levantam esses próprios bloqueios desnecessariamente. Percebo isso na geração dos meus pais e na geração dos meus avós, que isso aconteça com mais frequência, acho que na geração à qual eu pertença e as que vêm agora, acho que a tendência poderá reduzir nesse sentido. Mas sim, é um facto, a parte masculina tem mais tendência a esconder isso, porque tem mais vergonha disso, acho que as mulheres, entre elas, terão mais vontade a falar (...) Há essa partilha, dentro do próprio feminino, partilha de situações, dificuldades, problemas e o homem sempre encarou isso como um ato de fraqueza. Partilhar isso é um ato de fraqueza...”

H., 46 anos, doença de Crohn

32% vs 47%

Mulheres Homens

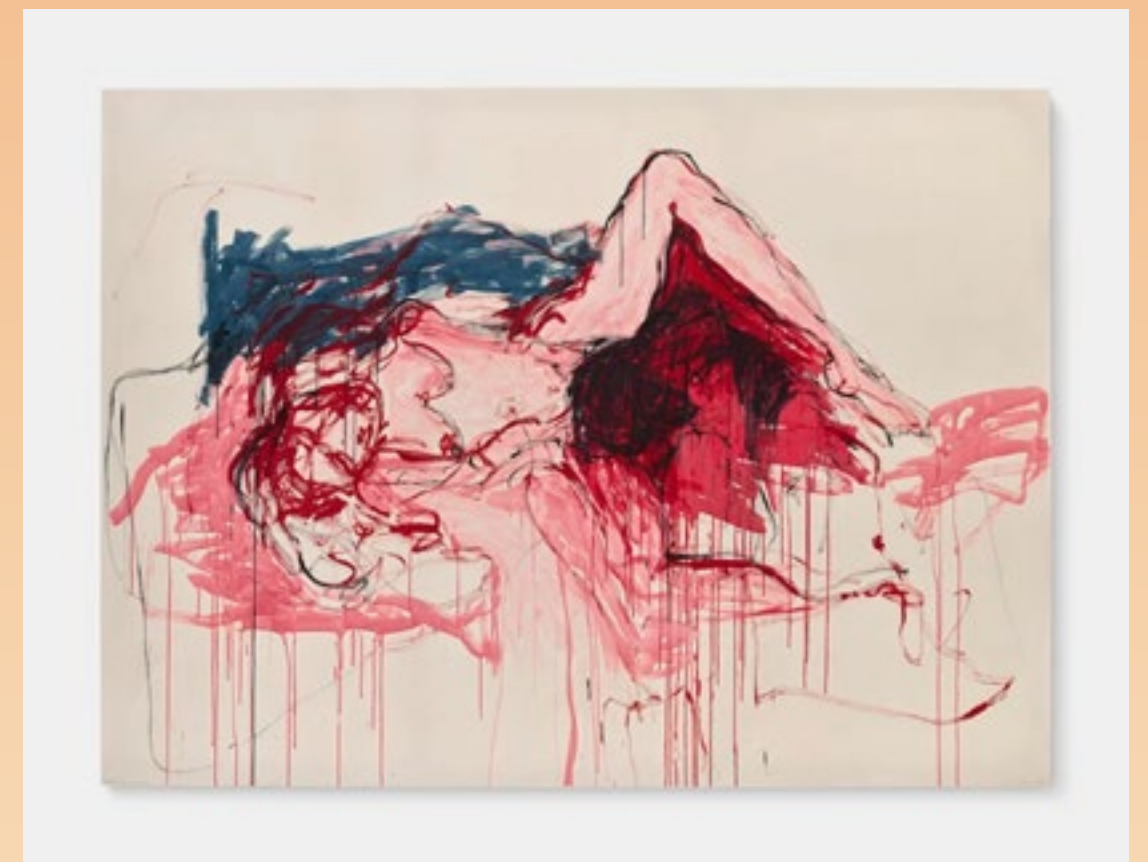
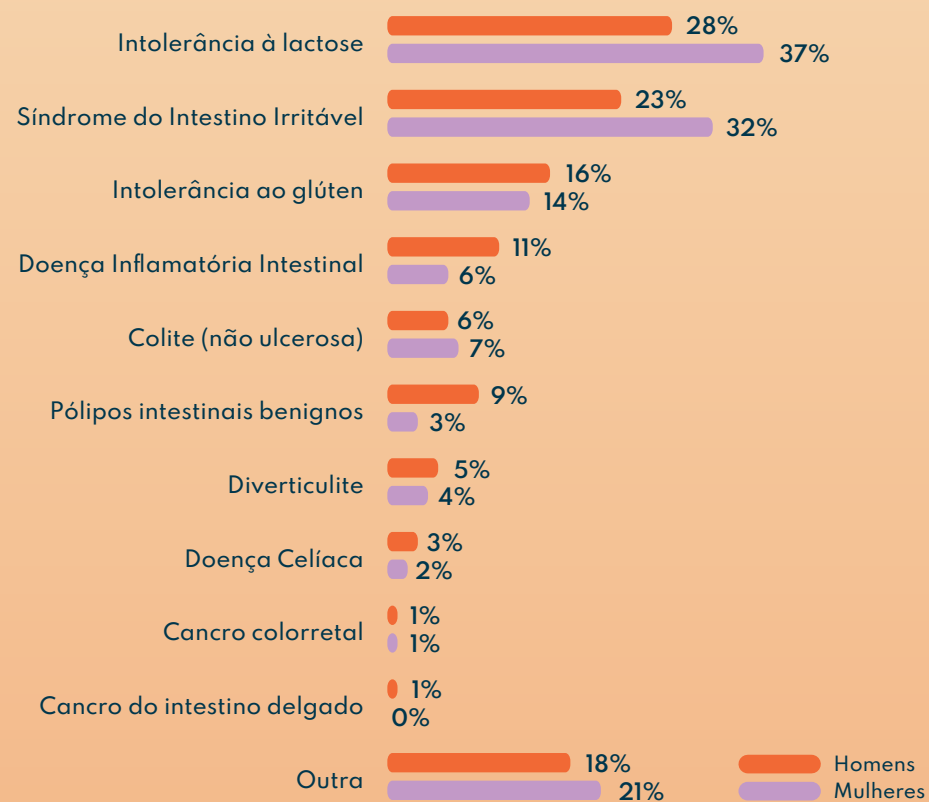
Tem um diagnóstico médico para o seu problema intestinal

N=800

Problemas intestinais por género

(com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico)

N=573



Tracey Emin, And It was Love (2023). © Tracey Emin.
Photo: Prudence Cuming Associates Ltd.

Na prática de Tracey Emin, a arte surge como uma figuração direta da dor feminina, sem mediações nem proteções simbólicas. No seu trabalho, o corpo que dói, o luto e a fragilidade ganham forma visível. A pintura torna-se uma continuação do próprio corpo, um modo de respirar quando a experiência se torna insuportável. A ausência de esboços, de distanciamento ou de idealização faz com que o que aparece na tela seja a dor tal como é vivida: crua, íntima, exposta.

Ao longo de décadas, Emin construiu uma obra em que o corpo feminino deixa de ser objeto para se tornar sujeito do sofrimento e da resistência. A vulnerabilidade não é retratada como sinal de fraqueza, mas de verdade e força. Para a artista, é através da exposição do que dói que se cria possibilidade de ligação e de sentido. Não procura curar no sentido de apagar a ferida, mas de a tornar comunicável, partilhável, habitável. Nesse gesto, a arte transforma-se num espaço onde a dor deixa de ser solitária e passa a ser reconhecida.

Consequências de largo espectro no dia a dia

Qualquer doença ou mal-estar tem consequências para lá da sintomatologia diretamente relacionada com a doença. O corpo adoece e, como consequência, a mente reage. No caso das doenças intestinais, as consequências psicológicas vão além disso. Especialmente nas doenças intestinais funcionais e inflamatórias, a comunicação bidirecional constante com o cérebro e o sistema nervoso previamente explicada, influencia o humor, a ansiedade e a irritabilidade. Não se trata apenas de uma reação psicológica à doença – sendo que ela também existe -, mas, acima de tudo, de fatores fisiológicos que mexem com o estado mental em tempo real.

Quando questionados sobre o que sentem durante as situações de desconforto intestinal, os inquiridos que reconhecem não conseguir manter o controlo, acusam em larga escala esse tipo de emoções: ansiedade (42%), irritação (39%), frustração (38%), desânimo (25%).

A fragilidade emocional foi descrita como um ‘círculo vicioso’ onde o stresse agrava os sintomas, e o desconforto intestinal agrava o estado mental. Este desgaste psicológico persistente e continuado tem consequências de largo espectro no dia a dia. Numa pergunta posterior, que procura avaliar o impacto negativo na vida de forma geral, todas as esferas parecem influenciadas: a relação com a comida e o humor em lugar cimeiro, logo seguidos por outros fatores como a autoestima, a motivação ou a capacidade de concentração. A própria gestão da doença, quando obriga a uma organização exigente, pode acrescentar às dificuldades psicológicas [ver dados nas páginas seguintes].

“Eu acho que é um ciclo vicioso. Quando temos o intestino a funcionar não de acordo com o que nós gostaríamos (...) vai afetar o humor, afetando o humor isto vai afetar o nosso emocional, a impaciência, por sua vez, em termos psicológicos e emocionais também já está a ter efeitos (...) Isto acaba por ser uma pescadinha de rabo na boca.”

M., 37 anos, sem diagnostico

“Eu posso dizer que muitas vezes tenho receio de pôr alguma coisa à boca com glúten, portanto, eu acho que isto já me acompanha nos meus sonhos, mas tenho algum receio, porque sei que vou sofrer bastante.”

M., 44 anos, Doença celíaca, espondiloartrite e urticária

“Também não há vontade de estar com outras pessoas, por desconforto (...) Para além do mau humor e tudo isso também não queremos estar com pessoas, queremos estar mais à vontade.”

M., 41 anos, sem diagnóstico

“Eu já deixei de ir a sítios porque acho que chego lá, vou ficar ansioso e depois vou ter uma crise. Já cheguei a tomar medicação antes de ir seja para onde for, para evitar porque sei que vai acontecer alguma coisa assim mais stressante.”

H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do Sono, Excesso de peso

82%

Em geral, quando está nas situações de desconforto intestinal, sente que não consegue, ou é-lhe difícil, manter o controlo sobre o seu corpo e/ou o seu estado emocional

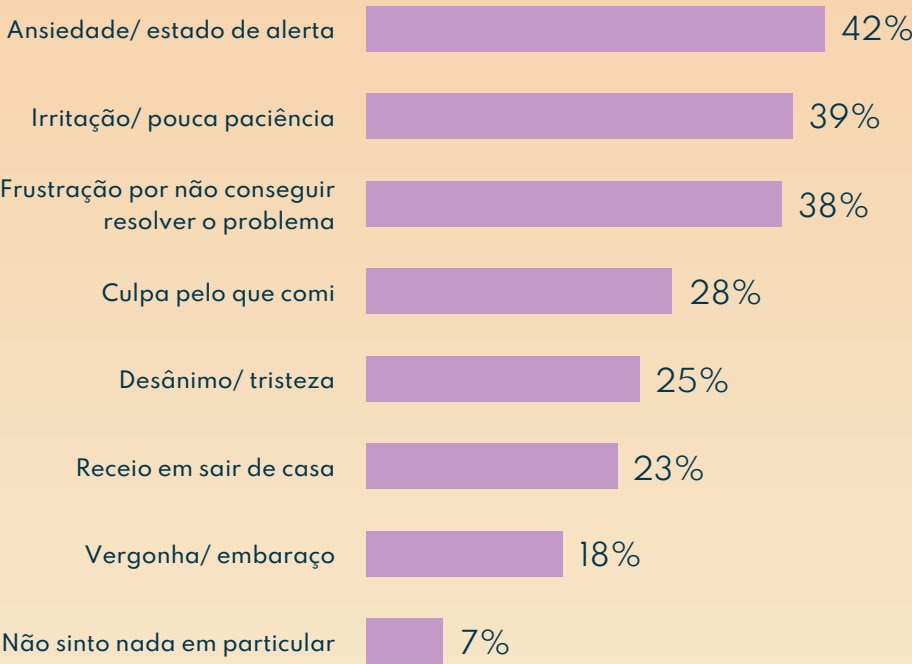
N=800



Impactos no bem-estar mental e cognitivo

Durante situações de desconforto intestinal, o que sente?

N=655 | não controla o corpo ou estado emocional



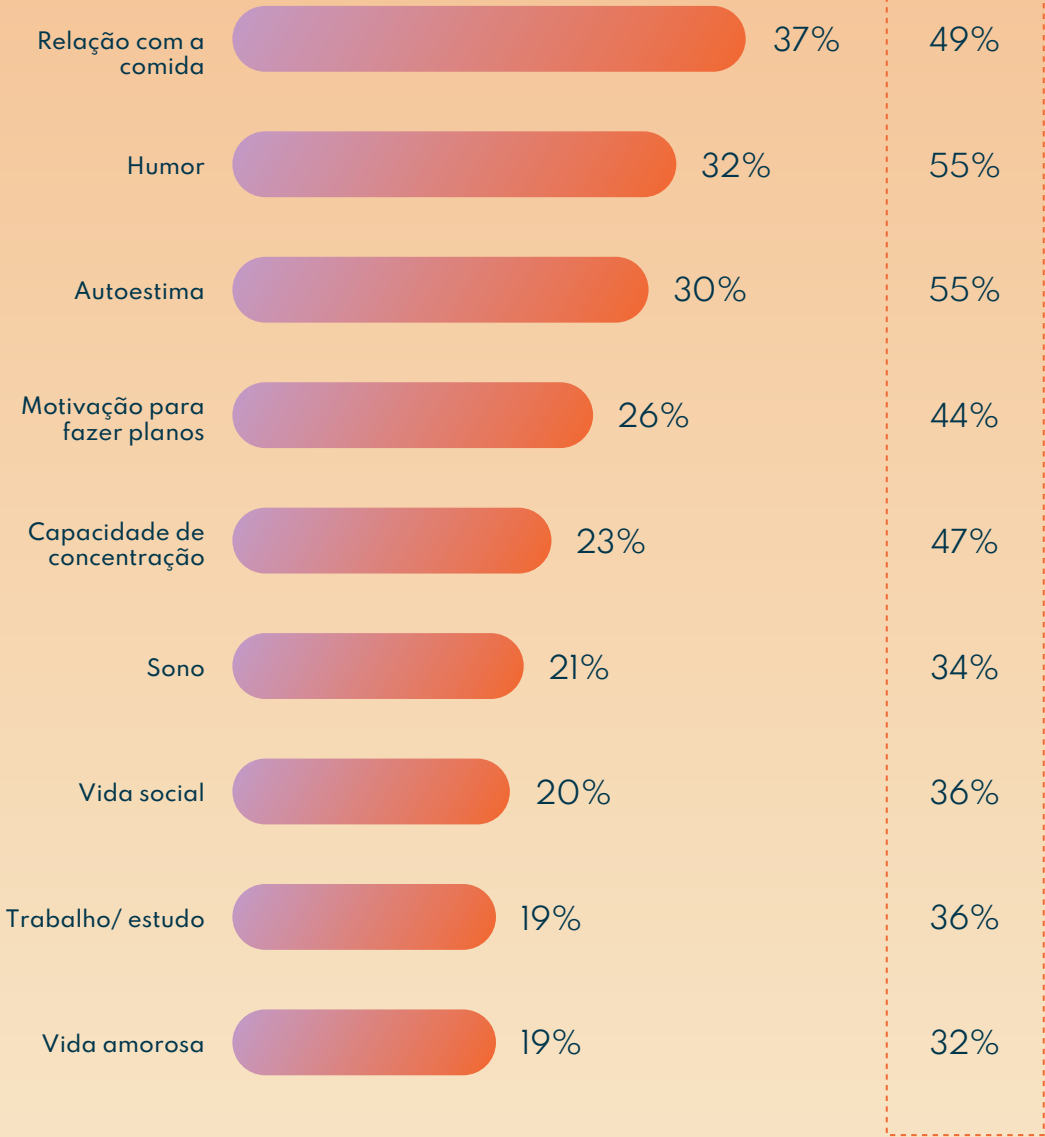
Impactos no quotidiano

Até que ponto considera que o seu problema intestinal afeta negativamente a sua vida?

N=800

Respostas 'afeta muito negativamente' e 'afeta bastante'

Não está em controlo¹



¹Em geral, quando está nas situações de desconforto intestinal, sente que consegue manter o controlo sobre o seu corpo e/ou o seu estado emocional?

Quando os sintomas são persistentes mas, principalmente, quando há a sensação de não se ter controlo sobre o corpo ou o estado emocional quando os episódios ocorrem, este tipo de condição passa a determinar o quotidiano, as relações e a forma como a pessoa vive no mundo.

No geral, 32% dos indivíduos indica o humor como algo que é muito ou bastante afetado por se viver com um problema intestinal mas, para quem não se sente em controlo, esse número sobe para 55%; no caso da autoestima, sobe de 30% para 55%; na vida social ou na motivação, as distâncias são igualmente expressivas, como é visível no gráfico ao lado.

A luta pelo controlo e a autovigilância são, por isso, constantes e moldam de forma muito concreta diferentes dimensões da vida, nomeadamente a forma como as pessoas se relacionam consigo próprias e com a alimentação. Parece existir uma tensão constante entre o ‘medo de comer’ (tentativa de medida preventiva) e o uso de comida como ‘aconchego emocional’ (perda de controlo em momentos de frustração). Um ciclo que gera remorsos e sentimentos de culpa quando a pessoa cede a alimentos que sabe serem prejudiciais, ou quando vê o seu peso a oscilar. Tudo comportamentos e emoções que, por sua vez, afetam a imagem corporal e a confiança.

Já a ‘vida exterior’ é muitas vezes ditada pela necessidade de garantir que existe uma casa de banho por perto ou por receios de crises incontrolláveis, como gases ou diarreia. Em consequência, muitos isolam-se, evitam convívios, jantares fora, viagens e até trabalho presencial. Houve casos extremos de pessoas que se viram forçadas a pedir teletrabalho.

“É levar marmitas o dia todo, com cento e cinquenta marmitas, preparar na noite anterior, mesmo que chegue cansada a casa, porque eu tenho de planear desde as sete da manhã até às oito da noite que fico fora de casa. (...) As pessoas não têm noção do backstage do que é ter uma doença intestinal. (...) Quando não vou à casa de banho mais de dois dias, eu fico tão inchada ao ponto de ter náuseas, dores de cabeça, enxaquecas. Eu não consigo pensar, não consigo trabalhar, não consigo raciocinar.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

“Não durmo em condições há anos, acordo três, quatro vezes durante a noite, durante o dia estou extremamente cansado, tenho de estar sempre a lutar contra o cansaço extremo.”

H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do Sono

“Eu já deixei de ir ao trabalho (...) já pedi para ficar em teletrabalho porque estava sempre a ir à casa de banho, então era do género "Hoje não é um bom dia para estar a ir para Lisboa.”

M., 32 anos, sem diagnóstico

A voz dos médicos

Auscultação a médicos reforça que o problema não só é generalizado, como crescente

90%

Dos médicos de medicina geral e familiar refere ouvir queixas intestinais frequentemente ou muito frequentemente.

65%

Indica as mulheres adultas (entre os 35 e os 55 anos) como o tipo de pessoas em que observa com mais frequência este tipo de queixas.

50%

Considera que as queixas que lhe chegam são maioritariamente funcionais, mas com impacto relevante na qualidade de vida.

NOTA METODOLÓGICA

O inquérito aos médicos apresenta uma base estatística reduzida (N=48), pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência e entendidos como indicativos de tendências, e não como valores representativos do universo de médicos em Portugal.

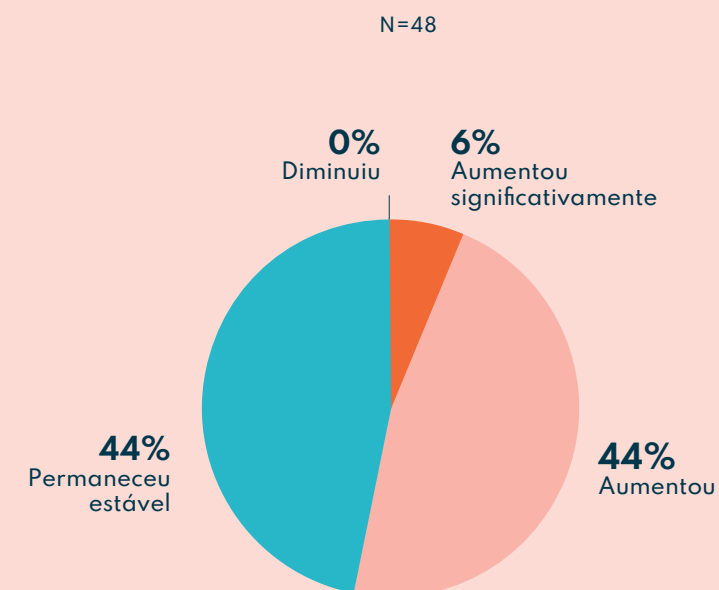
Como parte deste estudo, foi realizado um inquérito a 48 médicos de Medicina Geral e Familiar, que trabalham nos setores público e privado, com o objetivo de compreender como percebem a evolução das queixas intestinais.

Os resultados confirmam de forma clara aquilo que emerge dos dados da população: o mal-estar intestinal não é um fenómeno marginal, mas uma realidade frequente e em crescimento. Nove em cada dez médicos afirmam ouvir queixas intestinais com frequência ou muita frequência, e metade (50%) considera que nos últimos anos o número ou a intensidade destas queixas tem vindo a aumentar. Os sintomas mais frequentemente mencionados pelos médicos - gases e flatulência, obstipação, inchaço abdominal e cólicas - coincidem com os que surgem no topo das queixas da população. Na prática clínica, as queixas aparecem de forma transversal, mas são particularmente notadas em mulheres adultas, em pessoas mais velhas/ idosas e em doentes com historial de ansiedade e depressão.

Quando questionados sobre as causas deste aumento, os médicos apontam maior prevalência de perturbações ansiosas e depressivas (83%), uma alimentação inadequada (79%) e estilos de vida acelerados, marcados por níveis elevados de stresse (75%). Surgem ainda, embora com menor peso, o sedentarismo (58%) e uma maior vigilância das pessoas aos sinais do próprio corpo (29%), sugerindo que o aumento das queixas resulta tanto de mudanças nos estilo de vida como de uma maior consciência dos sintomas.

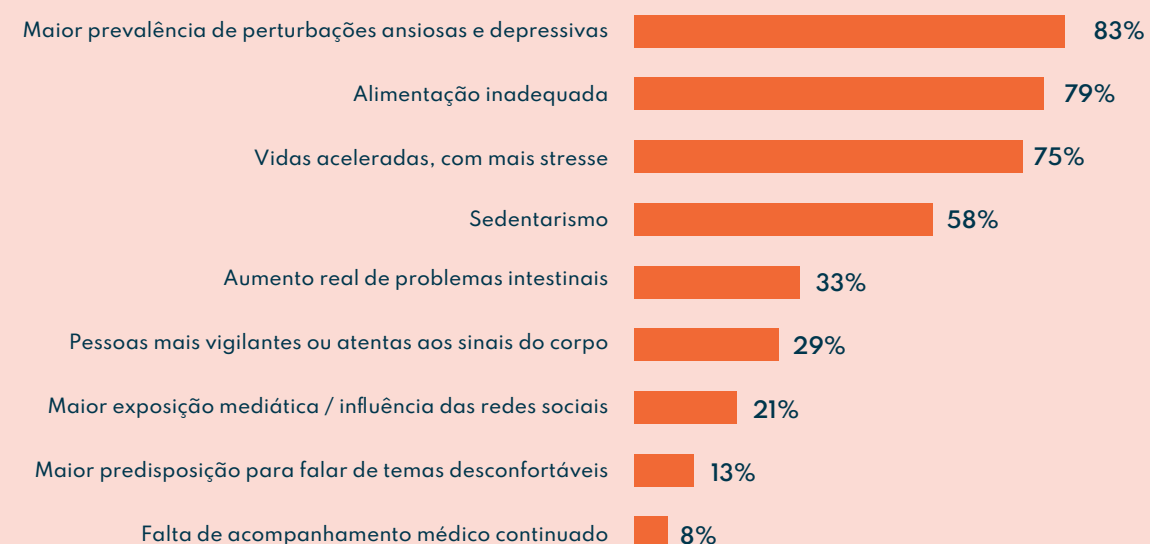
No seu conjunto, estas perceções não só validam o retrato traçado ao longo deste capítulo, como sublinham a urgência de encarar o desconforto intestinal como uma questão relevante de saúde pública.

Em termos de tendência, comparando com há 4 ou 5 anos, sente que o número ou a intensidade das queixas intestinais?



Na sua opinião, a que se poderá dever essa evolução:

N=24 | se considera que aumentou
Nota: base estatisticamente pouco significativa





Gut Feelings: Crafting gut-brain connections
Hazelhurst Arts Centre, Australia

“Gut Feelings: Crafting gut-brain connections” foi uma exposição participativa que estreou durante a National Science Week 2025 no Hazelhurst Arts Centre, em Gympie, Austrália. A exposição propôs uma aproximação criativa entre ciência e arte para explorar a fascinante ligação entre o intestino, o cérebro e o microbioma humano, o conjunto de microrganismos que vivem no nosso sistema digestivo e que influenciam não só a digestão mas também o bem-estar mental. Em vez de painéis de ciência convencionais, a exposição transformou conceitos complexos em esculturas têxteis, peças de arte macias e uma série de formas feitas à mão, muitas delas produzidas pela própria comunidade.

Mais de 4000 vilosidades intestinais de lã, centenas de microrganismos e figuras gigantes, incluindo um possível “intestino de grande escala” para entrar, foram confeccionados por participantes de todas as idades, que aprenderam sobre microbiologia e neurociência enquanto tricotavam ou teciam.

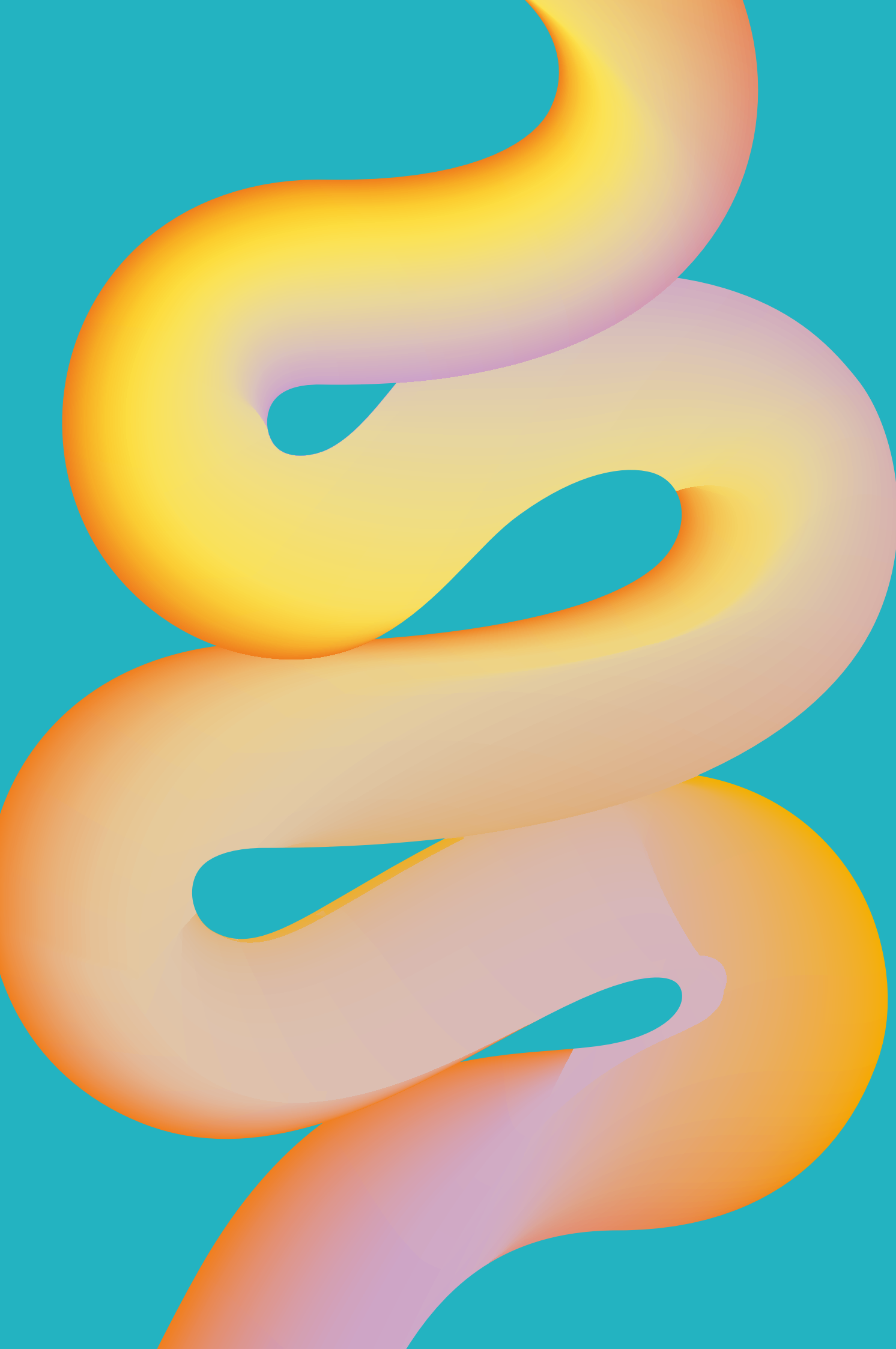
Este retrato da saúde intestinal dos portugueses – ou, no caso, da ‘falta de saúde’ – não deixa margem para dúvida quanto à escala do problema: não só atinge cerca de 45% dos portugueses, como provoca um mal-estar que surge cedo na vida e se prolonga no tempo. A sintomatologia é forte e a maioria das pessoas não sente ‘estar em controlo’ físico ou emocional quando tem episódios de desconforto intestinal.

O que resulta daí?

Uma vida altamente condicionada. Não apenas porque a ligação permanente ‘intestino-cérebro’ provoca imediatas consequências no humor ou na irritabilidade quando um episódio surge, mas, mais gravoso, porque a persistência deste tipo de condição acaba por ter consequências nas escolhas quotidianas, na vida social, laboral e até na vida amorosa.

O estudo vem também confirmar o impacto que a falta de saúde intestinal tem na perceção de saúde geral. Tendo de avaliar, numa escala de 1 a 10, a saúde física e a saúde mental, a média de respostas situa-se nos 6,8 e 6,9, respetivamente. Comparando com o mesmo indicador para a população portuguesa em geral (“A saúde dos portugueses: um BI em nome próprio”, 2024), mostra-se que o gap, na saúde física, está nas 7 décimas (6,8 vs. 7,5) e na saúde mental em 9 décimas (6,9 vs. 7,8).

Um inquérito feito a médicos de medicina geral e familiar comprovou não apenas a prevalência destes problemas, como também o seu crescimento nos últimos anos. Salienta-se uma maior prevalência de perturbações ansiosas e depressivas e a alimentação inadequada como os principais fatores por detrás desta evolução.



Como se vive um problema intestinal?

Na saúde intestinal, raramente existe um antes e um depois bem definidos. Entre conseguir reconhecer os sintomas e chegar a alguma forma de estabilização do problema, as pessoas atravessam um longo percurso de adaptação. Para alguns, o processo é sobretudo clínico; para outros, assenta em pesquisa e experimentação; para muitos, é uma combinação entre os dois.

Este capítulo descreve como as pessoas interpretam e gerem um problema intestinal ao longo do tempo - antes, durante e depois do contacto com o sistema de saúde.

A normalização como primeira barreira

Ter um problema intestinal não é uma perceção imediata. Na maioria dos casos, o desenvolvimento de uma condição ou doença intestinal é um processo lento, em que os problemas se vão instalando e agravando de forma silenciosa e gradual.

Os sinais que surgem não são claros. Uma digestão mais pesada, episódios de inchaço abdominal, obstipação que aparece e desaparece, fezes que vão mudando de forma e consistência. São desconfortos que não parecem graves e, isoladamente, não despertam alarme. Fazem parte de uma zona cinzenta da saúde, onde é difícil perceber se a pessoa está perante um problema real ou apenas perante variações normais do organismo.

A própria natureza dos sintomas torna o seu reconhecimento mais difícil. São manifestações íntimas, pouco visíveis e socialmente desconfortáveis. O intestino é um território privado. (Quase) ninguém partilha espontaneamente que a obstipação o acompanha há dias, que tem diarreias frequentes ou sofre de muita flatulência. Mesmo entre família ou amigos próximos, há algo de embaraçoso nas conversas sobre a forma como o intestino decide libertar-se.

As pessoas conseguem falar horas a fio sobre saúde, mas muito raramente introduzem ‘as fezes’ na conversa. Um dos indicadores mais importantes da nossa saúde permanece um tabu social, estando inclusivamente omissos em muitas consultas com médicos. Este silêncio sobre o desconforto intestinal, especialmente quando ligado à evacuação, é uma das razões para que se normalize. “Se não é falado, não deve ser grave ou importante”.

O facto de haver outras pessoas com este tipo de sintomas contribui para generalizar a ideia de que a sua ocorrência é inofensiva. Praticamente metade dos inquiridos (49%) indica haver pelo menos um familiar direto com queixas intestinais e, desses, um em cada três admite que isso contribui para que o desconforto “pareça normal na família”.

A normalização dos sintomas, soma-se a baixa perceção de risco para a saúde. Essa é a razão que reúne mais respostas como justificação para 30% das pessoas com problemas intestinais persistentes nunca terem procurado qualquer tipo de ajuda especializada. É também uma das razões que explica porque, mesmo depois de perceber que há um problema, uma boa parte (31%) leva mais de um ano a consultar um médico (12% leva mais de 5 anos).

Esta é uma das várias provas da pouca consciência de que, sem tratamento, os problemas intestinais podem levar a agravamento da saúde intestinal, da saúde mental, ou ao surgimento de outras doenças, eventualmente mais graves.

Esta conclusão alinha com alguns estudos internacionais¹² que indicam que, em média, apenas entre 10% a 30% das pessoas com sintomas intestinais procuram ajuda. Um estudo feito na Europa em 2022¹³, revela também que, apesar de 68% dos adultos relatar sintomas intestinais (inchaço, dor abdominal, obstipação ou diarreia), apenas 21% consultou naquele ano um médico de família e/ou especialista por esse motivo (42% fê-lo anteriormente). Isso sustenta que uma boa parte das pessoas com desconfortos significativos gere-os durante anos sem recorrer ao sistema de saúde.

A normalização não significa que as pessoas ignorem o seu desconforto. Sobretudo nas conversas tidas em grupos de discussão, foi muito óbvio que as pessoas vão procurando agir sobre o seu problema, embora o desconhecimento as leve a atuar muito mais na mitigação do desconforto do que sobre aquilo que pode estar na sua origem. Neste aspeto há uma ligeira diferença entre géneros, com as mulheres um pouco mais diligentes na procura de soluções e os homens mais resignados ao desconforto.

A microgestão dos problemas intestinais é feita não só por recurso a uma panóplia de produtos e mezinhas que ajudam a amortecer o desconforto (por exemplo, chás e produtos para regular o intestino), como procurando conteúdos que informem sobre como se deve atuar sobre os sintomas. Alguns chegam por si à importância da ingestão de água e do exercício físico e outras práticas que vão ajudando a manter o corpo funcional, mas a lógica que prevalece é a da contenção dos sintomas, não a do tratamento.

Também porque essas estratégias vão permitindo domar o mal-estar, o sentido de urgência ou de gravidade para a saúde é diminuto. As pessoas passam a viver num regime de equilíbrio instável. Quando algo funciona, gera alívio e valida a solução. Quando deixa de funcionar, não desencadeia necessariamente a procura de ajuda, mas de uma nova solução para os sintomas.

Tanto os números como as conversas sustentam que uma boa parte das pessoas vive durante muito tempo com desconforto intestinal sem que lhe atribua o estatuto de problema de saúde. Enquanto não há sinal de alarme, vão-se habituando à volatilidade do seu bem-estar e fazendo ajustes para evitar que o desconforto se torne intolerável.

49%

Refere haver mais pessoas na família direta (pais, irmãos ou filhos) com queixas intestinais e, desses, 31% admite que isso o faz olhar para o problema como ‘algo normal na família’

39%

Recorreu à farmácia para tratar os seus sintomas intestinais

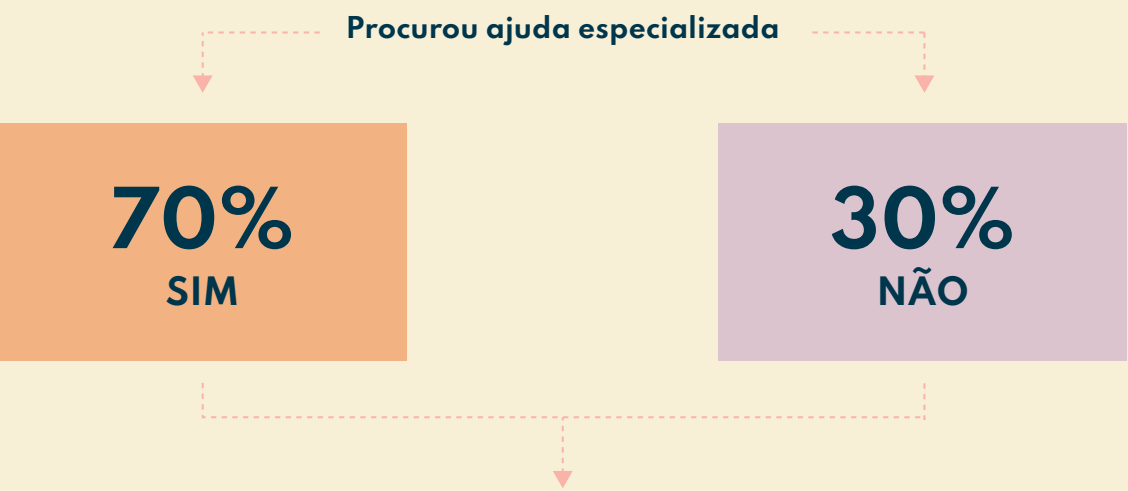
37%

Pesquisou informação online

12%

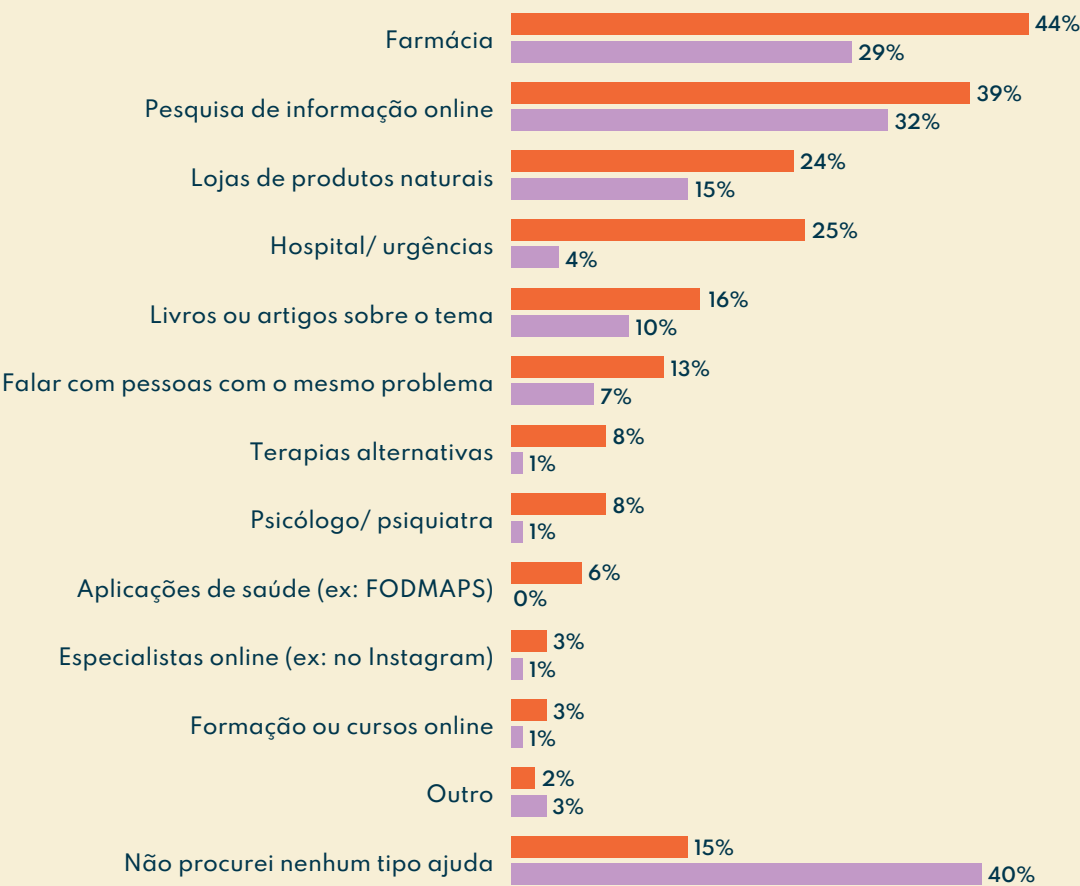
Nunca procurou qualquer tipo de ajuda para os seus problemas intestinais, sejam médicos, farmácias, lojas de produtos naturais ou informação sobre saúde intestinal

Tem problema intestinal persistente



A que outro tipo de ajuda recorreu até hoje para tentar resolver os seus problemas intestinais?

N=800



Procurou ajuda especializada Não procurou ajuda especializada

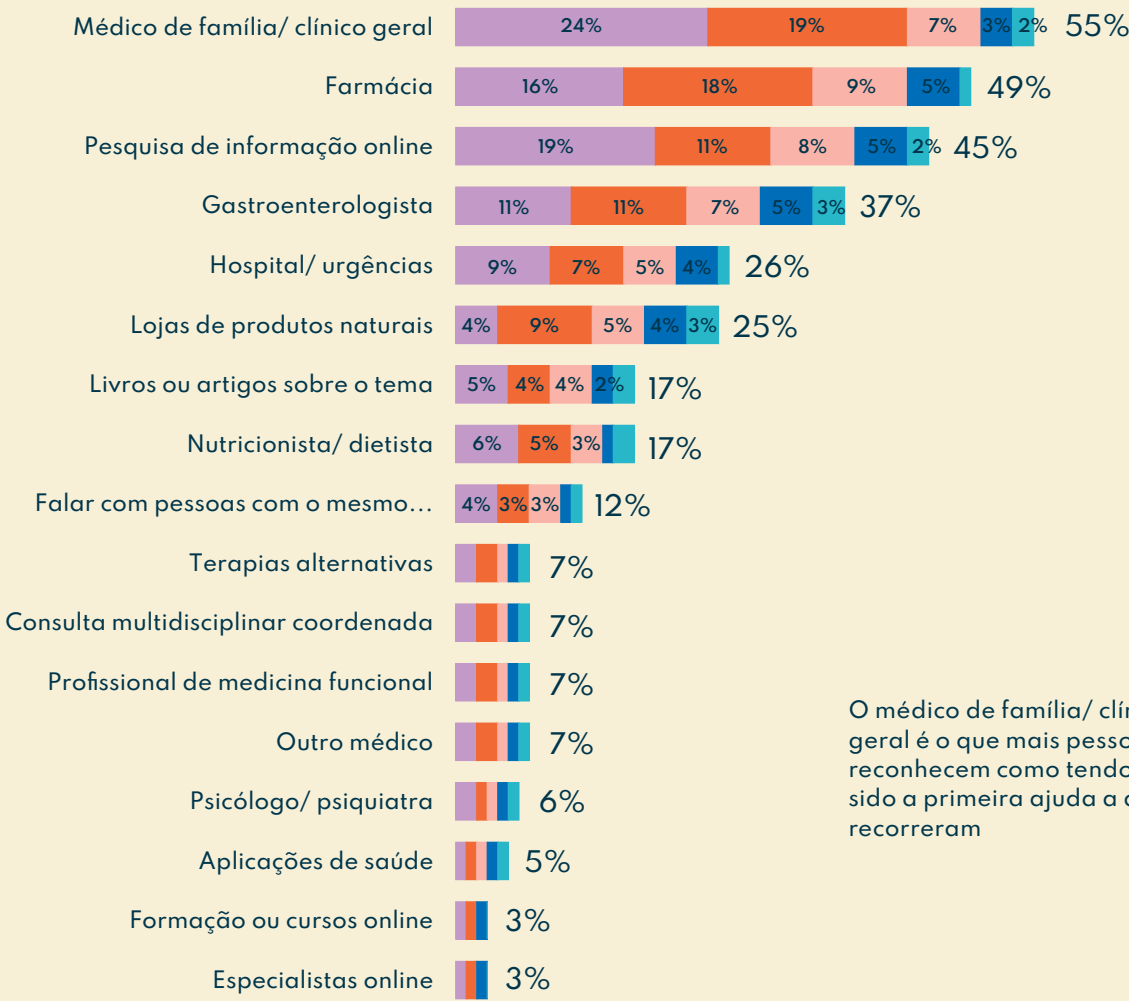
88%

Procurou algum tipo de ajuda
(especializada ou não)

N=800

Que tipo de ajudas procurou até hoje
(por ordem cronológica)

N=561 | Procurou mais do que um tipo de ajuda



1ª ajuda 2ª ajuda 3ª ajuda 4ª ajuda 5ª ajuda

O médico de família/ clínica geral é o que mais pessoas reconhecem como tendo sido a primeira ajuda a que recorreram

30%

Nunca procurou ajuda especializada

28% homens
31% mulheres

N=800

Motivos para não procurar ajuda médica

N=240



“Já estou tão habituada à situação e a minha vida é uma correria tão grande que, pronto, é o que é. Às vezes evolui para enxaqueca, e há dias em que tenho bastantes cólicas. Portanto, é diarreia, cólicas, enxaquecas, é bastante frequente. A minha mãe era o inverso, era muito obstipada.”

M., 32 anos, sem diagnóstico

“Na parte da família do meu pai, toda a gente se queixa da prisão de ventre. Se calhar por isso aceito como normal.”

M., 41 anos, sem diagnóstico

70%

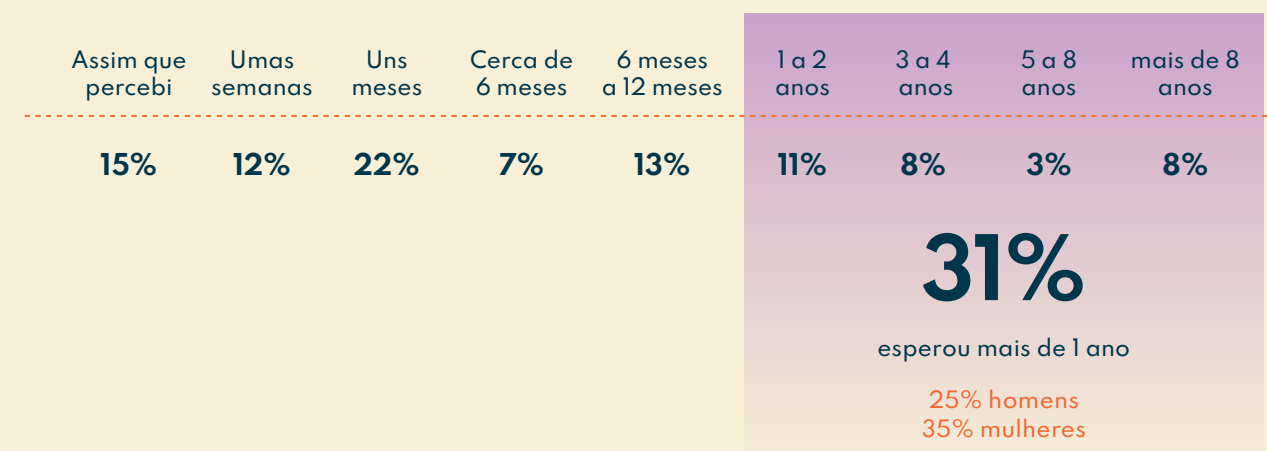
Procurou ajuda especializada

72% homens
69% mulheres

N=800

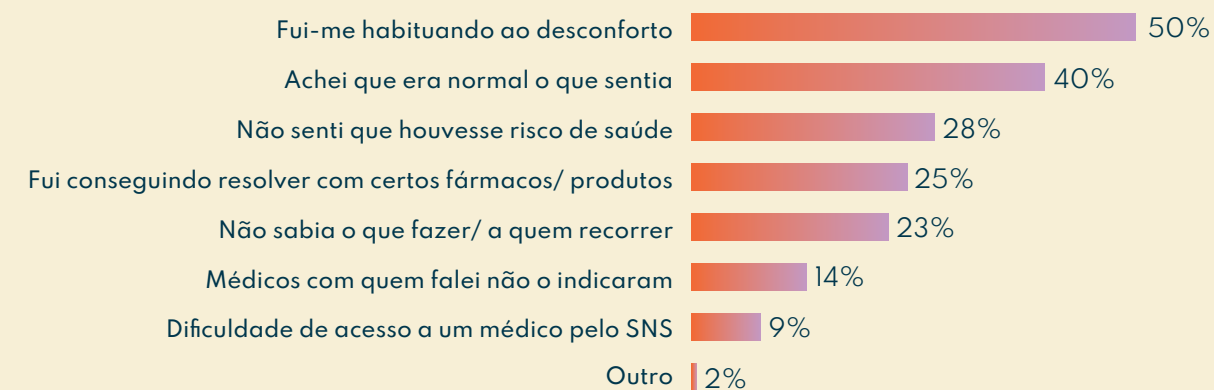
Quanto tempo levou entre perceber que tinha um problema intestinal e consultar um médico?

N=560



Por que esperou mais de um ano para consultar um médico?

N=173



Crises e desconfortos intensos: os gatilhos de ação

Porque o desconforto intestinal persistente, enquanto é gerível, não é associado a risco grave de saúde, e porque, com o tempo, as pessoas vão deslocando o seu limite de tolerância ao desconforto, o impulso para tratar o problema intestinal surge, em muitos casos, em situações extremas.

Os dados do estudo mostram que a maioria das pessoas não entra no sistema de saúde por ter uma leitura informada dos riscos e, muito menos, pela lógica da prevenção, mas porque atingiu níveis de desconforto que não consegue tolerar: ‘ter tido uma crise/ um desconforto muito intenso’ é o fator que mais pessoas indicam como tendo sido determinante para tomar a iniciativa de procurar ajuda médica ou especializada.

Nos grupos de discussão, também se recolheram testemunhos de pessoas que se dirigiram às urgências de um hospital depois de períodos muito longos de obstipação, ou porque o corpo ‘entrou em choque’ e os resultados quantitativos superaram as hipóteses de partida: cerca de 1 em cada 5 já teve de recorrer pelo menos uma vez às urgências de um hospital, sendo isso mais comum entre homens do que entre mulheres. É também mais comum entre homens ‘a suspeita de uma doença’ como argumento para procurar ajuda especializada.

As distâncias entre géneros tanto podem estar enraizadas em diferenças na forma como os sintomas se manifestam, como em padrões culturais. Estudos¹⁴ mostram que as mulheres com problemas gastrointestinais como a SII tendem a relatar sintomas com maior frequência e intensidade e a procurar cuidados de saúde mais cedo. E há tendência para os homens adiarem a procura de ajuda até que os sintomas sejam intensos ou vividos como sinais de doença, sendo isto um padrão em diferentes estudos de utilização de serviços de saúde¹⁵.

“Houve uma altura em que durante 1 mês não fui à casa de banho e para mim era normal, até eu falar com o meu namorado e ele dizer: temos que ir para o hospital, porque isto não é normal. (...) O que me fez ir ao hospital foi, antes desse mês, perceber que tinha muco nas fezes e comecei a ver que havia qualquer coisa estranha. ”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Obstipação, um cansaço extremo. Eu tinha um inchaço, muito, muito grande, tinha dores muito, muito fortes e essas dores é que me levavam às urgências (...). A última vez que eu tive um grande episódio foi quando me indicaram o que tinha (...). Eu estava numa auditoria e tive de interromper e sair praticamente de gatas. Fui transportada de maca para o hospital, de dentro do edifício, que para mim foi ainda mais exasperante.”

M., 49 anos, SII

“Fui à clínica geral, ia me queixando desta obstipação gigante (...). Pouca importância deram, foi na base de me receitarem laxantes, só que o meu corpo começou a entrar em choque, passou do 8 ao 80. Quando começou a funcionar, 14 dias depois, o meu corpo estava a entrar em colapso. Eu desmaiava, tinha princípios de desmaio, tremia por todo o lado e sofri horrores. Depois houve uma libertação do intestino, de diarreias, mas eu quase que me apagava.”

M., 44 anos, Doença celíaca, espondiloartrite e urticária

70%

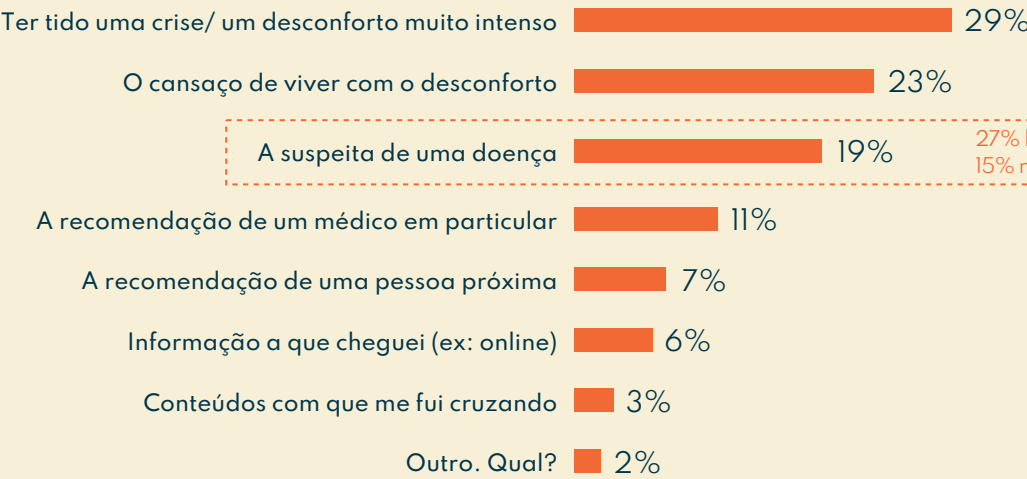
Procurou ajuda especializada

N=800



Fator mais determinante para tomar a iniciativa de se tratar

N=560



19%

Recorreu pelo menos uma vez às urgências de um hospital para resolver um problema intestinal

24% dos homens
16% das mulheres

N=800

Desorientação e frustração no processo

Para a grande maioria das pessoas que têm problemas intestinais persistentes, procurar ter um diagnóstico é um processo de múltiplas tentativas, múltiplas hipóteses e, com frequência, múltiplas frustrações.

O caminho que é percorrido entre o momento em que as pessoas reconhecem precisar de ajuda até à oficialização de um diagnóstico é longo e, em muitos casos, desgastante. Sobreretudo nos casos das doenças ou condições em que não há alterações detetáveis a partir dos exames e a medicina não tem marcadores claros, como a Síndrome do Intestino Irritável (SII), esse percurso raramente é linear. As causas podem ser múltiplas, os padrões são flutuantes ou difíceis de interpretar e os diagnósticos, feitos por exclusão de outras doenças, dependem do relato de quem vive com os sintomas.

Como visto, na tentativa de resolver o seu problema, 70% dos inquiridos já procurou pelo menos um especialista em saúde. Desses, só metade (52%) conseguiu chegar a um diagnóstico médico. Isto significa que quase metade dos que entram no sistema de saúde continua sem uma explicação clara para aquilo que sente. Está presa numa zona intermédia em que o desconforto se mantém, mas não há uma causa ou uma narrativa clínica que organize o problema ou legitime o seu sofrimento.

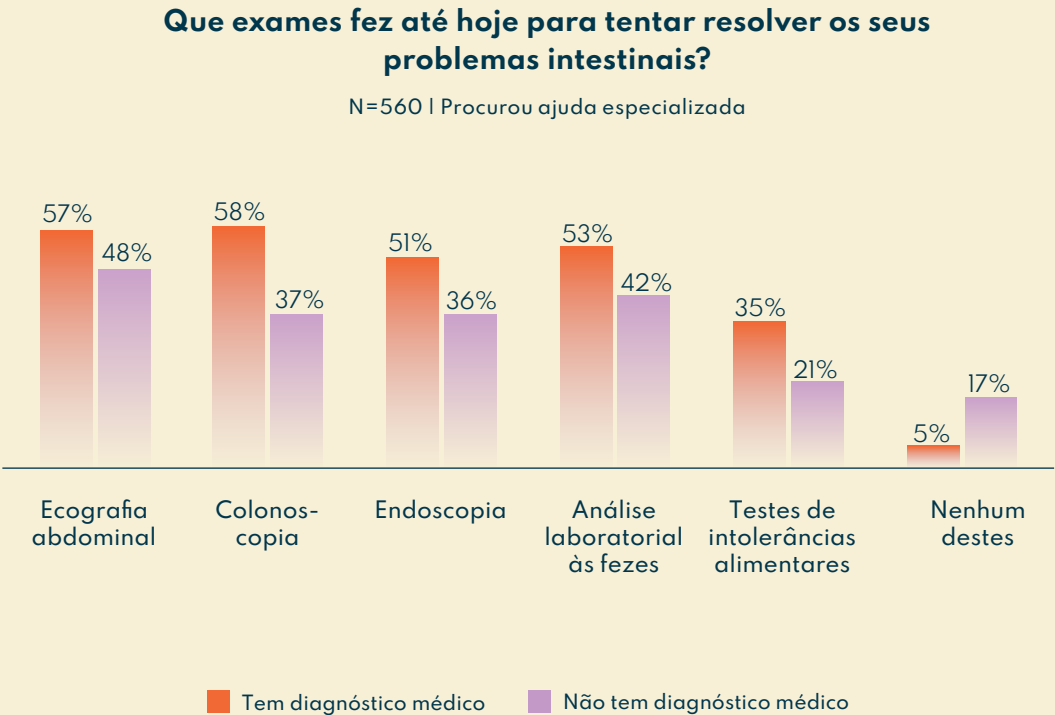
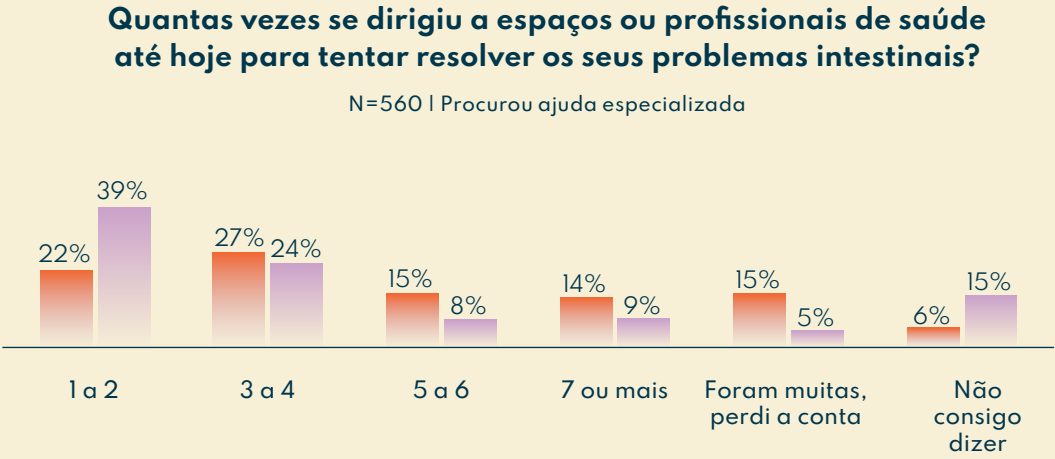
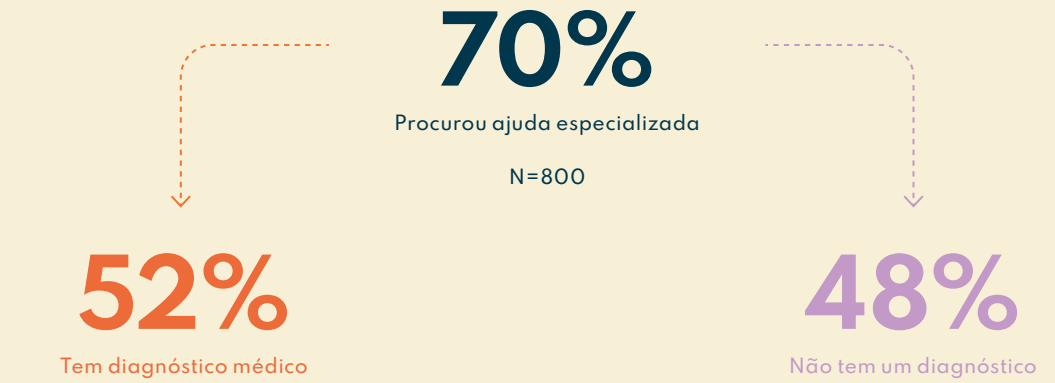
Nos grupos de discussão, foram comuns as histórias de pessoas que levaram anos até conseguir chegar a um diagnóstico para o seu problema. Isto foi particularmente notório nos casos em que as pessoas acumulavam uma doença intestinal com outras condições ou doenças não intestinais. Os sintomas (e as especialidades clínicas) misturam-se.

Os dados não só provam que a chegada ao diagnóstico envolve uma sucessão de etapas, como a exigência do percurso. As pessoas que têm um diagnóstico para o seu problema intestinal são consistentemente as que recorreram a mais profissionais de saúde (30% refere sete ou mais profissionais ou espaços de saúde), as que envolveram maior diversidade de especialidades (além dos médicos de família/ clínica geral, procuraram bastante mais gastroenterologistas e nutricionistas), as que realizaram mais exames e as que procuraram mais tipos de ajuda para além dos médicos (vide pag. seguinte).

É também entre quem conseguiu chegar a um diagnóstico que se encontram os níveis mais elevados de sofrimento. Estas pessoas referem com maior frequência sintomas intensos ou muito intensos e experiências incapacitantes, com idas ao hospital (35%). Isto sugere que o diagnóstico para os problemas intestinais não é consequência de uma abordagem preventiva ou informada, mas o resultado de um sofrimento que se tornou impossível de ignorar.

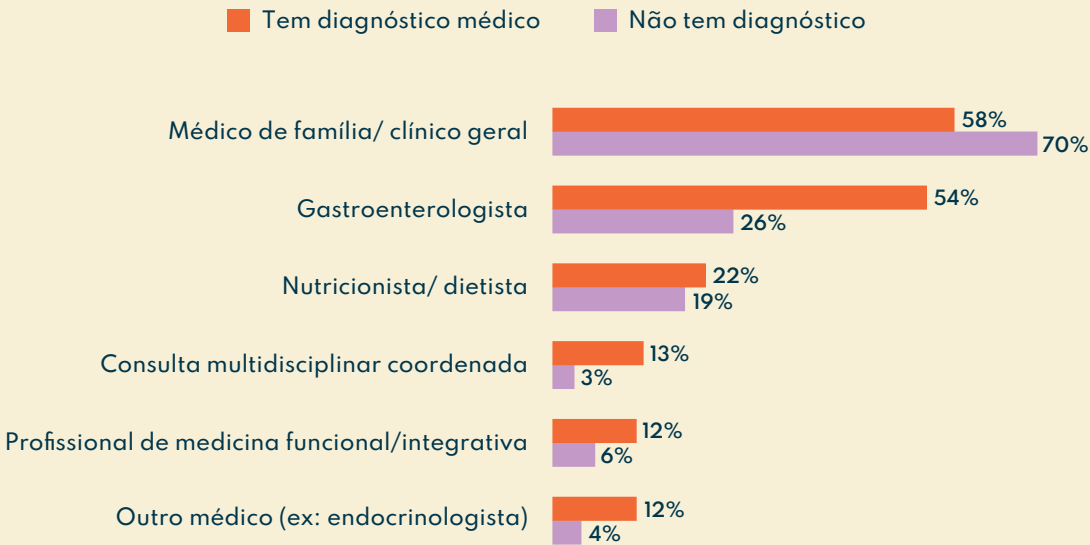
Pelos dados deduz-se que ter um diagnóstico para um problema intestinal a partir de um único contacto médico é um desfecho muito pouco provável. Na maioria dos casos, é resultado de uma grande persistência e da relutância em desistir perante um quadro de suposições e exames inconclusivos.

Entre os que chegam a um diagnóstico, face ao tempo e ajudas que foi preciso mobilizar desde que decidiram tratar-se, 44% considera ter sido um processo difícil ou muito difícil.



Que tipo de ajuda especializada procurou até hoje especificamente para resolver os seus problemas intestinais?

N=560 | Procurou ajuda especializada



Pensando no tempo e ajudas que procurou desde que decidiu tratar o problema até ter um diagnóstico. Considera que foi um processo:

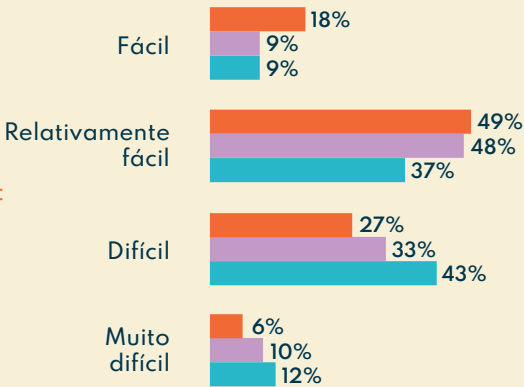
N=300 | Tem diagnóstico médico

56%

considera relativamente fácil ou fácil

44%

considera difícil ou muito difícil



■ Intolerâncias alimentares ■ Outras doenças intestinais ■ Síndrome Intestino Irritável

A dificuldade do processo é mais evidente em certos tipos de doença. Entre pessoas que indicam apenas intolerâncias alimentares, cerca de dois terços (67%) consideram ter sido fácil ou relativamente fácil chegar a um diagnóstico. Este valor desce para 57% entre pessoas que têm doenças intestinais de outro tipo (como doenças inflamatórias) e para 45% no caso específico de pessoas diagnosticadas com a Síndrome do Intestino Irritável, confirmando ser uma das condições que mais frequentemente empurra os doentes para trajetos longos e incertos.

Na verdade, a SII destaca-se como a condição onde todas as dificuldades se acumulam. As pessoas já diagnosticadas vivem com um nível de desconforto muito mais frequente (74% sente desconforto pelo menos uma vez por semana), descrevem sintomas mais intensos, sendo, por outro lado, as que menos experienciam “crises”. A falta desse ‘ponto de rutura’ ajuda a explicar por que são as que demoram mais tempo a procurar ajuda especializada depois de reconhecer que têm um problema: 32% esperou mais de um ano, face a 24% noutras doenças ou condições. Quando finalmente entram no sistema, são as que mais têm de persistir até chegar a um diagnóstico: são o grupo que mais profissionais consultou (35% recorreu a sete ou mais médicos ou espaços de saúde), e o que realizou maior diversidade de exames.

Estas conclusões estão em linha com um estudo europeu (2025)¹⁶ onde se revela que 44% de pessoas diagnosticadas com a SII esperou mais de dois anos até consultar um médico, mais de metade teve de abordar o tema mais de 10 vezes e esperar mais de um ano até receber um diagnóstico.

Quem melhor cristaliza a desorientação do processo são os 30% dos que recorreram a ajuda especializada e querem chegar a um diagnóstico, mas ainda não o conseguiram.

Estas pessoas já reconheceram ter um problema, já entraram no sistema de saúde, realizaram exames e consultas, mas continuam sem uma explicação para o que sentem. Não estão no território da ignorância, mas ainda não chegaram ao território da clareza. Vivem num estado de indefinição, em que o corpo continua a enviar sinais, mas sem uma tradução para uma doença, um risco ou um plano de ação. Sendo a alimentação um gatilho do mal-estar, mais estranha é a baixa procura por profissionais da área da nutrição. Ainda menos de metade dos que procuraram um médico: só 19% dos que não têm diagnóstico procurou um nutricionista - a reforçar que não se sabe se em articulação com o médico ou se isolado, e se por opção ou por não ter acesso à consulta.

Quem está neste grupo está enredado em diferentes tipos de bloqueios: exames inconclusivos (37%), sintomas que “não são claros” (31%) e tentativas frustradas de validação junto dos médicos (27%). A estes fatores junta-se um desgaste subjetivo, com 16% a indicar já ter perdido a confiança no sistema de saúde ou nos médicos, e 19% a não conseguir continuar o processo por falta de tempo ou disponibilidade.

O não-diagnóstico não é apenas, nem necessariamente, uma falha clínica, mas deixa as pessoas numa situação de limbo, em que vão progressivamente perdendo a energia ou a esperança de uma resposta. Esta condição de “não-lugar” foi detetada nos grupos de discussão. Pessoas que fizeram múltiplas análises e consultas em diferentes especialidades descrevem uma experiência de frustração. Sem uma etiqueta para o que sentem, ficam sem legitimidade para exigir cuidados, sem critérios para avaliar o que é grave e sem orientação para o que fazer a seguir.

44%

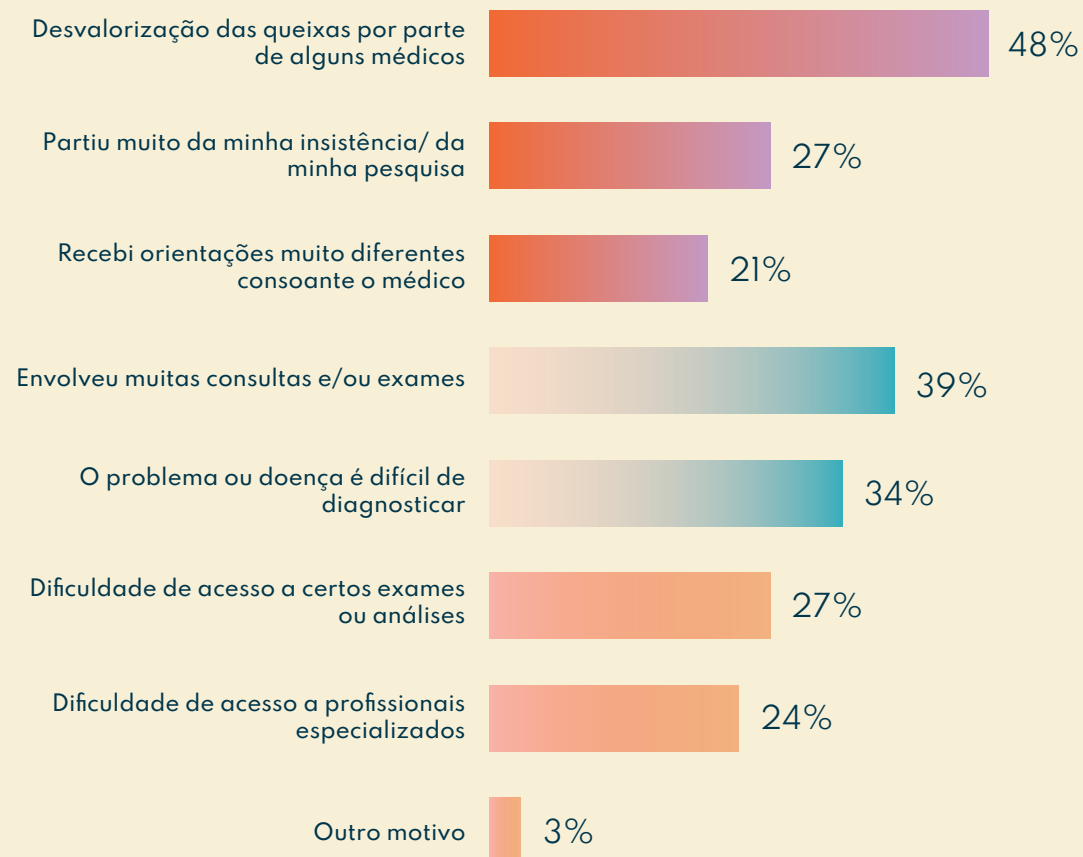
Dos que chegaram a um diagnóstico considera que isso foi um processo difícil ou muito difícil

N=300 | Tem um diagnóstico médico



Na sua opinião, o que mais contribuiu para essa dificuldade?

N=132



30%

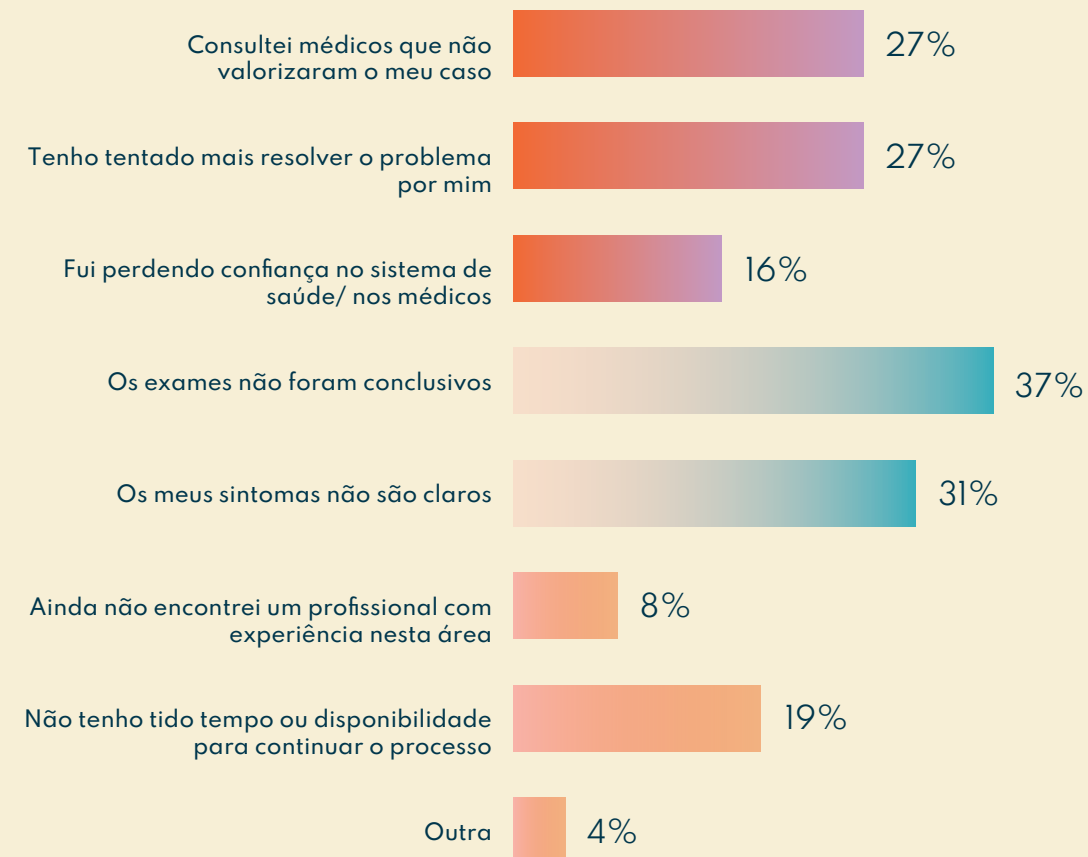
Dos que recorreram a ajuda especializada procurou ou ainda procura chegar a um diagnóstico

N=560 | Procurou ajuda especializada



Na sua opinião, o que pode justificar não ter ainda um diagnóstico?

N=166



Nota: Os 48% que procuraram ajuda médica mas não têm diagnóstico dividem-se entre 30% que acha importante ter um diagnóstico médico e 18% que não sente que isso é necessário

A desorientação em discurso direto

“Eu até essa data tinha muitos problemas, muita azia e cheguei a fazer endoscopia e nunca acusou nada. Quando tive a minha filha, há 8 anos, comecei a ter diarreia, algumas vezes durante o dia e cada vez começou a piorar mais. Eu tinha 24 horas de diarreia, em 2 meses emagreci 20 e tal quilos, com tanta diarreia. Então, andava sempre em médicos, ia para as urgências, cheguei a ir à médica de família, fazia análises ao sangue mas não acusava nada. Até que um dia a minha irmã foi comigo ao médico de família e ela passou uma endoscopia e a uma colonoscopia. Foi aí que eu descobri a doença celíaca.”

M., 36 anos, Doença celíaca

“Eu acho mesmo que é irmos ao sítio certo e o que me levou até ao diagnóstico não foi a clinica geral, foi a naturopatia, mas tive eu que ir desbravando esta situação. (...) A mim bastou-me estar 14 dias sem o meu intestino funcionar, para me dar um alerta gigante e ao ter ido à medicina convencional, digamos assim, não deram muita importância, laxantes e etc. e não achei que fosse o caminho. E então pensei na medicina integrativa, que é mais abrangente e que desbrava esta situação com outra velocidade. Achei que era primordial ir avançando nesse sentido.”

M., 44 anos, Doença celíaca, espondiloartrite e urticária

“Eu comecei a ter complicações por volta dos 17 anos. Não eram complicações, era mais ir demasiadas vezes à casa de banho. Tinha essencialmente a ver com a não rigidez nas fezes. (...) Aos poucos ia tendo sintomas, que era ir muitas vezes à casa de banho, ter crises. Naqueles 10 anos, comecei a ter cada vez mais episódios de cólicas, cólicas fortes.

[Continuava a ir ao médico com essas queixas?] Não, chegou uma altura que a minha vida mudou um bocado. Vivi muitos anos em Vila Real, sou do Porto. O facto de estar sozinho e de, a determinada altura, ter tido uma crise, foi associada a uma intoxicação alimentar que tive, tive uma crise bastante forte. Fui para as urgências e aí sim, houve alguém que disse “Não, há aqui um problema”, porque eu voltei a referir todo o histórico de ter hipersensibilidade intestinal. Lá disse “Não, eu acho que isto deve ser encaminhado para a gastro”. A primeira coisa que a médica faz é mandar fazer colonoscopia e nessa altura é que foi diagnosticado. É Crohn. (...) Foi preciso passarem-se quase 10 anos para ter um diagnóstico, ou seja, para alguém tomar a iniciativa, ‘não, tem que fazer uma colonoscopia’, portanto, veja lá o tempo que foi preciso. Porque andou-se sempre com hipóteses, hipóteses, hipóteses...”

H., 47 anos, Doença de Crohn

“Sempre tive muitos episódios de vômito. Aos 4, 5 anos, fazia muitas gastroenterites e depois cresci e a coisa estabilizou mais ou menos. Sempre tive episódios de obstipação, aí desde pequena. Sempre recorri a laxantes, não vivo sem dagragel (...) Eu tenho andado desde os 15 anos, em médicos particulares, porque pelo sistema nacional de saúde é impensável, tinha de esperar 2, 3 anos e não há resposta (...). Ele diagnosticou-me com a síndrome do colon irritável. Já tinha estes sintomas de prisão de ventre, de obstipação, de cólicas, de dor (...). Quando entrei para a universidade, eu associei muito ao stress, comecei a ter muito mais ansiedade e comecei a ter cólicas, ao ponto de ter que ir para as urgências. E ficar a soro, ficar internada. E isso foi até há 2 anos, eu ainda tinha episódios de internamento. Depois por volta dos 21 anos, eu sempre tive menstruações muito longas, muito dolorosas (...). Exames para cá, exames para lá, pumba!: tenho endometriose também, e ainda agrava mais a saúde intestinal. (...) Depois também tinha a questão do linfedema, a minha perna esquerda incha, sem razão aparente, sobretudo no verão e piora com a alimentação. Portanto, endometriose, linfedema e intestino (...) mais o fator emocional, isto agrava bastante. Na verdade, eu tenho andado a ser uma bola de pingue-pongue em vários médicos e um chuta para cá e outro chuta para lá.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

"Aquela questão de reagir ao stress, sempre fui assim. Cheguei a ir uma vez, porque tinha muitas e muitas dores no intestino, a um médico que me disse que eu tinha uma ança intestinal inflamada. Deu-me uma medicação qualquer e depois passou e acho que esse foi o primeiro episódio. Isto eu nem 30 anos tinha, portanto, já foi há 20 e tal anos (...). Entretanto, em 2014, comecei a ter umas dores inqualificáveis. Eram imensas, deixavam-me completamente prostrada. E tinha tantas dores que tinha quebras de tensão, eu ficava quase a desfalecer, ficava branca e inerte, e aquilo assustava-me imenso. (...) O que era estranho, é que essas dores depois passavam-me sem nada. (...) Nessa altura ninguém descobriu o que é que eu tinha, fiz exames em cima de exames, testes e mais testes, fiz em várias especialidades, ninguém dava com a coisa. (...) Um médico nas urgências disse-me que lhe estava a parecer ser a síndrome do colon irritável, eu fiz endoscopia, colonoscopia, zero, nada, nenhum problema, nenhuns pólipos. Então eu aprendi a viver assim, eu tanto estou com obstipação, como estou com diarreia. Já fiz também acompanhamento por imunoalergologia, para saber se estou a reagir a algum alimento de forma mais efetiva, mas também não (...). Mesmo isto (Síndrome do Cólon Irritável) não sei se está bem diagnosticado porque ora tenho ora não tenho, ora faço reação ora não faço.”

M., 54 anos, Suspeita de SII, Excesso de peso

A desvalorização dos problemas por parte de médicos

Um dos problemas mais comuns em que as pessoas troquem será a incapacidade de traduzir aquilo que sentem numa linguagem médica. A acusação de desvalorização por parte de profissionais de saúde descreve, na essência, a sensação de sair de uma consulta (ou da urgência de um hospital) sem uma explicação inteligível sobre aquilo que se está a passar com o seu corpo.

Os dados revelam que esta experiência é estrutural. Entre as pessoas que assumem ter sido difícil chegar a um diagnóstico, quase metade (48%) identifica a desvalorização das suas queixas por parte de médicos ou profissionais de saúde como um dos principais fatores para essa dificuldade. Entre os 30% que procuraram ajuda médica mas ainda não conseguiram um diagnóstico, 27% indica explicitamente ter consultado médicos que não valorizaram o seu caso e 16% afirma que foi perdendo confiança no sistema de saúde ou nos próprios médicos. Estes números dão corpo às vozes que em qualitativo denunciaram a sensação de se ser ignorado, incompreendido ou reduzido ao exagero, quando o que vivem é real, repetido e, em muitas situações, incapacitante.

Esta perceção de desvalorização é tanto mais incómoda quanto os sintomas intestinais são, por natureza, experiências íntimas, muitas vezes embaraçosas, que exigem que o doente confie no médico e que o médico considere suficientemente relevantes para serem colocadas como um problema clínico.

É legítimo que quem sofre com problemas intestinais aponte o dedo às únicas pessoas de quem podem esperar uma solução para o seu problema. Mas não é justo atribuir a condição em que essas pessoas vivem apenas à atuação dos médicos.

Há várias razões que explicam porque esta falha acontece com tanta frequência. A primeira é a de que a medicina digestiva funcional, onde se inscrevem condições como a Síndrome do Intestino Irritável, é um campo de ambiguidade clínica. Em muitos casos, o diagnóstico é feito por exclusão, depois de eliminar a possibilidade de uma doença de outro tipo (ex., inflamatória). O médico depende do relato do doente, daquilo que ele consegue explicar da sua história e da consistência dos sintomas – algo que contraria o treino da medicina tradicional.

A isto soma-se a dificuldade do tempo. Nos grupos de discussão foi possível perceber que pessoas com problemas intestinais trazem histórias longas, sintomas flutuantes, muitas vezes combinados com ansiedade, fadiga, dor ou outras condições e doenças. São casos que exigem escuta, reconstrução de padrões e acompanhamento continuado. Essas bases raramente estão reunidas na prática clínica, sobretudo na medicina geral e familiar, que é cada vez mais feita com consultas curtas para encaixar um grande volume de doentes. Neste contexto, é possível antecipar que se procurem explicações rápidas, que podem soar redutoras para quem vive o desconforto quotidianamente.

Há uma terceira explicação assente no facto de o próprio paradigma da saúde intestinal estar em transformação. A integração do microbioma, ou do eixo intestino-cérebro, na medicina é relativamente recente. Muitos médicos foram formados antes de estes conceitos fazerem parte da prática clínica e continuam a não dispor de diretrizes claras ou consensuais para lidar com perturbações funcionais complexas. A verdade é que, em muitos casos, o médico também se move num território instável, com poucas ferramentas e grande incerteza diagnóstica.

“Os médicos desvalorizam, não tenho a menor dúvida. Eu sinto mesmo isso! (...) Fui ao médico e pedi para fazer uma colonoscopia, foi recusado, disse que era muito novo. Entretanto, os anos foram passando (...) nunca foi muito valorizado. É um bocado esquisito, eu tinha um pólipó de 5 cm no intestino, sempre foi desvalorizado. Se não fosse a minha persistência... Para terem uma ideia, eu para ser operado tive de ir dez vezes a uma urgência, dez! Dez vezes a uma urgência para fazer uma simples TAC.”

H., 49 anos, Carcinoma papilar na tiróide, pólipó fibróide no intestino delgado

“Às vezes, os médicos também não dão muita importância e não procuram a raiz do problema, são muito rápidos a dar um diagnóstico sem procurar outros despistes. (...) Tenho amigos a quem os médicos não deram muita atenção, ou simplesmente disseram que eram os hábitos de vida, mas não procuraram nenhuma razão, seja física, seja hábitos ou seja crónica. Tive amigos com dificuldades em ter o seu problema tratado.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“A minha osteopata dizia "Isso deve ser de uma intolerância qualquer, devias fazer exames", mas eu nunca tratei. Depois tive uma crise, diarreia com sangue, e aí é que fui ao médico de família. (...) Depois fiz os exames. O exame acho que não foi no sistema nacional de saúde, mas o gastro era. O que ele me disse foi que eu tinha muita dificuldade a fazer a digestão (...) logo ia ser muito difícil para mim comer glúten. Ele foi muito rápido, ele despachou-me! Eu é que li muito sobre o assunto, livros da Fundação Francisco Manuel do Santos e tudo mais, e também com a ajuda da minha osteopata e de amigos médicos.”

M., 26 anos, suspeita de intolerância ao glúten

Dos médicos de medicina geral e familiar entrevistados:

42%

Indica que, na maioria, as queixas intestinais que lhe chega são legítimas e correspondem a problemas reais e 2% indica que há tendência para os pacientes desvalorizarem sintomas importantes

46%

Indica que há tendência para os pacientes exagerarem a gravidade dos seus sintomas

63%

Admite que não participou em nenhuma ação de formação recente sobre temas de nutrição, microbioma ou saúde intestinal

N=48
Inquérito a médicos da rede Médis

A consequência é visível nos percursos que o estudo mapeia: uma peregrinação por uma série de médicos e especialistas, a repetição de exames (com riscos implícitos), a procura de respostas fora do sistema de saúde formal (como a naturopatia e outras terapias alternativas) e, em alguns casos, a resignação ao problema e a desistência.

Apesar da dificuldade, o estudo também revela que há muitas histórias positivas. Nos grupos de discussão surgem, com nitidez, figuras de médicos que fizeram a diferença; profissionais que souberam escutar, aceitaram trabalhar na incerteza e deram acompanhamento continuado. Para muitas pessoas, cruzar-se com um destes médicos foi um verdadeiro ponto de viragem, não por que tivessem recebido uma resposta imediata para o problema, mas por lhes ter sido oferecido reconhecimento e orientação.

Importa sublinhar que o problema não reside apenas, ou sobretudo, nos profissionais, mas numa escola de medicina que é mais reativa do que preventiva, num sistema de saúde que não está desenhado para lidar bem com problemas multifatoriais e ainda desvaloriza o nutricionista no centro destas decisões e percursos. E quando o sistema falha, só resta a quem sofre procurar mais especialistas ou resignar-se à autogestão.

Não por acaso, apesar das diferenças na avaliação entre o sistema público e privado (este último pontuando melhor), o que mais separa a avaliação que as pessoas fazem do seu acompanhamento médico é ter ou não ter conseguido chegar a um diagnóstico para o seu problema. São 65% os que se sentem atualmente bem acompanhados pelos médicos; esse valor é de 74% entre quem tem diagnóstico médico para o seu problema e desce para 50% entre os que, tendo procurado ajuda, ainda não conseguiram chegar a um diagnóstico.

“Eu passei muito tempo a ir a médicos e a ser desvalorizada, a dizerem que é só mais uma dor, é só isto, é só aquilo, e foi ligar os pontos todos, as enxaquecas, os vômitos, foi ligar estas coisas todas e perceber que realmente existe uma causa no meio disto tudo e que não é só da minha cabeça, não sou eu que estou maluca. (...) O que acontece é que a medicina está sempre a evoluir e os médicos mais velhos, decididamente alguns, aquilo que aprenderam é aquilo que é. Foi quando eu tive uma médica nova, que decidiu pegar em mim, que fui fazer exames. Ela é que começou com o FOD-MAP. Ela é que iniciou tudo. (...) Foi tudo no SNS, não tendo possibilidades para ir ao privado, não consegui mais cedo.”

M., 27 anos, SII e Intolerância a lactose

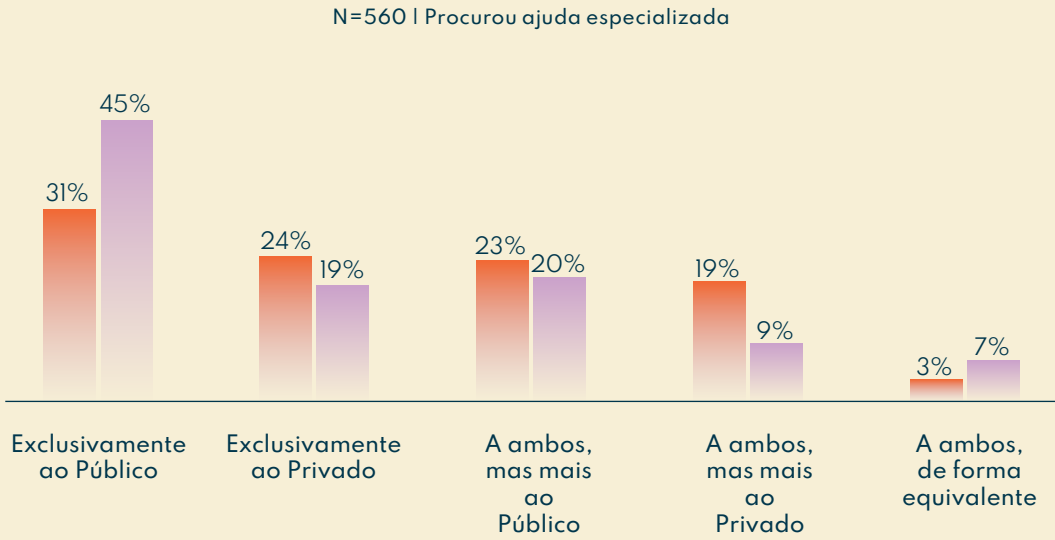
“Tenho uma amiga que andou anos a debater-se, ela também tem o SII mas ela sentia que tinha mais alguma coisa e andou anos e anos a debater-se com a médica de família para ter outro diagnóstico. Afinal tem endometriose e tem um quadro bastante grave, mas só quando foi procurar ajuda especializada, paga pelo bolso dela, é que conseguiu alguma resposta. A partir do SNS foi impossível, era completamente desvalorizado.”

M., 32 anos, sem diagnóstico

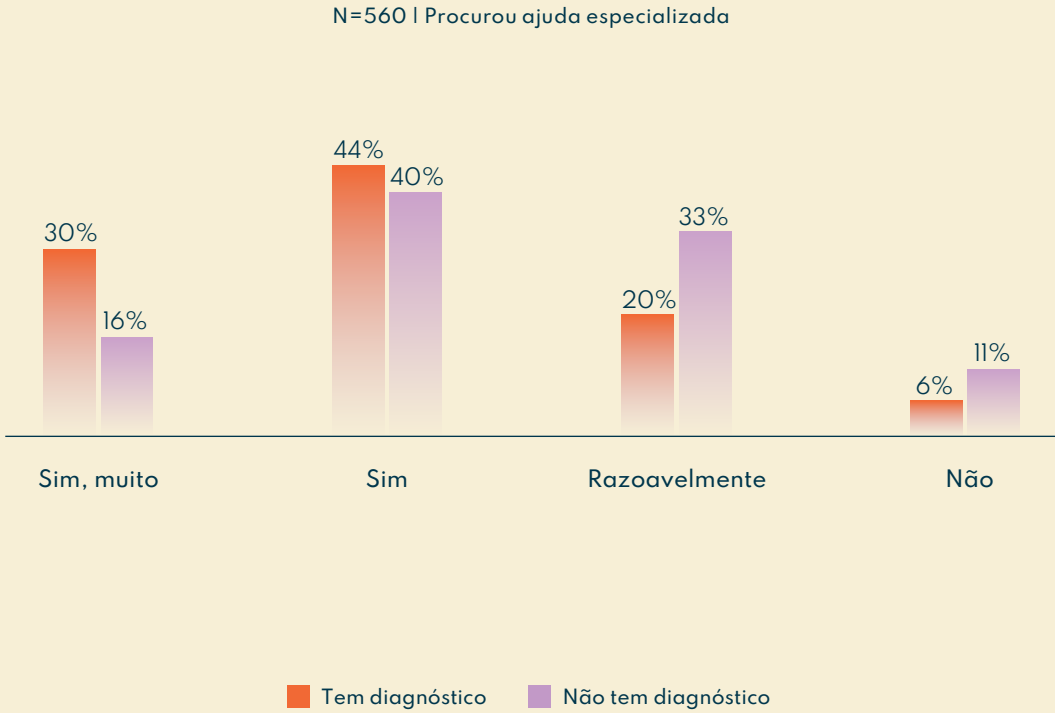
“Eu não tinha nenhum problema específico, tinha uma obstipação muito evidente, mas geralmente desvalorizada. (...). Não nos passam para uma psicoterapia, não nos passam para um nutricionista, se calhar um gastro vai investigar e depois não tem nada (...). Vamos tentando várias especialidades e eles vão estudando minimamente, mas depois não chegam a conclusão nenhuma e ficamos com várias estradas sem saída. A nutricionista neste caso é que foi imprescindível, foi insistindo naquilo que seria o essencial.”

M., 49 anos, SII

No acompanhamento do seu problema intestinal, tem recorrido ao serviço público (SNS) ou a prestadores privados?

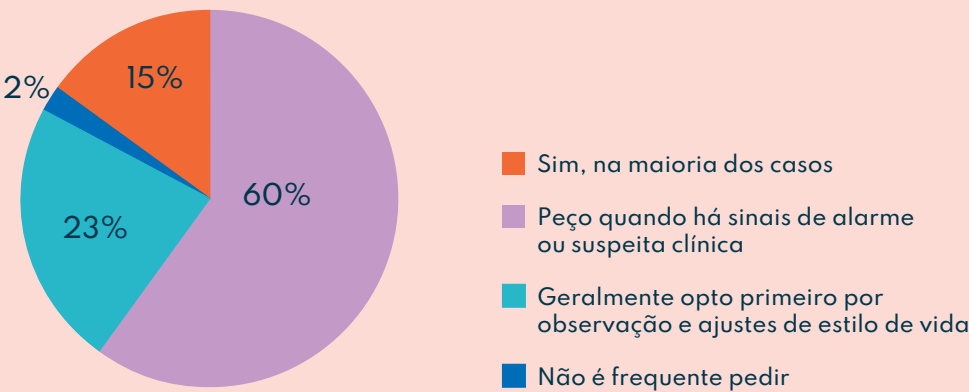


Atualmente, sente-se bem acompanhado pelos profissionais de saúde?



A voz dos médicos

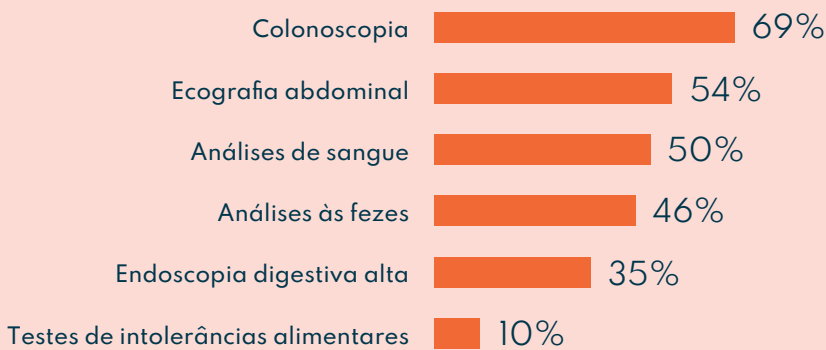
Perante queixas de desconforto intestinal persistente, é frequente pedir exames complementares?



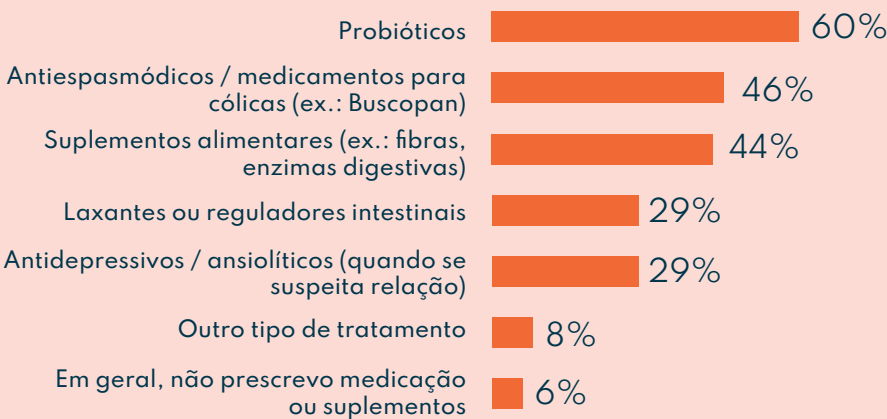
Em que situações costuma encaminhar o paciente para gastroenterologia?



Habitualmente, que exames complementares mais solicita em casos de queixas intestinais persistentes?



Que tipo de tratamento ou medicação prescreve com maior frequência nestas situações?



O diagnóstico como ponto de inflexão

Depois de longos períodos de desorientação e de convivência com o desconforto, receber um diagnóstico representa, para muitos, um ponto de viragem. Não porque resolva o problema, mas porque altera profundamente o olhar sobre o problema. O que era um mal-estar difuso e incompreendido, passa a ter um estatuto e um enquadramento clínico.

O estudo revela que ter uma etiqueta para o problema é importante não só no plano prático, como simbólico. Quando se pergunta a quem ainda não chegou a um diagnóstico para o seu problema intestinal por que considera importante tê-lo, as respostas raramente apontam apenas para a cura. Mesmo se no topo dos argumentos estão o facto de o diagnóstico facilitar o acesso a tratamento (56%), dar tranquilidade saber o que se tem (55%) e permitir prevenir complicações de saúde (48%), as razões emocionais também são expressivas. Para 36%, o diagnóstico poderia libertá-los de “andar a adivinhar o que se passa” e, para 33%, seria uma forma de “legitimar o seu problema ou desconforto”.

Para quem vive durante anos com sintomas intestinais persistentes, o diagnóstico não é apenas um instrumento clínico, é aquilo que transforma um conjunto de sensações dispersas numa condição que pode ser nomeada e explicada. Em muitos casos, é também o que permite sair do campo da dúvida e entrar convictamente no campo da ação. Isto torna-se claro quando se observa o que acontece na sua ausência. Entre as pessoas que ainda não conseguiram chegar a um diagnóstico, quase uma em cada cinco (19%) declara que, neste momento, não faz nada para controlar o seu problema intestinal, não porque os sintomas tenham atenuado, mas porque a falta de uma explicação cria um espaço de ambiguidade que paralisa e mina a urgência da ação.

“Quando nós estamos muito tempo doentes, no meu caso eu estive com muitos sintomas durante muitos anos (...), quando nos dão um diagnóstico, por um lado é um dos momentos mais felizes da nossa vida. Para mim, e já se falou aqui muito em psicoterapia, eu já fiz e gostei para me conhecer, mas depois de ter sido diagnosticada e ter percebido que não era da minha cabeça, que eu tinha estes problemas todos, era como se eu tivesse um motivo real para me focar em mim, finalmente. Tinha um motivo real para me preocupar com a minha saúde física e mental e o problema não estava só na minha cabeça. Era uma coisa que faltava, mas eu podia lutar por ela, se eu fizesse pesquisas. Eu fui diagnosticada há 5 anos, e senti que de um dia para o outro a minha vida mudou... de um dia para o outro, eu estava muito doente, por isso tive que fazer uma dieta muito rigorosa e fiquei um bocadinho obcecada.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“O mais difícil eu acho que é mesmo a ausência de diagnóstico, porque pior do que ter um diagnóstico, é não o ter, continuar com a dor e não saber, precisamente, o que atacar. Porque depois de o termos é fácil, é ‘OK, eu tenho isto, mas eu sei o que é que eu tenho de fazer’.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose,

30%

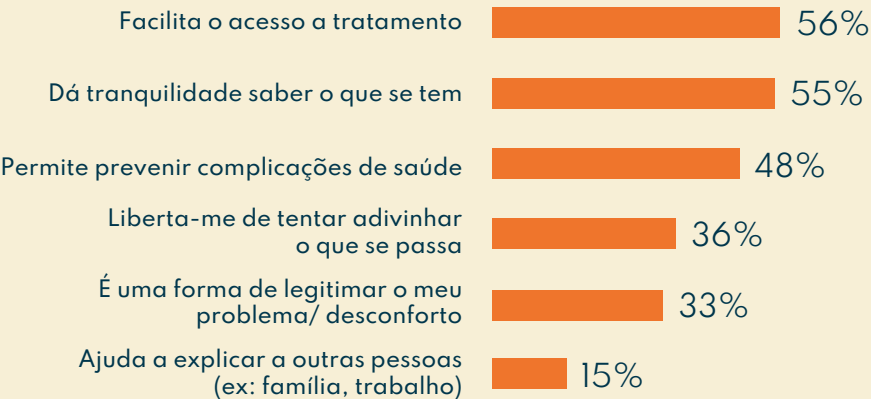
Dos que recorreram a ajuda especializada procurou ou ainda procura chegar a um diagnóstico

N=560 | Procurou ajuda especializada



Por que considera importante ter um diagnóstico para o seu problema?

N=166



19%

dos que não têm diagnóstico não faz nada atualmente para controlar o seu problema

25% homens
16% mulheres

N=245

87%

dos que têm diagnóstico recebeu orientação dos médicos sobre o que deveria fazer para melhorar

9% não recebeu orientação
3% não voltou ao médico

N=300 | Tem diagnóstico

71%

Fez tudo o que foi recomendado

29%

Fez apenas uma parte do que foi recomendado

Que tipo de recomendações recebeu?

N=262



O diagnóstico muda o estatuto do problema. Ao transformar o desconforto num objeto clínico, desloca-o da esfera da responsabilidade pessoal para a esfera da saúde. Esta deslocação não elimina a necessidade de mudar hábitos, mas muda o seu significado: deixa de ser uma prova de culpa para se tornar numa condição cuja origem ultrapassa o comportamento e a vontade própria.

Ao dar uma moldura ao problema, o diagnóstico permite organizar a ação, identificando que exames devem ser realizados, que mudanças devem ser experimentadas, que riscos devem ser vigiados e que expectativas de cura são expectáveis ou plausíveis. Mesmo quando as recomendações são genéricas, introduz uma lógica de percurso onde apenas existia errância.

Ao contrário da ideia, bastante disseminada, de que a medicina responde aos problemas intestinais apenas com medicação, os dados mostram que as recomendações médicas são mais amplas. Entre as pessoas que chegaram a um diagnóstico, 87% refere ter recebido orientação dos médicos sobre o que deveria fazer para melhorar o seu problema. Essas orientações são de vários tipos: mudanças alimentares genéricas (53%), prática de exercício físico (50%), adoção de uma dieta alimentar específica (48%), ajustada ao quadro clínico e o uso de suplementos ou probióticos específicos (34%).

A medicação surge como uma componente importante (43%), sobretudo entre pessoas diagnosticadas com doenças (é menos comum entre quem apenas tem intolerâncias alimentares), assim como os exames e análises de controlo ou prevenção (40% entre quem tem doenças detetáveis por exame).

Mesmo dimensões tradicionalmente menos presentes, como o sono (19%) ou a redução do consumo de álcool (19%), surgem integradas nalgumas orientações clínicas. Com menor expressão, surge a psicoterapia ou o acompanhamento psicológico (6%), sinalizando uma abertura, ainda incipiente, à dimensão emocional do problema.

Este conjunto de dados mostra que o modelo médico já começa a olhar o problema intestinal como um trabalho continuado sobre o corpo, o estilo de vida, os ritmos de vida e os contextos de stresse, mesmo se isto ainda não é universal.

Os dados mostram também que as pessoas respeitam as recomendações médicas. Entre quem recebeu orientações, 71% afirma ter seguido tudo o que foi recomendado e 29% refere ter seguido uma parte. Ninguém indica ter ignorado completamente as recomendações médicas.

Não há, assim, uma oposição ao que os médicos recomendam, mas uma tentativa de o ajustar às possibilidades e às experiências anteriores. Quem não cumpre tudo o que o médico recomenda invoca falta de motivação (56%) e constrangimentos financeiros (26%), lembrando que muitas das recomendações implicam custos (alimentação específica, suplementos, consultas adicionais). Há ainda quem já tenha seguido essas orientações sem resultados (18%), desconfiando da sua eficácia, quem aponte recomendações pouco claras (17%) e contradições entre diferentes profissionais de saúde (4%). Na maioria dos casos, não é por duvidar dos médicos que as recomendações não se cumprem, mas porque elas exigem recursos – emocionais, financeiros e cognitivos – que nem sempre estão disponíveis.

A subcompreensão do problema e dos sintomas

Para muitos, os problemas intestinais são apenas parcialmente compreendidos, não apenas, mas sobretudo nos casos em que ainda não se chegou a um diagnóstico. A maioria dos inquiridos (72%) consegue identificar pelo menos em parte o que os faz piorar ou “ter uma crise”, mas é menos frequente conseguirem explicar por que o problema surgiu ou o que o mantém. Esta assimetria produz uma forma particular de relação com a doença: o intestino é vivido como sendo sensível ao estilo de vida, mas a explicação para essa vulnerabilidade nem sempre é clara.

No centro desta subcompreensão está, de forma muito evidente, a saúde mental. Quando se pergunta às pessoas o que pode ter estado na base do desenvolvimento do seu problema intestinal, as respostas mostram um afastamento notório da ideia de doença. Apesar de mais de 3 em cada 10 acumularem o problema intestinal com doenças não intestinais, apenas 4% refere uma doença como causa. Em contraste, as duas explicações mais frequentes são ansiedade ou stresse prolongado (46%) e alimentação desequilibrada ao longo do tempo (40%), seguidas de aspetos emocionais ou depressão (24%) e de predisposição genética ou familiar (25%). 15% admite simplesmente não saber.

Este padrão revela que o problema intestinal é pensado menos como algo que decorre de um fator externo, em resultado de uma agressão ou de uma exposição específica, e mais como algo que emerge do modo de vida – dos hábitos, das pressões e das emoções. Na verdade, a saúde mental surge como um grande denominador comum, não apenas como algo que piora o problema, mas que está na sua génese. Esta leitura surgiu nos grupos de discussão, quando alguns participantes colocaram em retrospectiva a sua história. Mesmo quando nunca tinham pensado nisso, quando confrontados com o tema, alguns acabaram por reconhecer essa ligação.

“Era algo que eu queria ver com a minha médica de família, porque eu tenho sistematicamente diarreia, e eu não sei se está associado à alimentação. Provavelmente estará associado aos meus hábitos alimentares, mas não sei ao quê, ainda não consegui perceber ao quê. Mas é um desconforto e há dias em que até tenho bastantes cólicas, e afeta-me. Mas isso é algo que eu quero explorar, ainda não tenho um diagnóstico feito e foi há coisa de há um ano para cá que começou a ficar mais sistemático.”
“É engraçado, não tinha pensado na associação da saúde mental ao intestino, e no meu caso faria bastante sentido, porque coincide com a altura em que me divorciei. Fiquei sozinha com a miúda e, se calhar, isso pode ter tido influência no meu caso.”

M., 32 anos, sem diagnóstico

“O que eu sentia era que nos períodos em que tinha crises mais depressivas, era uma pescadinha de rabo na boca, uma coisa influenciava a outra, e eu começava a ficar pior. (...) O que eu aprendi a ler em mim foi que esta condição acaba por influenciar a parte psicológica e a parte psicológica, por sua vez, piora o intestino.”

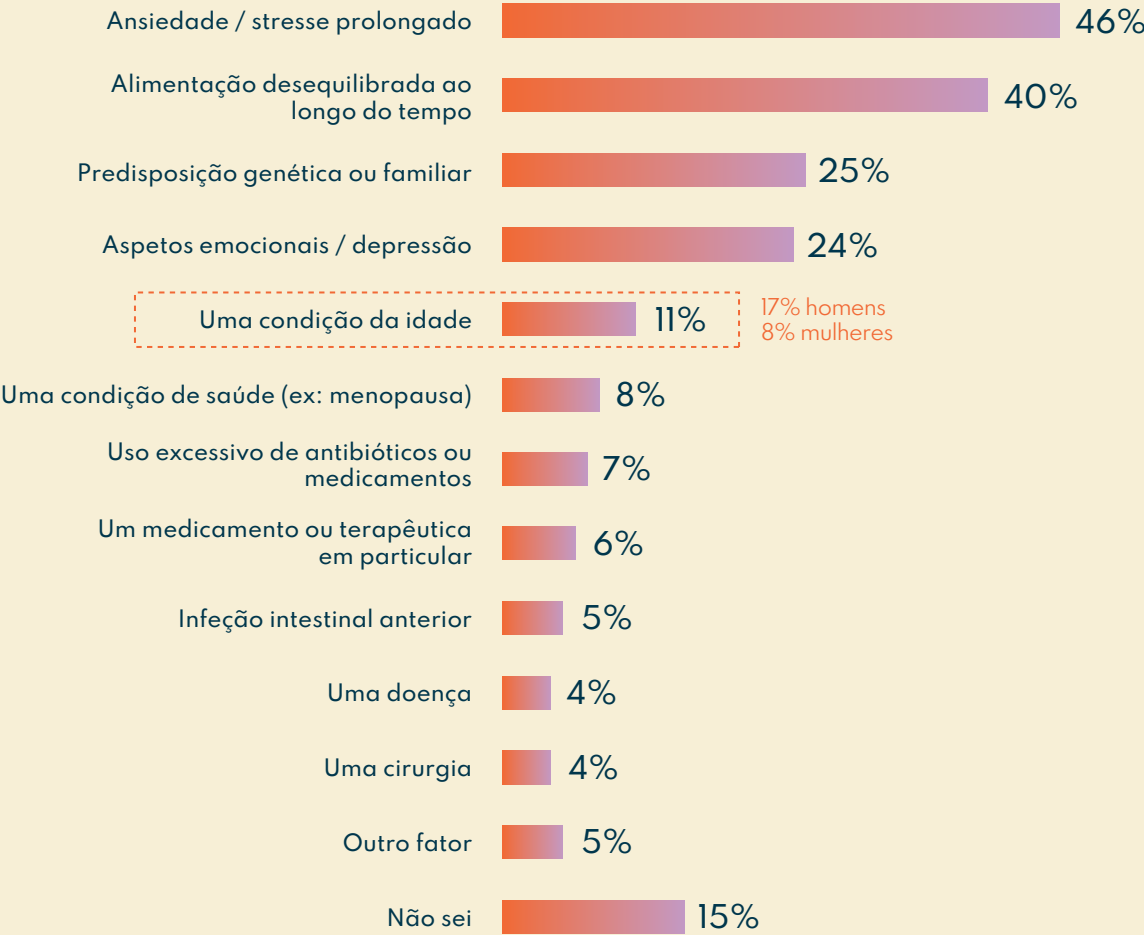
H., 47 anos, doença de Crohn

“Eu sinto muito a ligação, o eixo cabeça-intestino, muito. Tanto que eu sou cantora e às vezes tenho concertos e eu antes de um concerto tenho de ir à casa de banho, não pode faltar. É um momento de ansiedade, é um momento de nervosismo.”

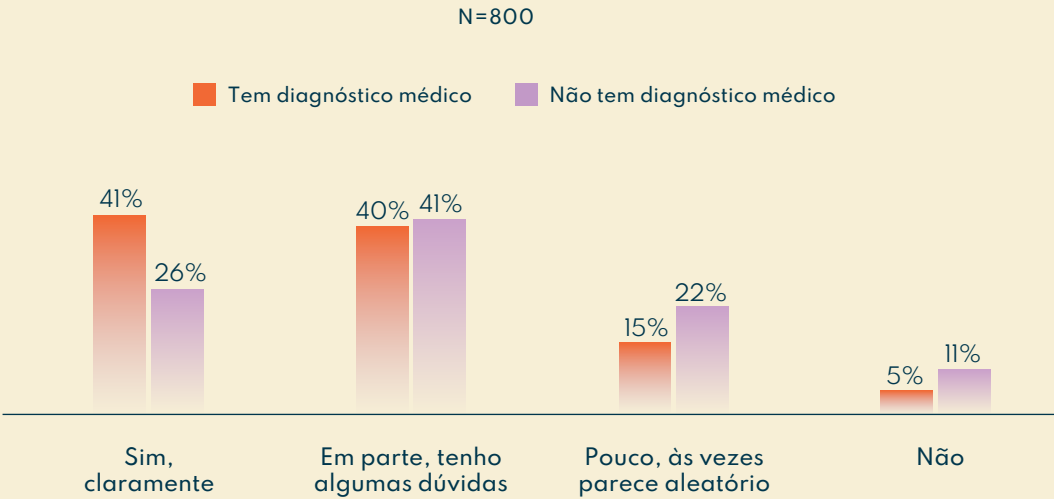
M., 27 anos, sem diagnóstico

O que acha que pode ter estado na base do desenvolvimento do seu problema?

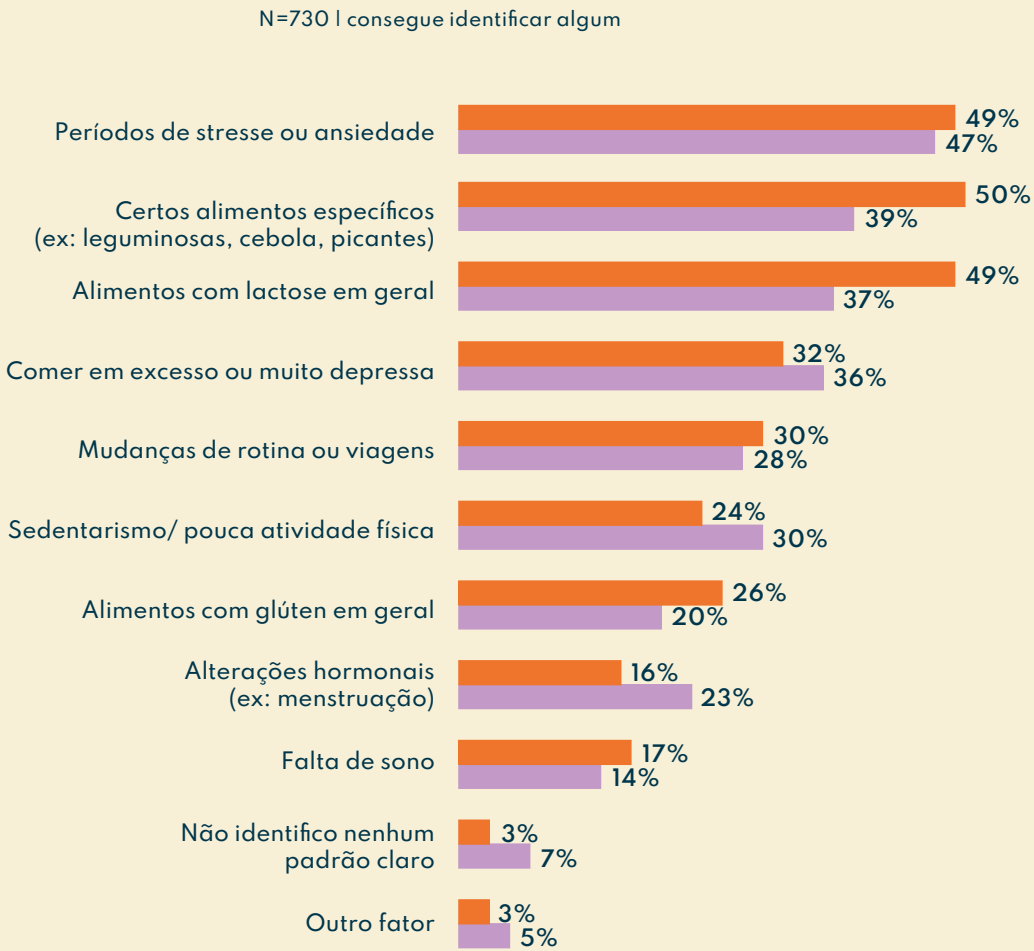
N=800



Consegue identificar situações, alimentos ou fatores que desencadeiam o seu desconforto intestinal?



Que situações, alimentos ou fatores desencadeiam o seu desconforto intestinal



A saúde mental é um eixo explicativo dominante também na associação aos sintomas: 48% dos inquiridos refere períodos de stresse ou ansiedade como um fator que desencadeia o desconforto intestinal, sem distinção relevante entre quem tem e quem não tem um diagnóstico médico. E se, nos grupos de discussão, foi visível que a relação do stresse com o intestino está adquirida, também se provou serem poucos os que fazem a leitura inversa.

A narrativa dominante continua a ser a do impacto da ansiedade ou da depressão no intestino, não a de que um intestino desequilibrado pode desencadear transtornos como a ansiedade ou a depressão.

Onde o diagnóstico faz mais diferença é na compreensão dos gatilhos do mal-estar. Pessoas que têm diagnóstico, também porque algumas estarão muito mais adiantadas no processo, conseguem identificar bastante melhor situações, alimentos ou fatores que desencadeiam o seu desconforto intestinal, provando que o diagnóstico não elimina a incerteza, mas melhora a leitura do problema. Entre quem tem diagnóstico, os alimentos surgem tão ou mais importantes que o stresse como explicação para os sintomas: metade (50%) aponta certos alimentos específicos e a lactose (49%) e um em cada 4 (26%) o glúten, valores sistematicamente mais elevados do que entre quem não tem um diagnóstico.

Apesar desse conhecimento, há dimensões do funcionamento do intestino que ainda não foram apropriados por uma parte significativa da população. Fatores como a falta de sono (15% da amostra) ou o sedentarismo (28%), embora relevantes, são muito menos reconhecidos como gatilhos do desconforto do que a alimentação ou o stresse. Isto revela que a compreensão do problema, mesmo entre pessoas atentas ao seu corpo, ainda está longe de integrar aspetos essenciais do funcionamento do intestino, como o papel do descanso e da atividade física.

“Eu identifiquei a manteiga pura e dura como a pior coisa que eu podia ingerir. Não como manteiga e, quando como, quando alguém prepara alguma coisa com manteiga, acontece comigo.”

H., 53 anos, Intolerância a lactose

“Eu posso dizer que, por exemplo, quando é vinho verde faz-me mal. Azia e gases, fico inchado mesmo, por causa do gás do vinho.”

H., 48 anos, Sem diagnóstico

“Embora não tivesse excesso de peso, a falta de exercício condicionava-me ainda mais, porque eu não conseguia de modo algum libertar todo este tóxico em termos de corpo.”

M., 49 anos, SII

“Eu não é só aquilo que como, é também muito o estado de espírito. Se tiver picos de stresse, mesmo no trabalho, já sei que no dia a seguir vou ter qualquer coisa. E as crises quando as tenho não é durante o dia, é sempre de madrugada, quando estou mais relaxado, é quando tenho os episódios.”

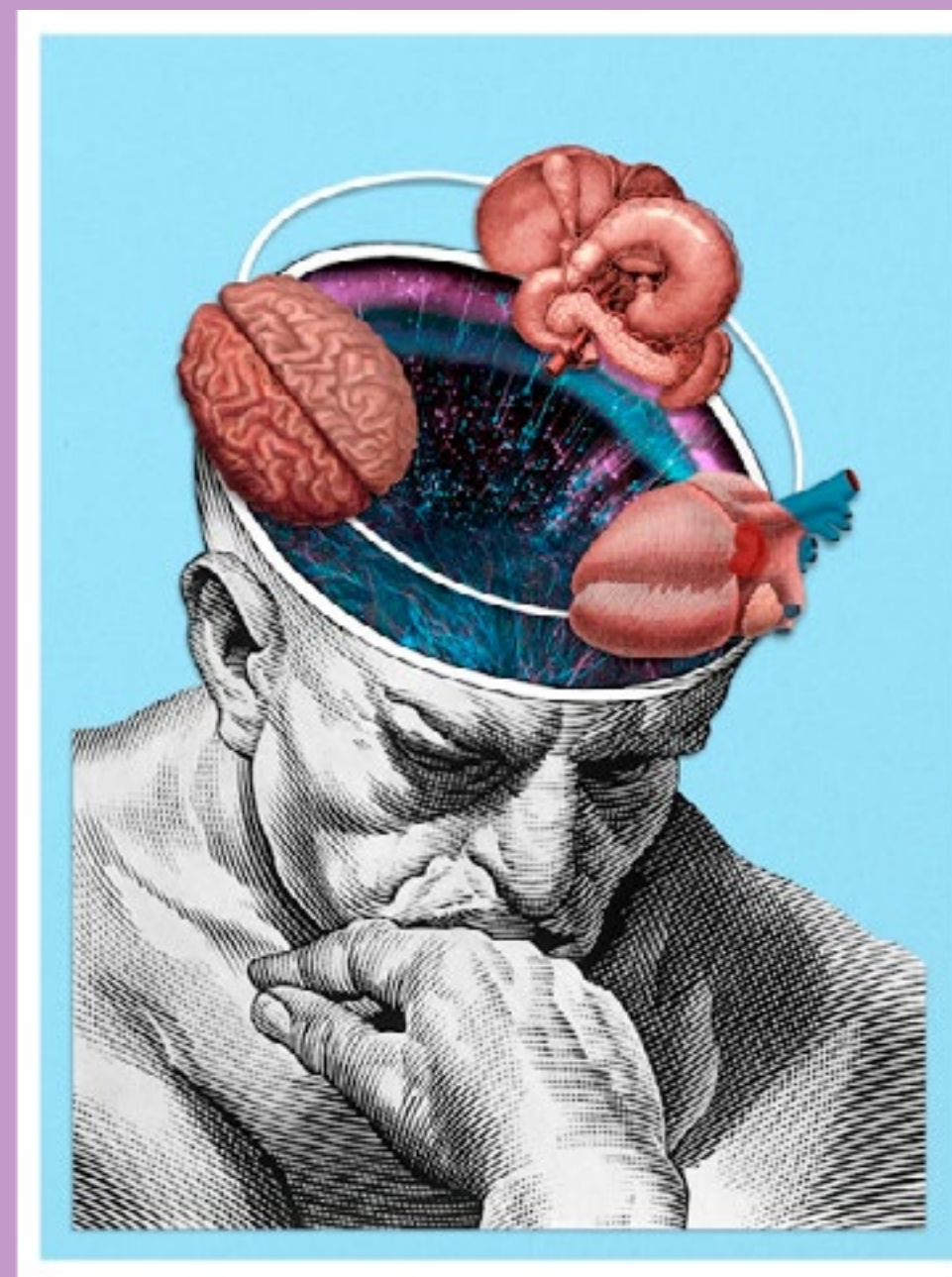
H., 48 anos, SII, Lúpus, Apneia do Sono

“São os períodos mais stressantes, se estiver a passar uma fase de entrega de projetos, pressão de timings, ou o projeto não estar a correr como eu quero, ou mesmo a nível pessoal, andar com alguma preocupação, é o suficiente para de facto sentir mais cólicas, ou ir mais vezes à casa de banho.”

H., 46 anos, doença de Crohn



artwork@ Annemarieke Kloosterhof
WellcomeCollection



'A alma no estômago'

No início do século XVII, o médico Jan Baptist van Helmont viveu uma experiência estranha enquanto trabalhava com uma planta tóxica: sentiu que já não pensava na cabeça, mas sim no estômago. A partir desse episódio, desenvolveu uma ideia radical para a época: a de que as emoções, a imaginação e a percepção não residiam nem no coração nem no cérebro, mas nos órgãos digestivos. Para van Helmont, o estômago não era apenas um órgão funcional, mas o lugar onde se situava a "alma sensível".

Esta visão contrariava séculos de pensamento médico e filosófico que dividiam a alma em partes hierarquizadas, culminando no cérebro como centro da razão. Enquanto muitos dos seus contemporâneos apostavam na anatomia cerebral e em explicações cada vez mais mecanicistas do corpo hu-

mano, van Helmont valorizava a experiência vivida: o nó no estômago provocado pelo medo, a perda de apetite perante uma má notícia, a sensação física das emoções. Apesar de amplamente rejeitada pelos círculos científicos da época, a sua teoria encontrava eco no senso comum e na forma como as pessoas descreviam o que sentiam no próprio corpo.

Hoje, à luz da investigação sobre o microbioma intestinal e o sistema nervoso entérico, a ideia de uma ligação profunda entre intestino, emoções e bem-estar deixou de parecer absurda. Embora as teorias de van Helmont não tenham base científica nos termos atuais, a sua intuição antecipa aquilo que a ciência agora prova: a de que o intestino tem um papel ativo na nossa saúde mental e física.

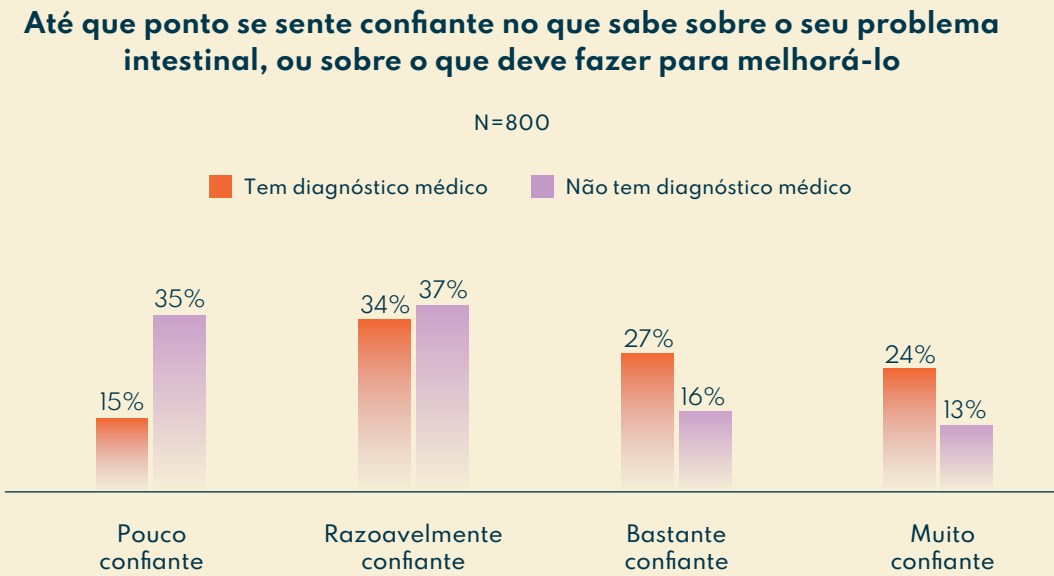
Experimentalismo e autodidatismo: pessoas em autogestão

Uma evidência dos grupos de discussão, corroborada pelos resultados quantitativos, é a de que a procura de uma solução para os problemas intestinais é sempre um processo de autoaprendizagem por tentativa-erro, em que as pessoas, a partir do que leem e ouvem, vão formulando e testando hipóteses sobre o que lhes faz bem ou mal, e ajustando comportamentos (com maior ou menor rigor) com base nos efeitos observados.

Este comportamento é dominante mesmo entre pessoas que recorreram a médicos ou especialistas: 75% afirma que faz esforços para controlar o seu problema que vão além do que os médicos recomendaram (só 15% cumpre apenas o que os médicos indicaram e 10% não faz nada em particular). Isto significa que os médicos são apenas uma fonte de orientação. O resto é construído através de experimentação pessoal, pesquisa junto de diferentes fontes, trocas com pessoas com o mesmo tipo de problema e observação do próprio corpo.

Na verdade, os números em baixo denunciam que, apesar de muitas pessoas conseguirem reconhecer certos padrões, a maioria não se sente plenamente segura no que sabe sobre o seu problema ou sobre o que deve fazer para melhorá-lo. O mapa por que se guiam para navegar no seu problema vai sendo construído a partir da própria experiência e de informações fragmentadas.

Isto acontece também porque, sobretudo em condições funcionais como a SII¹⁷, não existe uma fórmula que funcione com todos. Em muitos casos, o tratamento é inevitavelmente individualizado, combinando intervenções alimentares e mudanças no estilo de vida (para além da medicação). Estudos recentes sobre nutrição¹⁸ também sugerem que, por estar associado a características individuais e da microbiota, a resposta a alimentos pode variar muito entre pessoas, fazendo com que, em muitos casos, a própria recomendação médica precise de passar por uma fase de experimentação.



“Acho que não é só o que nos dizem, mas também nós a fazermos de nós próprias de ratinho de laboratório a experimentar: o que é que comigo tem mais efeito?”

M., 57 anos, teve uma isquemia intestinal

“Fui deixando o leite e a última coisa que eu deixei foi o kefir de leite, que era o probiótico que eu tomava com bastante frequência e acabei por substituir pela kombucha. (...) Foi ver pessoas a falarem, redes sociais, e até os próprios médicos a falarem disso, e acabei por experimentar e gostei, fiquei (...). O Kefir foi também de minha iniciativa, por investigação, procura de informação. Cheguei lá, ouvi falar, as pessoas a comentar que se sentiam bem, gostavam, e experimentei e a partir daí continuei. (...) Tomo suplementos alimentares, como o magnésio, vitamina D, ómega 3. Mais uma vez, por investigação minha.”

H., 54 anos, Sem diagnóstico

“Fiz autotestes com a dieta da minha irmã. Porque a minha irmã tem SII e já vinha com um plano alimentar muito rigoroso e eu peguei no plano dela, fiz o plano dela e depois comecei a ‘deixa-me testar isto e isto’ e depois percebi que era só a lactose (...). Eu já sei o que é que posso ou não comer. Tenho a dieta ajustada.”

M., 28 anos, Intolerância a lactose

“Eu comecei por ir ao médico de família com as queixas de diarreia, de dores de barriga sempre que eu consumia algum produto específico, neste caso era leite, iogurte, certas manteigas, e eu comecei a desconfiar que podia ser disso. (...) Eu, se não beber leite com lactose, nem iogurtes, não fico assim tão mal, e então foi assim que eu descobri.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“Quando conheci a minha esposa, ela fez uma pesquisa exaustiva sobre a minha doença e aconselhou-me a fazer umas alterações alimentares. Desde que comecei a fazer essas alterações, noto que melhorei drasticamente. Inclusivamente, a minha médica diz-me nas consultas que a alimentação não tem nada a ver com a minha doença, o que eu sou completamente contra.”

H., 47 anos, colite ulcerosa

“É importante também fazermos estudo e experiências, por exemplo, eu já fiz uma semana sem glúten para ver como é que o corpo respondia, como é que eu me sentiria. Acho que é importante.”

M., 22 anos, Sem diagnóstico

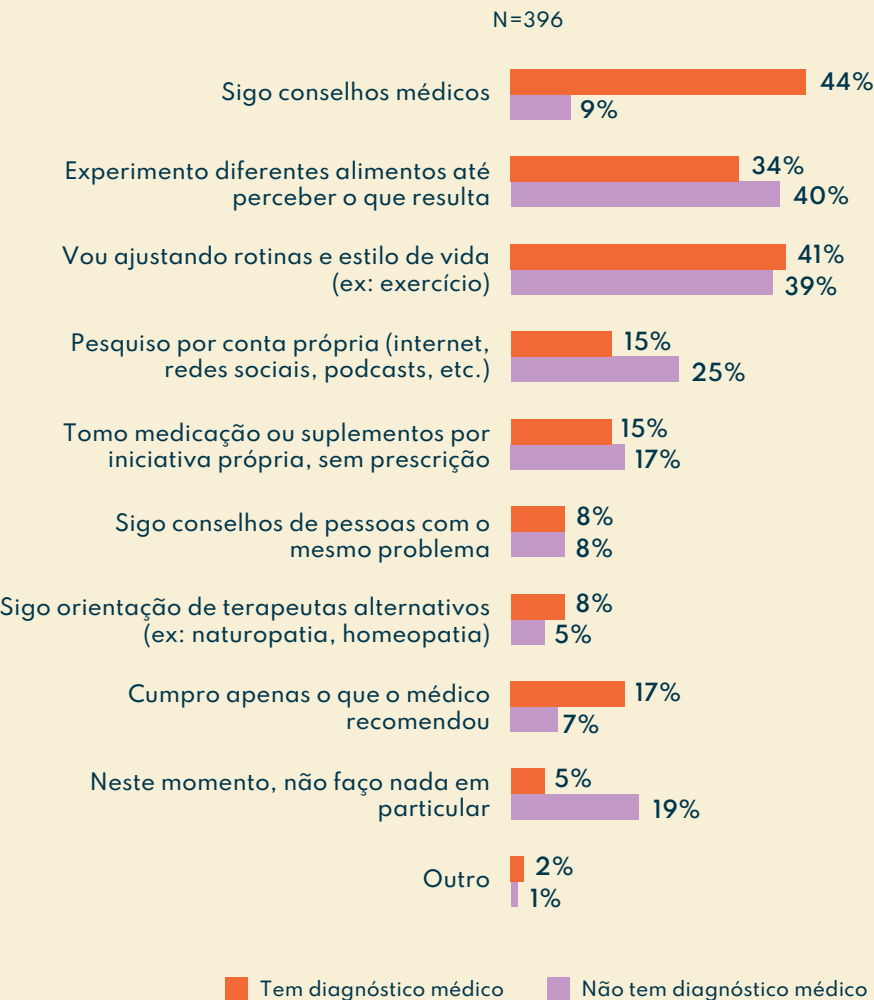
“Tomo o complexo B, tomo vitamina D também e ómega-3. (...) Fui eu próprio que cheguei lá, com pesquisas e vários artigos que li. Cheguei a uma conclusão, experimentei e tive resultados.”

H., 49 anos, Carcinoma papilar na tiróide, pólipo fibróide no intestino delgado

“Depois dos exames, entregaram-me uns papéis que são FODMAPS, que contém um conjunto de grupos alimentares, para eu ir excluindo para ver o que é que funcionava melhor, o que é que me fazia mais alergias, com o que é que me sentia melhor e pior. (...) Foi a partir daí que conseguimos perceber o que é que me fazia bem ou mal e ter um diagnóstico mais certo. (...) Passar a fazer um planeamento semanal para gerir o stresse foi mesmo só de mim, foi tentar ver o que é que funcionava melhor.”

M., 27 anos, SII e intolerância a lactose

Atualmente, como procura controlar o seu problema intestinal?



75%

Dos que recorreram a médicos ou especialistas faz esforços para corrigir o seu problema intestinal que vão além daquilo que os médicos recomendaram

N=267

Quando olhamos para o que as pessoas fazem atualmente para controlar o seu problema intestinal, torna-se visível que uma boa parte continua a atuar num regime de ajustamento por autorrecriação: experimentam diferentes alimentos até perceber o que resulta, vão ajustando rotinas e estilo de vida, tomam medicação e suplementos sem prescrição (como prébióticos e probióticos) e, com expressão menos relevante, seguem conselhos de pessoas com o mesmo problema. De resto, entre as pessoas (49%) que admitem ter familiares diretos com o mesmo tipo de problema, 17% indica que partilham estratégias e tratamentos.

Há ainda quem pesquise ativamente sobre o seu problema, sobretudo se não tem um diagnóstico médico (25%). Este padrão é coerente com os testemunhos recolhidos nos grupos de discussão: quanto menos bem explicado ou resolvido o problema, maior a tendência para o autodidatismo.

A atuação por conta própria não pode ser lida como uma recusa da autoridade dos médicos. Pelo contrário, a maioria continua a vê-la como referência central: 63% diz confiar totalmente nos médicos e 32% confia em parte (vide página 137). O mesmo acontece com nutricionistas e farmacêuticos, confirmando que as pessoas não rejeitam a medicina convencional.

Também se torna claro que uma boa parte da população já está alertada para a falta de fundamento de muitos dos conteúdos que circulam na internet e, sobretudo, nas redes sociais, o que não significa que não consumam muitos desses conteúdos, sobretudo quando lhes faltam pistas.

O autodidatismo é validado pelos médicos inquiridos neste estudo: 71% nota que os pacientes chegam hoje mais informados à consulta, 40% refere que a informação é frequente-

mente confusa e 17% que é muitas vezes incorreta; apenas 15% sente que essa informação é útil (vide página seguinte).

Se a autogestão da saúde tem a vantagem de permitir a integração de comportamentos que aliviam os sintomas e uma leitura mais sustentada sobre o que pode estar na sua génese, ela não é isenta de riscos, em particular quando envolve uma dieta restritiva sem qualquer orientação profissional.

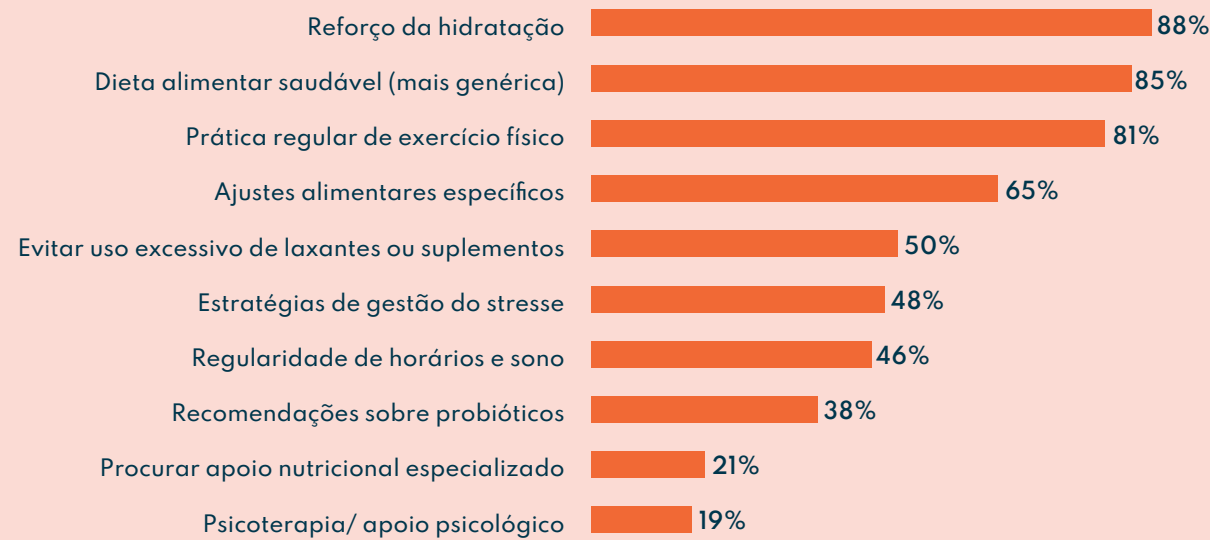
Abordagens à alimentação muito suportadas na eliminação prolongada de determinados alimentos (por exemplo, hidratos de carbono ou leguminosas) podem ter efeitos contraproducentes, na medida em que podem desaguar em alterações na microbiota intestinal ou em deficiências nutricionais, para não referir a possibilidade de desenvolver padrões de relação com a comida que se aproximam da obsessão. A intervenção alimentar mais restritiva só deve ser sustentada com uma estratégia, e por período curto, daí ser fundamental o acompanhamento clínico.

O próprio uso de probióticos e prébióticos também merece acompanhamento clínico. Embora tenham potencial de benefício para a saúde intestinal, a evidência científica tem revelado que a sua eficácia depende do tipo de produto e da adequação da dosagem a cada pessoa, podendo até, em casos específicos, ser contraindicados¹⁹.

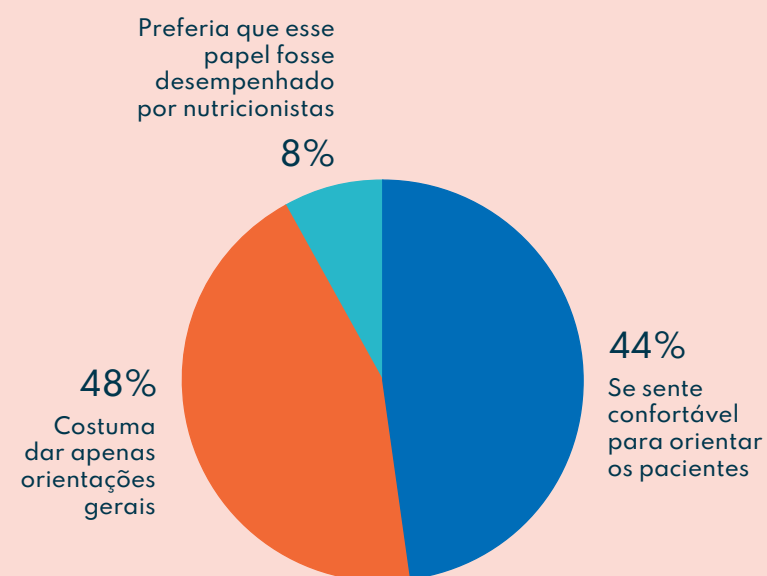
Isto não significa que as tentativas de ajustar a alimentação sejam erradas, muito pelo contrário: dietas alimentares orientadas estão entre as estratégias com melhor evidência de benefício. Mas elas devem ser planeadas, individualizadas e acompanhadas por profissionais de saúde (nutricionistas e gastroenterologistas) para minimizar efeitos indesejáveis.

A voz dos médicos

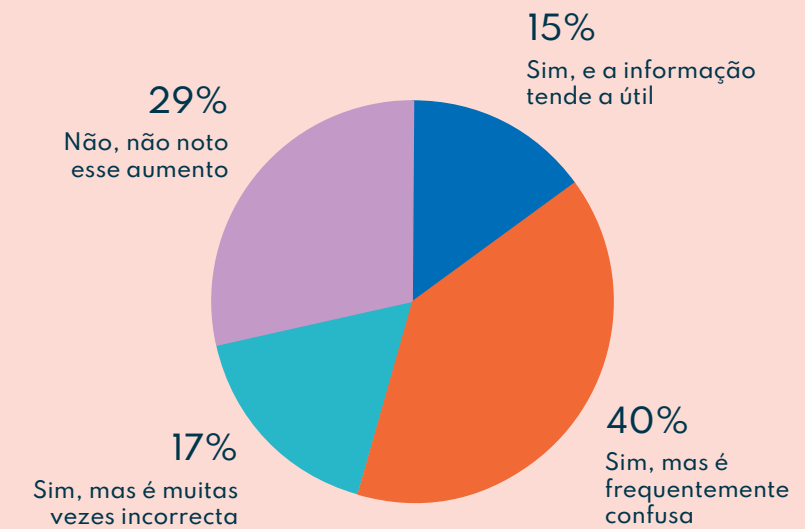
Para além da prescrição de medicação ou exames, que outras orientações costuma dar aos pacientes com sintomas intestinais persistentes?



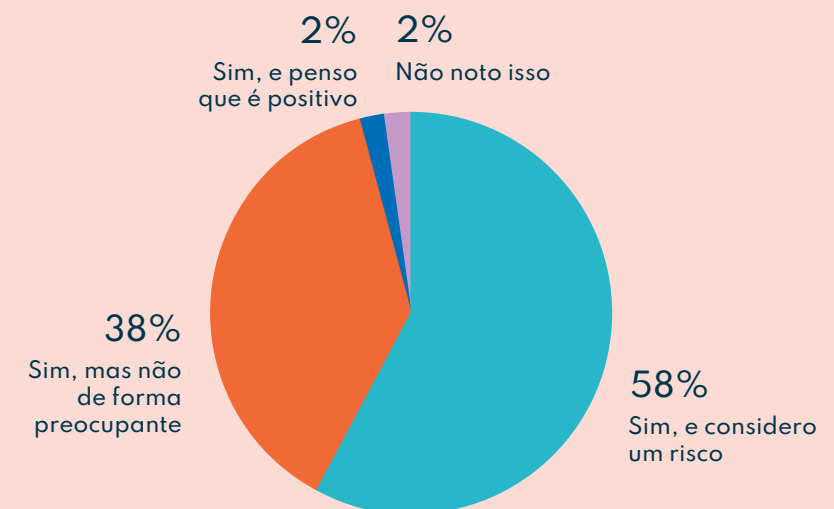
Em relação às recomendações sobre alimentação, diria que:



Tem notado um aumento do número de pacientes informados sobre saúde intestinal?



Considera que, para resolução do desconforto intestinal, há uma crescente procura de soluções por conta própria (internet, figuras nas redes sociais)?



N=48 | Inquérito online a médicos de medicina geral e familiar inquiridos através da rede Médis

Vigilância e autoconhecimento como ponto de chegada

Os problemas intestinais não terminam numa solução definitiva. Sobretudo para quem já passou pelas várias fases de desorientação, diagnóstico e tentativa-erro, o percurso conduz a uma nova forma de relação com o próprio corpo, pautada pela leitura fina dos sinais do intestino e maior capacidade de antecipação e gestão dos problemas.

Este patamar de consciência é distintivo de quem está num grau mais avançado de ação. Entre as pessoas que sentem que o seu problema “melhorou muito” ou “melhorou um pouco” desde que começaram a sentir problemas, metade (50%) descreve o seu percurso como “um processo de aprendizagem” sobre o próprio corpo, sendo esse tipo de processo mais evidente entre os que têm diagnóstico (47%) do que entre os que não têm (34%).

Dos testemunhos também se percebe que essa evolução não é linear, e decorre da experiência acumulada: cada episódio, cada reação, cada falha ou melhoria vão ajudando a construir um mapa de funcionamento. Frases como “quando a obstipação acontece, percebo imediatamente que foi falta de água e no dia seguinte resolvo”, ouvidas nos grupos de discussão, são ilustrativas de como pequenas alterações no padrão habitual são interpretadas como sinais de desequilíbrio, e corrigidas.

Para quem atinge este patamar, a saúde intestinal não envolve uma intervenção pontual, mas uma vigilância permanente do bem-estar: alimentação, rotinas, hidratação, stresse, sono, movimento - tudo entra numa fórmula que é invariavelmente sensível e individual. Já não se trata apenas de controlar sintomas, mas de uma nova relação com a própria saúde, em que o intestino funciona como um barómetro. Em muitos casos, este ponto de chegada não significa a erradicação do problema, mas a melhor vivência possível dentro de uma condição para a qual não existe cura.

“Há uma Cristina antes e uma Cristina depois. Há aquela Cristina que há uns bons anos atrás teve excesso de peso porque realmente comia mais emocionalmente, mais pão, sobretudo, e uma Cristina que consegue controlar tudo, mesmo que a despesa esteja com batatas fritas, bolachas ou mesmo pão. Ou seja, consigo perceber.

Deixei de fazer dietas yo-yo há uns tempos e percebi que comermos massa, arroz, em poucas proporções, proporciona o mesmo bem-estar, a mesma descida de peso, enfim, seja de saúde ou mesmo de fisicamente nos sentirmos mais magras ou mais bonitas. E realmente noto uma diferença.

No entanto, também tenho, como a O. está a dizer, a tendência a ter acne e procuro muito ir buscar alimentos que não tenham tantos laticínios, ou lactose ou queijos. Por exemplo, uma das coisas que eu antes não conseguia controlar era aquela questão de um iogurte, seja natural ou com frutas, e eu agora consigo controlar muito bem isso. Portanto, a nível dos laticínios, e do pão, também já estou mais controlada.

Agora, tento fazer escolhas mais saudáveis, por exemplo, apetece-me uma bolacha, porque não juntar a aveia com a banana e uns frutos secos e faz uma bolacha, e não consumir tanto os ingredientes processados.”

M., 37 anos, sem diagnóstico (sintomas: obstipação, acne, desregulação do sono e humor)

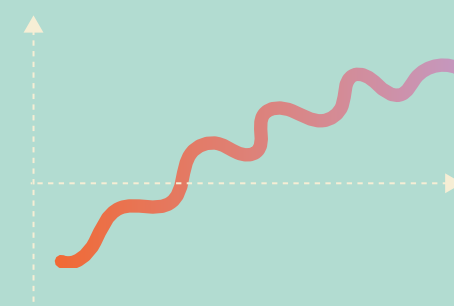
Cartografia do processo

Como descreveria o percurso feito até agora para tentar resolver o seu problema intestinal?

N=800

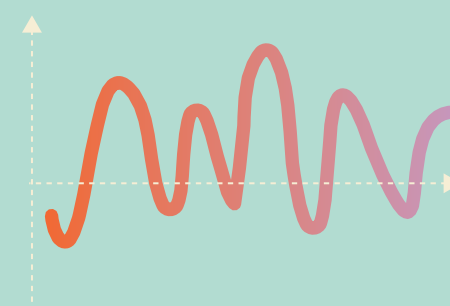
39%

Um processo de aprendizagem, hoje conheço o meu corpo e sei o que me faz bem ou mal



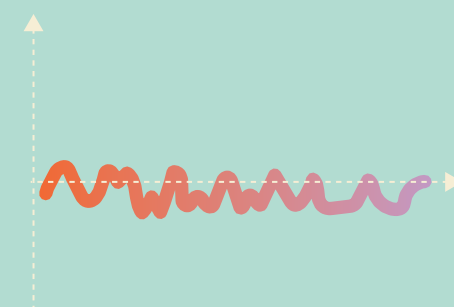
37%

Teve altos e baixos, às vezes estou bem, outras ainda me sinto perdido



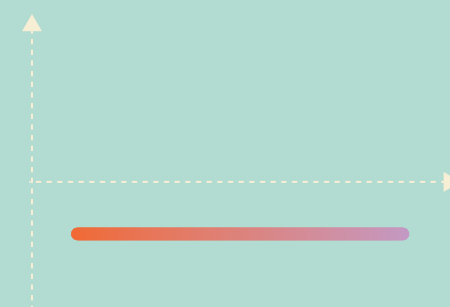
8%

Foi sobretudo frustrante, tentei várias coisas e continuo sem resultados



15%

Não tenho feito nada de forma consistente





Hayv Kahraman, Entanglements no. 1 (2021). Mosaic Rooms, Londres. Fotografia, Fredrik Nilsen Studio.

Na exposição Gut Feelings (2021–22), de Hayv Kahraman, o intestino funciona como uma metáfora visual da forma como a experiência humana se inscreve no corpo. As figuras femininas aparecem envolvidas por estruturas tubulares que são, ao mesmo tempo, vísceras e redes neuronais, sugerindo que emoções, memória, trauma e história social não vivem apenas na mente, mas atravessam o corpo de forma material. As obras pretendem tornar visível o entrelaçamento: o interior e o exterior, o psicológico e o fisiológico, o vivido e o biológico deixam de ser domínios separados para se tornarem partes de um mesmo sistema.

Esta visão dialoga com a compreensão contemporânea do eixo intestino-cérebro, segundo a qual estados emocionais, stresse e trauma podem influenciar o funcionamento gastrointestinal, e vice-versa. Ao representar o intestino como um lugar de dor, mas também de cuidado e regeneração, Kahraman oferece uma imagem daquilo que muitas pessoas com sofrimento intestinal descrevem: um corpo que “guarda” experiências e as traduz em sintomas. Assim, a arte funciona como uma linguagem paralela à ciência, ajudando a tornar intuitiva a ideia de que o mal-estar intestinal não é apenas mecânico ou alimentar, mas profundamente ligado à vida emocional e à história de cada pessoa.

O estudo revela que a gestão de um problema intestinal é um processo longo e emocionalmente exigente, feito de tentativas, recuos e aprendizagens.

A normalização social das queixas intestinais, somada à habituação ao desconforto, começa por atrasar a procura de ajuda especializada. E essa, quando acontece, é quase sempre reativa, motivada por crises intensas ou pelo medo.

Para quem entra no sistema de saúde (70%), o caminho pode ser difícil e desmoralizante. O diagnóstico de muitas perturbações intestinais é complexo e, com muita frequência, inconclusivo e ainda pouco resolutivo. São comuns os percursos marcados por múltiplos médicos, exames e hipóteses contraditórias. Algumas pessoas nunca chegam a obter uma resposta clara; outras desistem a meio do processo.

Ainda assim, a importância do diagnóstico não deve ser subestimada. Os dados mostram que a diferença mais estrutural na forma como as pessoas vivem o seu problema estabelece-se entre quem sabe e quem não sabe o que tem, não só porque uns estarão mais adiantados no processo, mas porque o diagnóstico organiza a leitura do problema e torna possível uma ação mais consequente.

Ao mesmo tempo, torna-se claro que os médicos, por si só, raramente chegam para a solução. A gestão do problema exige quase sempre um processo de afinação pessoal, em que cada pessoa aprende, por tentativa-erro, a ler o seu corpo, a testar limites e a ajustar rotinas.

Para os poucos que atingem esse patamar, o ponto de chegada não é apenas a regeneração, mas a integração de uma fórmula de bem-estar que não dispensa a vigilância. Não se trata, assim, de uma cura, mas de aprender a viver melhor, assumindo que, em saúde intestinal, dificilmente uma solução serve para muitos (ou para sempre).



Como as pessoas atuam sobre o seu problema

Gerir um problema intestinal não exige só saber o que fazer, mas conseguir fazê-lo de forma consistente ao longo do tempo. Entre a consciência do problema e a ação efetiva, surgem ‘fórmulas’ de atuação incompletas, tentativas avulsas, e estratégias difíceis de sustentar ao longo do tempo. Este capítulo analisa como as pessoas atuam sobre o seu problema intestinal, cruzando o que reconhecem como importante com aquilo que efetivamente fazem.

Através de um exercício de segmentação, identificam-se ainda diferentes estágios de ação sobre o problema intestinal, desde quem está imobilizado até quem alcançou uma fórmula resolutiva.

‘Fórmulas de bem-estar’ incompletas e nem sempre cumpridas

Os problemas intestinais crónicos, sejam de que natureza forem, exigem uma abordagem que combine diferentes eixos de atuação. Não existe uma resposta única nem uma sequência de ações que sirva todos os casos. No entanto, existe um consenso alargado de que a gestão destas condições assenta numa articulação de medidas de natureza distinta, que vão desde medicação (se necessária), à alimentação e estilo de vida, até a aspetos do foro psicológico, com pesos relativos que variam consoante o tipo de doença, a fase da doença e a história clínica de cada pessoa.

Apesar desse consenso, o estudo revela que, na prática, a abordagem integrada raramente se concretiza. A articulação entre tratamento médico, acompanhamento nutricional e ajustamentos no estilo de vida é quase sempre fragmentada, descompassada no tempo ou mesmo inexistente. Em resultado, condições que pediriam respostas coordenadas acabam por ser geridas por partes: ora apenas centradas na medicação, ora tratadas apenas como problemas do foro mental, ora deixadas à gestão alimentar - na grande maioria dos casos, sem envolvimento de um nutricionista (apenas 14% dos inquiridos procurou ajuda de um nutricionista para gerir o seu problema intestinal, ao mesmo tempo que 56% dos médicos admite, em relação às recomendações sobre alimentação, que dá ‘apenas orientações gerais’ ou ‘preferia que esse papel fosse desempenhado por nutricionistas’).

Seja porque o sistema de saúde está imprecisado para uma abordagem multidisciplinar, ou porque as pessoas nem chegam a ter acompanhamento especializado, a fórmula que devia orientar a sua ação está muitas vezes incompleta, ou seja, não contempla uma série de aspetos que seriam necessários para uma gestão eficaz do seu problema.

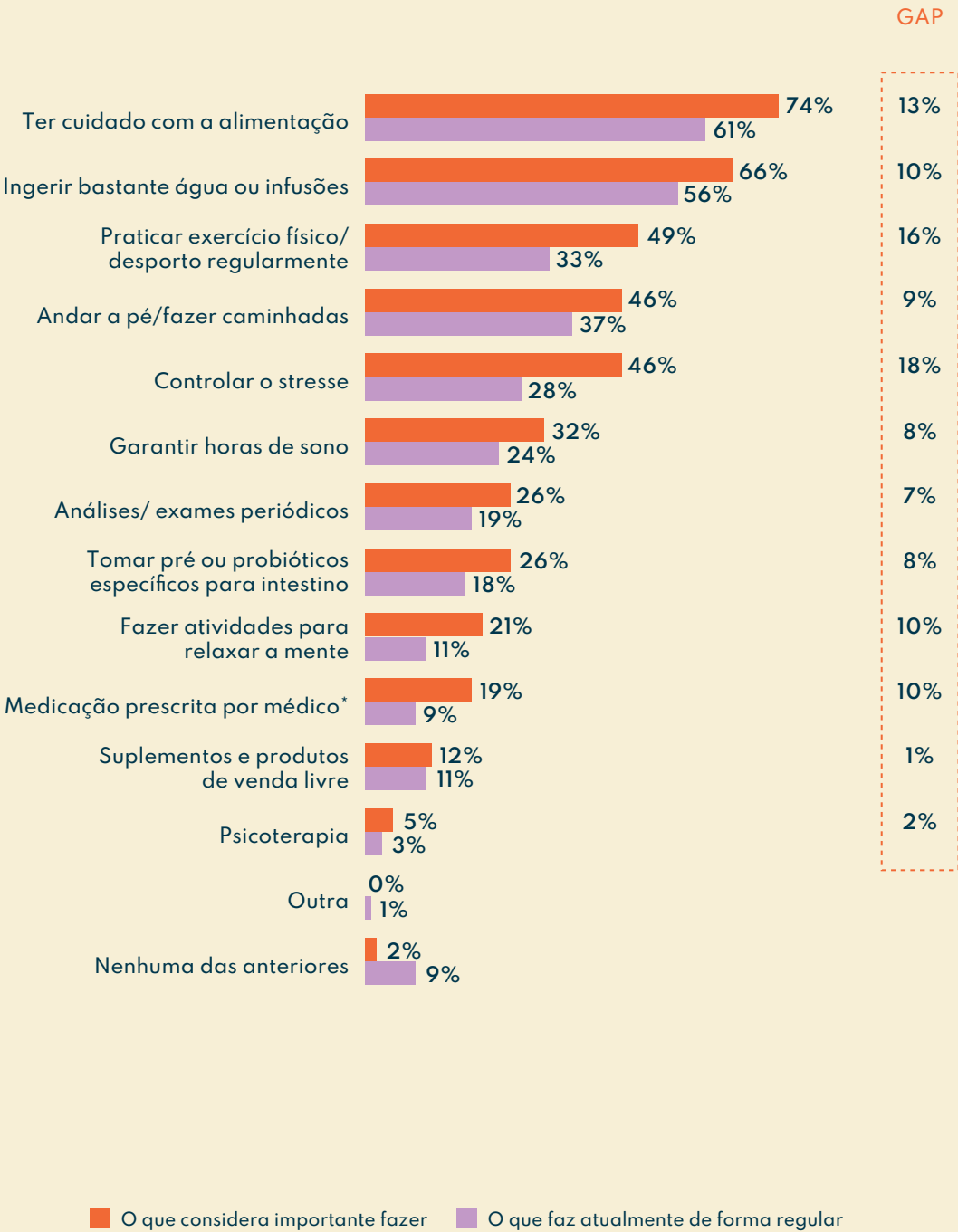
Nesta fórmula, a alimentação ocupa um lugar central. Esta centralidade é compreensível e justificada: a alimentação desempenha um papel relevante em todas as condições intestinais, seja como elemento estruturante do tratamento, como fator de alívio de sintomas, ou como elemento que afeta processos ligados à inflamação, ao metabolismo e às defesas naturais do corpo.

O problema é a alimentação ser, para uma parte expressiva das pessoas, uma resposta quase exclusiva a um problema multifatorial. Em condições como a Síndrome do Intestino Irritável, por exemplo, é determinante a gestão do stresse, podendo ter um impacto comparável ao da dieta²⁰. Já em doenças inflamatórias intestinais, a alimentação pode ter um papel de suporte, mas raramente substitui o acompanhamento médico e a terapêutica farmacológica. Contudo, o que se confirma é que estes eixos surgem menos reconhecidos na “fórmula” das pessoas, i.e., naquilo que consideram importante fazer para gerir o seu problema intestinal.

Assim, mais do que um erro de conteúdo, o que se observa é um peso relativo enviesado, em que a alimentação concentra todas as expectativas e esforços, relegando para segundo plano (ou nem considerando) outras dimensões. Um dos eixos subvalorizados é o exercício físico. Embora exista uma perceção de que “faz bem”, ele não é totalmente reconhecido como ferramenta de gestão do problema intestinal. Aliás, há mais pessoas que indicam fazer exercício físico regular (52%), do que pessoas a indicá-lo como algo que fazem para gerir o problema intestinal (33%), sugerindo que o fazem mais na lógica genérica de bem-estar ou do controlo de peso. Note-se que exercício demasiado intenso pode agravar sintomas intestinais em algumas pessoas.

Distâncias entre aquilo que cada um percebe importante fazer pelo seu problema e aquilo que efetivamente que faz

N=800



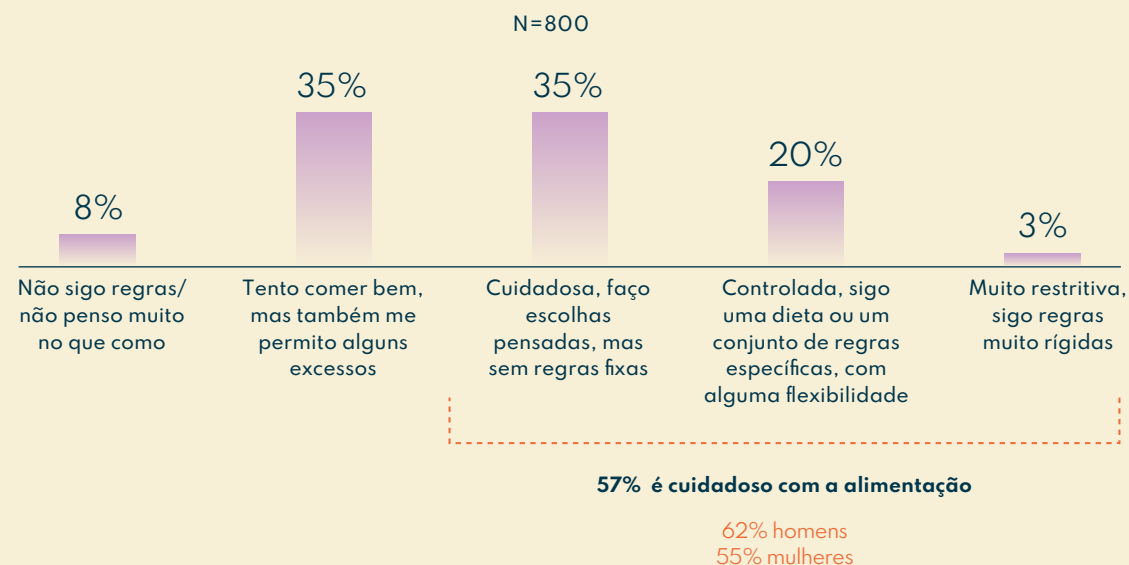
* Nota: Medicação para o estômago e o refluxo, antidiarreicos e reguladores do trânsito lideram na medicação prescrita por médicos

69%

considera que alimentação tem uma grande influência sobre o seu problema intestinal

69% homens
68% mulheres

O que melhor descreve a sua relação atual com a alimentação?

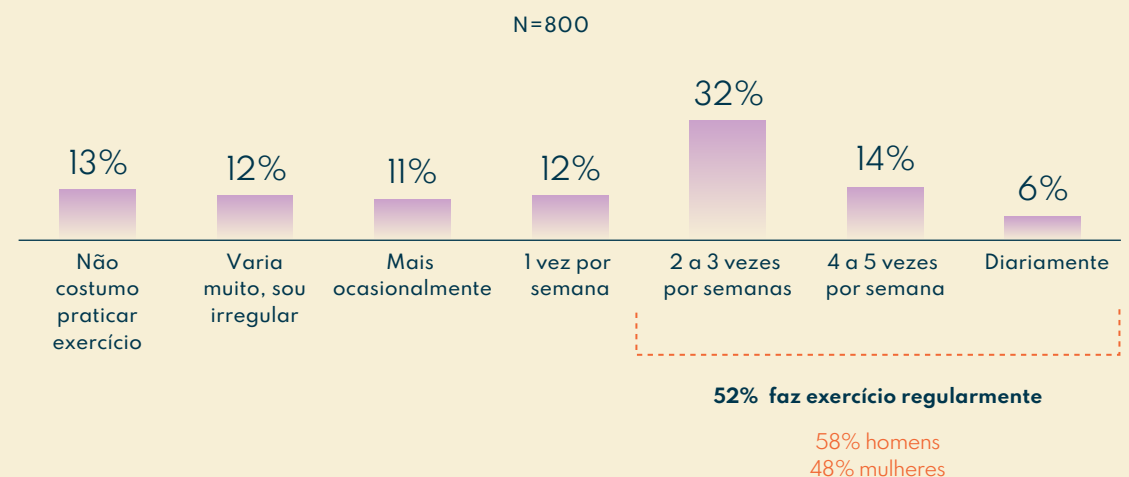


53%

considera que o exercício físico tem uma grande influência sobre o seu problema intestinal

57% homens
52% mulheres

Com que frequência pratica exercício físico?



Há ainda dimensões que, apesar de serem relevantes em praticamente todos os problemas intestinais, têm menos expressão na fórmula de atuação: a gestão do stresse e a qualidade do sono. Estes eixos são menos associados aos problemas intestinais e são mais difíceis de traduzir em ações concretas.

Para além de a fórmula estar incompleta, há um problema na sua execução. No gráfico da página anterior, pode ler-se o desfasamento (o ‘gap’) entre o que as pessoas consideram importante fazer e o que fazem atualmente para gerir ou controlar o seu problema intestinal. Também dessa análise se retira que 35% não vai além de duas dimensões de atuação, sendo as mais comuns o cuidado com a alimentação e a ingestão de líquidos.

Em particular sobre ‘cuidado com a alimentação’, embora 74% o indique como um fator importante - o que significa que 26% não o considera sequer importante para gerir o seu problema intestinal -, só 57% admite fazer escolhas alimentares pensadas ou criteriosas.

A leitura por género também revela distâncias entre o que se valoriza e a prática. As mulheres tendem a atribuir maior importância a quase todas as dimensões do cuidado - alimentação, hidratação, stresse, exercício, práticas de relaxamento e uso de pré ou probióticos - o que aponta para um olhar mais abrangente. No entanto, essa valorização acrescida nem sempre se traduz numa atuação proporcional: embora façam mais em áreas como alimentação e ingestão de líquidos, a diferença face aos homens é menor do que a importância declarada faria prever. Já os homens evidenciam um padrão mais pragmático: valorizam menos aspetos, mas apresentam maior coerência entre o que consideram importante e o que efetivamente fazem, sobretudo no exercício físico e nos exames. Este contraste sugere que, para as mulheres, o cuidado é vivido de forma mais complexa e autocrítica, enquanto nos homens tende a ser mais seletivo e integrado na rotina.

“Eu também daria um 8 [à minha saúde], e acho que não daria um 10 pela questão do sono e do exercício físico. Acho que são dois pilares que impactam tudo o resto e eu com a dieta sou super cuidadosa e super disciplinada, mas eu sinto que com o resto, como não sou... sinto logo a diferença quando tenho uma má noite de sono e sei que também o exercício físico e ser mais ativa no geral, ia ter um impacto mais positivo, mas não consigo ter a mesma disciplina nessas áreas.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Sou principalmente muito desleixada, mesmo muito desleixada. Eu não me consigo combater, porque eu até posso cumprir durante dois dias, mas depois ao terceiro lá vou eu comer um chocolate e fico na preguiça. E é uma coisa que me aborrece em mim, muito, fico zangada comigo (...) Eu acho que a palavra rotina é ótima. Eu nunca consegui criar uma rotina. Não tenho, até porque desconheço de todo... falam aqui em probióticos e em kefir, não sei o que são.”

M., 50 anos, Sem diagnóstico

“Por exemplo, isto deve acontecer convosco também, se me sinto mais preso, mais com cólicas ou com a barriga mais pesada, se vou fazer desporto, a seguir sinto os intestinos mais libertos.”

H., 53 anos, SII

‘Fórmulas de bem-estar’: um zoom à alimentação

Antes de mais, importa clarificar que não existe uma fórmula alimentar única para resolver problemas intestinais. O que é considerado saudável para a generalidade da população pode funcionar como um gatilho inflamatório para pessoas com doenças ou condições específicas e, mesmo entre pessoas que não têm problemas intestinais persistentes, as reações à alimentação podem ser muito distintas.

Como explica Conceição Calhau, “cada pessoa tem a sua própria microbiota, com as suas particularidades. No fundo, é como se cada um de nós tivesse um processador ou um copo misturador de alimentos, com motores e lâminas diferentes. É por isso que nem toda a gente obtém o mesmo resultado a partir dos mesmos alimentos, porque esses processadores processam-nos de forma diferente.” Esta variabilidade ajuda a explicar por que a alimentação, sendo central, dificilmente se organiza, para quem tem problemas, a partir de regras universais.

Na prática, o estudo revela que, para a maioria das pessoas, a gestão da alimentação não começa com um plano estruturado, mas com uma sucessão de ajustes feitos ao longo do tempo. Como visto no capítulo anterior, também a afinação da dieta é um processo marcado por tentativa-erro, em que cada pessoa vai construindo as suas próprias regras a partir da experiência direta do corpo: o que agrava, o que alivia, o que “funciona” num dia e falha noutro. Esta aprendizagem empírica surge em muitos casos como resposta à ausência de orientações claras e adaptadas à sua situação concreta.

Neste contexto, o que se considera “seguro” ou “proibido” em termos alimentares vai sendo definido de forma progressiva, muitas vezes com base em episódios isolados ou associações imediatas entre alimento e sintoma.

Um desconforto mais intenso após uma refeição pode levar à exclusão prolongada de um alimento; um período de alívio pode legitimar uma regra que passa a ser seguida. Com o tempo, estas decisões acumulam-se, gerando fórmulas muito distintas entre si, algumas mais simples e flexíveis, outras altamente restritivas e difíceis de sustentar.

A orientação profissional surge de forma desigual ao longo destes percursos. Os dados confirmam que apenas metade das pessoas (49%) segue regimes alimentares recomendados por profissionais de saúde, e apenas 23% foi orientado por um nutricionista. Significa que metade das pessoas com problemas intestinais não se baliza por nenhuma orientação especializada, construindo as suas regras alimentares a partir de informação dispersa, conselhos informais, conteúdos online ou experiências partilhadas por terceiros.

Acresce que, mesmo quando existe contacto com profissionais de saúde, a alimentação nem sempre é trabalhada de forma aprofundada ou continuada, desde logo, porque na formação médica ainda não existe formação sólida na área da nutrição.

Para a maioria das pessoas, a alimentação é mais um instrumento de controlo dos sintomas, do que uma via para o tratamento ou gestão sustentada da sua condição de saúde. O problema é que regras alimentares mantidas de forma prolongada, sem supervisão, podem introduzir novos problemas, nomeadamente, défices nutricionais. Isto significa que a ‘fórmula de bem-estar’ pode em si mesma integrar um campo de risco de agravamento da condição de saúde.

55%

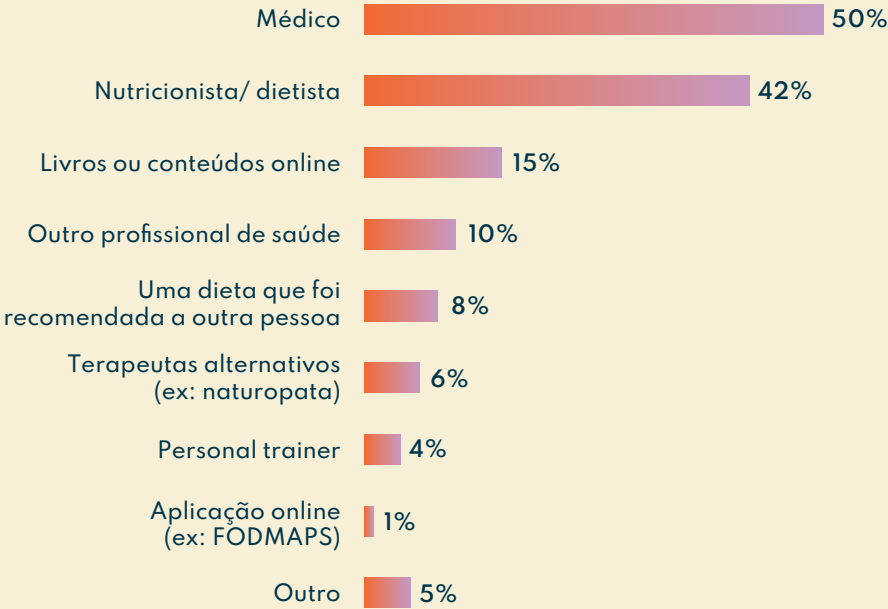
Segue um regime alimentar
recomendado

N=800



Quem recomendou ou orientou o regime que segue?

N=442 | segue um regime alimentar



49%

dos inquiridos segue um regime
alimentar recomendado por um
profissional de saúde, médico ou
nutricionista

N=800

A ação sobre a alimentação é muito heterogénea

“Notei que tinha de fazer um jejum (...) e essa foi a forma que eu consegui para depois me sentir bem. Porque eu depois acabava por me sentir muito cheia, com o estômago cheio e tinha comido há duas horas quando fazia o exercício. E agora percebi que tenho de fazer sempre jejum de cinco, seis horas para me sentir bem a correr, a fazer bicicleta. E, pronto, este foi o método que eu arranjei.”

M., 22 anos, Intolerância à lactose

“Café, tive de deixar de beber café. Bebia muito chá, mas depois não podia beber muito chá verde porque tinha muita cafeína e andava sempre muito agitado.”

H., 47 anos, Sem diagnóstico

“Eu deixei de comer fritos, não como uma batata frita há mais de 30 anos, mas ainda comia umas coisas que eu não sabia que me faziam mal. Verduras, fibras, para o meu caso, não é? Eu já vi que há pessoas que podem ter também Colite, como eu, mas certos produtos a essas pessoas não lhes fazem mal e a mim fazem e ao contrário também. Entretanto, a minha esposa fez uma pesquisa exaustiva sobre a minha doença e aconselhou-me a fazer umas alterações alimentares. Desde que eu comecei a fazer essas alterações, noto que melhorei drasticamente.”

H., 47 anos, Colite ulcerosa

“Mas eu nunca tinha tido problemas em miúda. Foi só ali a partir dos 17 anos, até agora, relativamente há um ano, eu não podia tocar em lactose. Mas descobri que afinal a questão da lactose não é a lactose em si, é o facto de o leite ser pasteurizado, então, vivendo no Algarve consegui ter acesso a leite cru e nunca mais tive questões e resolvi a minha saúde intestinal com leite cru. (...) Eu adaptei muito a minha dieta ao meu corpo e às minhas necessidades, lá está, emocionais. Por exemplo, eu fui vegetariana durante praticamente dez anos e desregulou-me completamente, portanto, adaptei.”

M., 27 anos, sem diagnóstico

“Desde há muito tempo, alguns anos atrás, eu comecei a sentir que sempre que comia demais, ou abusava, de alguma forma, em alguns alimentos tinha consequências no meu bem-estar, nomeadamente episódios de azia muito intensos que demorava imenso a passar. (...) Tenho um problema realmente em termos de alguns alimentos que me provocam alguma acumulação de gases, por isso tento evitar certos alimentos que possam provocar isso. Se eu mantiver esta rotina, geralmente, sou uma pessoa saudável, raramente tenho, ou pelo menos, até ao momento não tenho tido mais episódios.”

H., 45 anos, Sem diagnóstico

“O que a minha nutricionista sempre me disse foi que não é saudável à mesma, a questão de comermos pão sem glúten, massa sem glúten continua a ser um processado, portanto, é mesmo tentar comer coisas não embaladas, ingredientes inteiros. E claro que como massa sem glúten e coisas sem glúten processadas, mas diminuir ao máximo e também sinto a diferença (...) de comer um pão sem glúten ou de comer batata, é muito mais saudável para mim comer uma batata.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Em relação à lactose, quando eu descobri comecei imediatamente a cortar no leite normal (...) e a substituir por leite de soja, mas não gostei muito, ou por leite sem lactose, e vi muitos bons resultados. Mas mesmo assim, parece que mesmo o leite sem lactose causa algum tipo de transtorno, mesmo que seja pouco. Então eu comecei a tentar mudar o hábito de beber leite todos os dias e trocar por chá (...). Também deixar de comer tantos doces porque os doces influencia muito, mesmo o açúcar e tudo, fazia muito mal ao meu intestino, chocolate também. Então comecei a tentar cortar e comecei a ser seguida por um nutricionista para fazer um plano alimentar com os alimentos, por semana ou por mês.”

M., 22 anos, Intolerância à lactose

“[O meu nutricionista] fez-me um plano alimentar específico para mim, e eu estou com uma alimentação muito, muito restrita, em que não como ovos, carne, feijão-verde, leguminosas, laticínios e derivados, nada que tenha fermento ou glúten, brócolos, aveia, sementes, não como figos, qualquer fruta fora das que tenha ali. Nada de frutos secos, nada de pimenta, nada de alho ou coisas que sejam picantes, nada de cítricos, nada de batata doce, etc. Eu tenho uma dieta extremamente rigorosa e já perdi 30 quilos desde outubro e neste momento tenho 52 quilos.”

M., 28 anos, SII, SIBO, intolerância à lactose e linfedema

“Eu fiz consulta de medicina integrativa nutricionista e basicamente com pouca suplementação e com uma alimentação muito cuidada, eu consegui estar em remissão com o Crohn, deixei de ter crises. Eu comecei a ver que a nossa medicina tradicional impacta muito, lá está, nos diagnósticos. Impacta no sentido de não nos dar saída a não ser medicação e eu senti necessidade de não estar a depender da medicação para o resto da vida.”

M., 46 anos, Doença de Crohn

Quando questionados sobre alterações feitas na alimentação desde que começaram a sentir problemas intestinais, 37% afirma ter alterado muito ou bastante, 39% refere ter feito alguns ajustes e 24% admite ter alterado pouco ou muito pouco, confirmando que a alimentação é mobilizada pela maioria como resposta ao problema, com graus de envolvimento e controlo muito distintos.

A diferença na abordagem à alimentação foi muito evidente nos grupos de discussão. Alguns fazem apenas ajustes genéricos - “comer melhor”, beber mais água, reduzir excessos -, outros seguem orientações mais específicas (ex., deixar de consumir leite) e outros constroem regimes alimentares altamente restritivos, baseados em regras rígidas.

Vistas ao detalhe, as estratégias alimentares adotadas podem organizar-se em três grandes lógicas: i) a introdução ou reforço de alimentos considerados benéficos, ii) o corte ou redução de produtos associados a desconforto ou inflamação, e iii) alterações na forma como se come.

Entre os que têm algum tipo de cuidado com a alimentação (92%), a estratégia mais comum é tentar garantir o consumo de frutas e legumes (53%), seguido do consumo de fibras (35%). Uma parte expressiva foca-se também na redução ou eliminação de produtos alimentares específicos, sendo o corte ou a redução dos laticínios (42%) uma das mais comuns. Nos grupos de discussão, foram vários os testemunhos de substituição do leite de vaca por bebidas vegetais, como bebidas de amêndoa, aveia ou soja, ou por leite sem lactose. Alguns chegam a apontar a manteiga como o “principal vilão” das suas crises.

De resto, o estudo confirma que quem corta ou evita a lactose tende também a fazê-lo em relação ao glúten. Segundo os dados, 30% dos que cortaram ou evitam alimentos com lactose cortaram ou evitam também alimentos com glúten, associado à justificação de “intolerância a ambos”.

Embora a redução do glúten seja mais evidente entre quem tem intolerâncias alimentares (36%), ela também surge entre quem sofre de outro tipo de problemas, como SII (16%), em muitos casos, sem que haja um diagnóstico de intolerância não celiaca. Aliás, a análise às pessoas sem diagnóstico prova o mesmo: 38% cortou ou evita a lactose (vs. 50% com diagnóstico), e 16% cortou ou evita o glúten (vs. 22%). Isto não será alheio ao contexto cultural e de mercado que, nos últimos anos, transformou o “sem glúten” e o “sem lactose” em marcadores de alimentação saudável, tornando estas exclusões desejáveis mesmo na ausência de indicação clínica.

Sobram ainda no campo das exclusões os alimentos ultraprocessados (46%), as bebidas alcoólicas (39%) e os alimentos ricos em açúcar (36%), por serem genericamente percebidos como nocivos para a saúde – sem distâncias significativas entre quem tem ou não tem diagnóstico para o problema intestinal.

Para além daquilo que se come, a gestão estende-se ao ‘como’ se come, com 27% a indicar comer mais devagar ou mastigar melhor, e 24% a procurar manter horários de refeição mais regulares. Já as estratégias mais específicas, como o jejum intermitente (14%) são menos comuns. Existe, por último, um grupo reduzido (5%) que não come alimentos que não tenham sido cozinhados em casa, de forma a garantir total controlo sobre a sua dieta.

92%

Indica ter algum tipo de cuidado com a sua alimentação

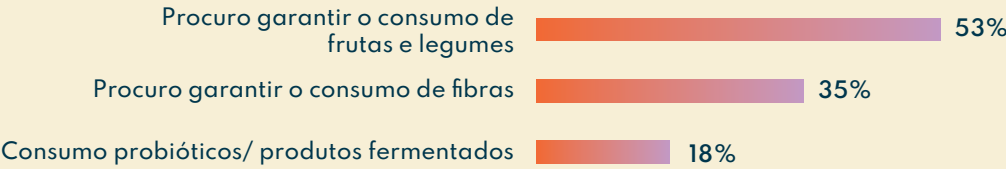
N=800



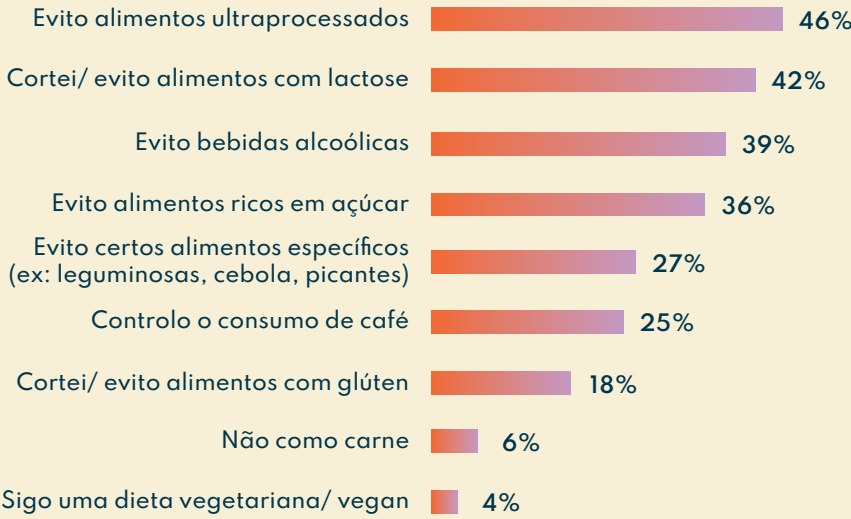
Em que comportamentos se revê?

N=739

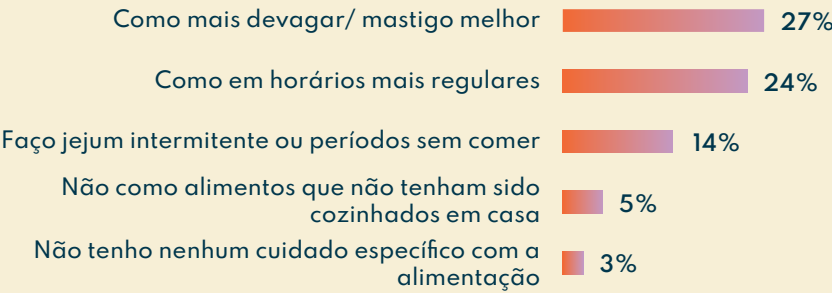
Introdução de alimentos



Corte ou redução de alimentos



Mudanças na forma como se alimenta



42%

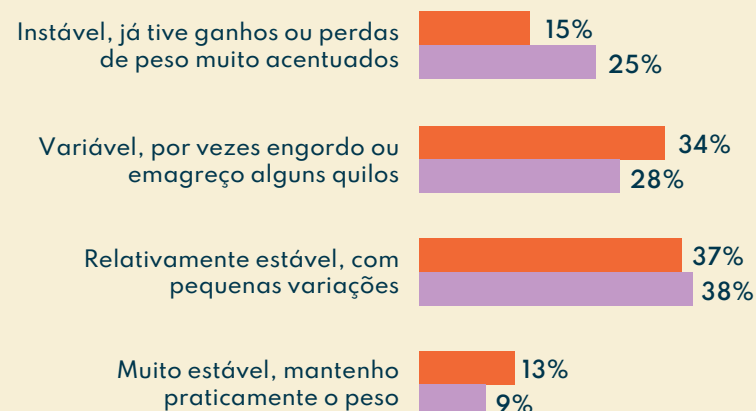
Passou ao longo da vida por 3 ou mais processos de dieta, i.e., dietas feitas de forma consistente e relativamente longas (por questões intestinais ou não)

36% homens
45% mulheres

N=396

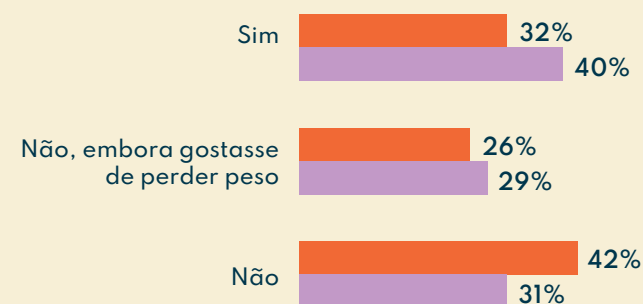
Pensando no seu peso ao longo da vida, diria que tem sido

N=800



Atualmente, está a tentar perder peso?

N=800



Homens Mulheres

Sintomas de relações pouco saudáveis com a alimentação

“Tenho alguns cuidados com a alimentação, também não entram cá fritos em casa, mas eu acabo por me apoiar na alimentação quando estou frustrada com outras coisas. Então é um aconcheço emocional, o comer. É essa a relação que eu tenho com a comida, é muito complicada. Portanto, eu estou consciente de que quando faço coisas não as devia fazer, mas efetivamente não me... não é não me controlo, é não quero! É um contrassenso. (...) Mas depois fico moída, cheia de remorsos, é uma estupidez, mas tem sido assim, tem sido difícil. (...) Eu digo que engordo só de respirar. Engordei com a pandemia, depois engordei porque tive um acidente de carro (...) Este ano fui operada à vesícula (...) Estou muito redonda, não sei bem se é da medicação, porque também nunca estive assim, não em peso, mas o aspecto, inchada. (...) Não me sinto saudável porque eu sei que este peso que eu tenho a mais, que devem ser à volta de uns 30 kg, é muito para o meu organismo.”

M., 54 anos, Suspeita de SII

“Não me considero uma pessoa saudável. Eu aos trinta anos também tinha excesso de peso, consegui perder 20 kg, comecei a fazer muito exercício, até cheguei a fazer uma maratona. Com a pandemia ganhei quase 30 kg. Pronto, foi um ciclo da parte física para a parte mental (...). Estou a tentar perder peso, não é fácil (...). Para a nossa autoestima é muito... também nos deita abaixo (...). E preocupo-me com isso, é uma preocupação que tenho. Até porque com o excesso de peso também vêm as outras doenças, a retenção de líquidos, o desconforto...”

M., 41 anos, sem diagnóstico

“Eu sempre fui uma criança obesa. Eu com 13 anos de idade já tinha 118 kg de peso. Depois foi uma questão de gestão, com exercício físico e correção na alimentação. (...) Houve a possibilidade de fazer esta cirurgia bariátrica da colocação da banda. Eu tinha 34 anos. Na altura estava com 129 kg de peso. (...) A banda teve algum sucesso durante o primeiro ano, mas depois só me trouxe complicações. Comecei a ter vômitos. Comecei a ter suco gástrico, subia-me à boca a dormir (...).”

H., 47 anos, Obesidade

“Tenho compulsão alimentar. Tenho feito terapia também psicológica, que alivia bastante a parte mental e a parte física, e é um processo que demora anos. E, cada vez mais, tenho trabalhado para estabilizar e sinto que já faz 6 meses que estou com um peso estável, coisa que não acontecia há muitos anos. Só para terem uma noção, eu há 6 meses tinha mais 10 quilos e sou uma pessoa que varia entre + 20, - 20, + 20, -20 e a minha vida tem sido assim.”

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

O que se tornou claro a partir dos grupos de discussão é que a forma como as pessoas atuam hoje sobre a alimentação não nasce apenas do problema intestinal em si, mas de uma relação com a comida que é construída ao longo da vida, em muitos casos marcada por ciclos de controlo e descontrolo, tentativas sucessivas de dieta e variações significativas de peso. Entre mulheres, sobretudo, ouviram-se relatos de variações de peso entre os 20 e os 30 quilos.

Esta leitura encontra eco nos dados quantitativos. Sobre o próprio peso, 21% indica que ‘é instável, já tive ganhos ou perdas de peso muito acentuados’, com maior evidência entre mulheres (25%) do que entre homens (15%). E se compararmos a percentagem que, pelo cálculo do IMC, está no campo da obesidade, verifica-se também maior prevalência dentro desta população (19%) do que entre a população em geral (13%, segundo o estudo Saúdes de 2024, A Saúde dos Portugueses: um BI em nome próprio).

Não pode deduzir-se do estudo que há uma relação entre as variações de peso e os problemas intestinais, mas não deve ser excluída a hipótese de que as manipulações alimentares feitas ao longo da vida, muitas vezes, sem orientação clínica, tenham estado na origem dos problemas intestinais que algumas destas pessoas agora reportam.

Por outro lado, é seguro afirmar que, em muitos casos, a gestão alimentar ganha uma carga emocional adicional, tornando-se uma fonte de ansiedade, de culpa ou de frustração. Isto acontece não só em casos onde há um histórico de relação difícil com o peso ou o próprio corpo, mas também por força de percursos prolongados de tentativa-erro na gestão do problema intestinal, que inevitavelmente geram desgaste ao longo do tempo.

A dificuldade em atuar a partir da alimentação não se resume, por isso, a saber o que deve ser feito, mas a conseguir fazê-lo sem agravar uma relação já frágil com a comida, e sem cair em padrões de restrição que, a prazo, podem tornar a gestão do problema ainda mais vulnerável.

No conjunto, o estudo revela um espectro muito alargado de relações com a alimentação, moldadas não só pela condição intestinal, mas também pelas trajetórias pessoais anteriores. Para além do nível de informação ou de consciência, também a dimensão subjetiva e emocional da relação com a comida, construída ao longo do tempo, ajuda a explicar por que a atuação através da alimentação é tão desigual, mesmo entre pessoas que enfrentam problemas intestinais semelhantes.

Por último, os dados confirmam que, para a maioria, manter a alimentação sob controlo é um exercício exigente: 60% reconhece-o. Esta perceção atravessa os diferentes perfis de cuidado alimentar, incluindo quem se considera “cuidadoso” ou “muito cuidadoso”, sugerindo que o problema não está só em saber o que fazer, mas em conseguir sustentar essas práticas no tempo.

Entre os fatores que mais pesam, sobressai a dificuldade em resistir a certos alimentos e a falta de disciplina para manter as regras. Embora o tempo, o custo dos alimentos ou a conciliação com a vida social sejam obstáculos, é a dimensão subjetiva que emerge como principal barreira. Assim se conclui que a alimentação, apesar de central na gestão dos problemas intestinais, é um terreno difícil, ou mesmo frágil, de ação.

60%

Dos que procuram ter algum tipo de cuidado com a alimentação admite dificuldade em manter a sua alimentação sob controlo

N=739



O que considera mais difícil na gestão da sua alimentação?

N=445 | considera difícil ou muito difícil controlar a alimentação





Art From The Gut

A artista Nicola Medicoff quis tornar visível a experiência de viver com doença de Crohn, usando o próprio corpo e materiais escultóricos para expressar a dor, o desconforto e a relação ambígua com a comida que marcam a sua condição. O seu trabalho explora o intestino como motivo simbólico e sensorial, desde esculturas tentaculares que materializam a dor visceral até composições fotográficas que colocam essas formas numa mesa para ilustrar como o desejo de comer pode estar em tensão com o medo de dor e os sintomas invisíveis da doença. Medicoff reconhece que a arte lhe permite comunicar um 'monstro interior' que raramente se vê no exterior, dando voz a uma condição crónica mal compreendida pela sociedade.

@VARSITY, photo by Fin Scott

Consciência x ação: Um exercício de segmentação

Para compreender de forma mais fina como as pessoas atuam sobre os seus problemas intestinais, propõe-se um exercício de segmentação que cruza dois eixos fundamentais: o grau de reconhecimento da relação entre o intestino e a saúde em geral e o estágio do percurso de ação em que cada pessoa se encontra — desde quem ainda não iniciou qualquer resposta estruturada até quem já chegou a uma fórmula de gestão que resulta e consegue manter ao longo do tempo.

Esta abordagem parte da constatação de que o conhecimento, por si só, não garante mudança. Embora níveis mais elevados de reconhecimento da importância do intestino estejam associados a maior mobilização - seja através da alimentação, do exercício físico ou do contacto com profissionais de saúde -, essa relação está longe de ser linear. A consciência é uma condição necessária, mas não suficiente, para desencadear ações consistentes e sustentadas no tempo.

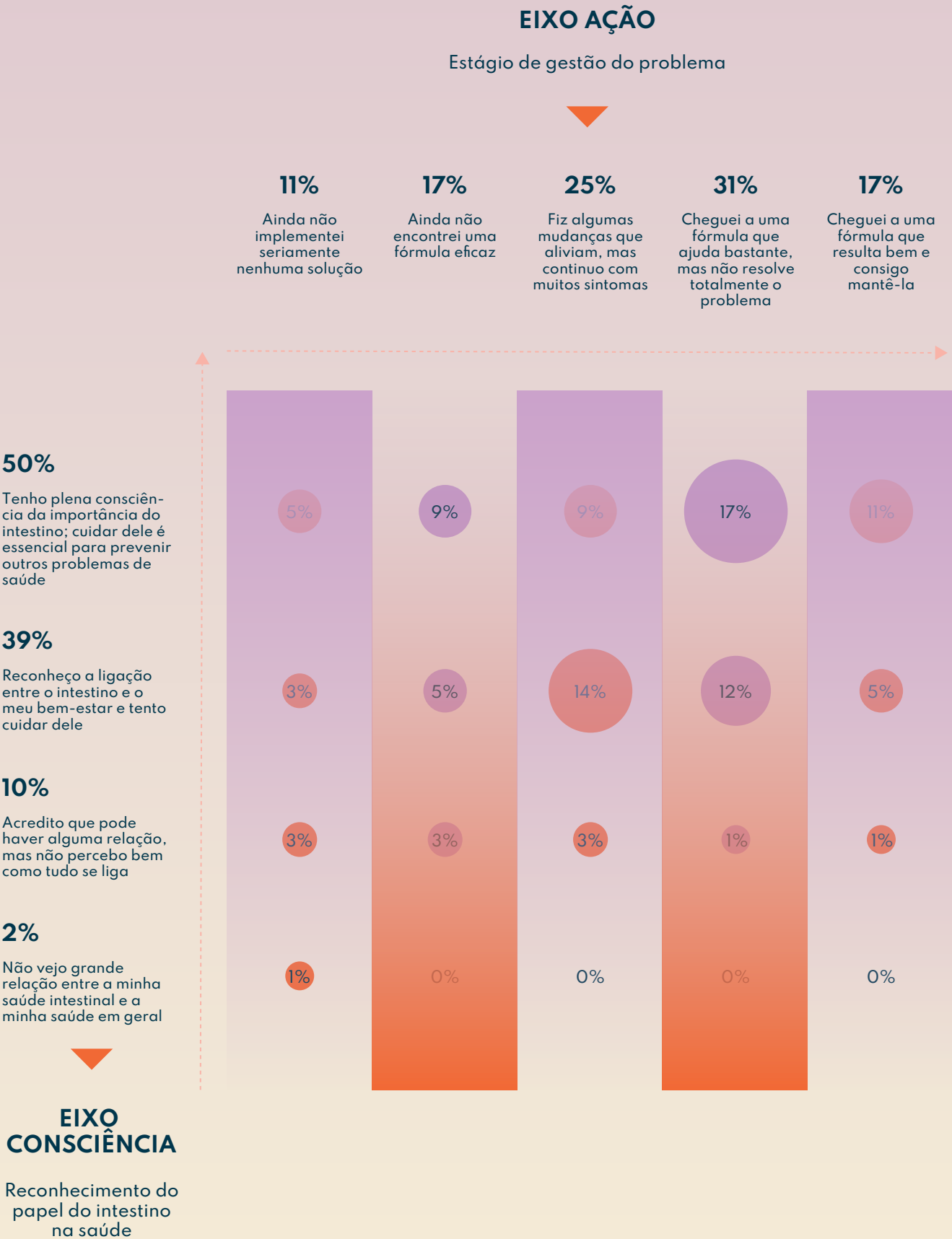
A leitura isolada de cada eixo ajuda a clarificar este desfazamento. No eixo do reconhecimento, observa-se uma distribuição gradual: desde pessoas que não estabelecem uma ligação clara entre o intestino e a sua saúde global, até quem integra plenamente o intestino numa visão mais ampla de bem-estar físico e mental.

No eixo da ação, o que emerge é um percurso mais fragmentado, onde coexistem respostas reativas e pontuais, muitas vezes acionadas apenas em momentos de crise, com tentativas mais estruturadas de gestão do problema, nem sempre estáveis ou eficazes.

O cruzamento destes dois eixos permite identificar cinco grandes segmentos, que não devem ser lidos como categorias fixas, mas como estágios de percurso na gestão do problema intestinal. Estes segmentos refletem diferentes combinações entre o que as pessoas reconhecem sobre o seu problema e aquilo que conseguem, efetivamente, pôr em prática, com diferentes graus de consistência e eficácia (vide página seguinte).

Pelo exercício, chega-se a um grupo de 37% de pessoas que não estão ativamente à procura de soluções, sendo essencialmente reativas a sintomas, e 63% que procura ativamente resolver o seu problema, com diferentes resultados.

Importa sublinhar que este exercício de segmentação não deve ser interpretado como um retrato fiel da população portuguesa com problemas intestinais persistentes. Como referido à entrada do Capítulo 2, a amostra deste estudo encontra-se sobredimensionada em pessoas com diagnóstico médico (37,5%, face a cerca de 11% na população geral), o que tende a deslocar a distribuição para níveis mais elevados de reconhecimento do problema e de ação. Na população em geral, é expectável que os perfis mais reativos - que atuam pouco e sobretudo em resposta ao desconforto - sejam largamente dominantes.



Processo pró-saúde intestinal:
5 estágios distintos

PESSOAS IMOBILIZADAS

DISTANTES
do problema

15%

Não estabelecem uma ligação entre a saúde intestinal e a saúde ou o bem-estar em geral. Normalizam o problema. A resposta ao desconforto é sobretudo reativa e circunstancial, surgindo apenas quando os sintomas se tornam mais presentes ou disruptivos no quotidiano.

Baixa consciência,
baixa ação

BLOQUEADOS
na ação

22%

Apresentam um elevado nível de conhecimento - leem artigos, ouvem podcasts e compreendem a importância do intestino -, mas enfrentam dificuldades em traduzir esse saber em mudanças consistentes, sobretudo ao nível da alimentação, que em muitos casos surge como recurso de compensação ou regulação emocional.

Alta consciência,
baixa ação

37%

A segmentação proposta pretende representar o estágio, dentro do processo de gestão do problema intestinal, em que as pessoas se encontram, e dos quais podem evoluir. Os segmentos não devem ser lidos como perfis fixos, mas como diferentes formas de responder a um problema complexo, num contexto marcado por desigualdade de acesso a informação e suporte clínico.

É, assim, uma ferramenta de leitura dos percursos e das barreiras à ação, e não uma hierarquia de desempenho ou sucesso. Nas páginas seguintes, cada segmento é analisado em detalhe, procurando compreender as lógicas e os bloqueios que os sustentam.

PESSOAS EM MOVIMENTO

PERDIDOS
na gestão

16%

Reconhecem a ligação entre o intestino e o bem-estar, mas ainda não encontraram uma fórmula eficaz ou consistente de gestão do problema. A atuação é irregular: alternam tentativas de mudança com desistências motivadas pelas exigências do quotidiano, vivendo o processo como pouco estruturado e incerto.

Média consciência,
média ação

ATIVOS
por tentativa-erro

20%

Caracterizam-se por uma elevada capacidade de ação, traduzida em mudanças consistentes no estilo de vida, como exercício regular e dietas mais restritivas. A gestão do problema é feita sobretudo a partir da experimentação prática e da resposta aos sintomas, mais do que a partir de uma compreensão técnica aprofundada.

Média consciência,
alta ação

RESOLVIDOS
na fórmula

28%

Apresentam elevada consciência da relação entre intestino e saúde geral e conseguiram consolidar uma fórmula de atuação eficaz. A gestão do problema é feita de modo informado e estável, com autovigilância e capacidade de ajuste baseada no conhecimento do próprio corpo.

Alta consciência,
alta ação

63%

DISTANTES do problema

Baixa consciência, baixa ação

Este segmento (15%) caracteriza-se por uma relação ainda distante com a saúde intestinal. Ao contrário de outros grupos, estas pessoas tendem a encarar o desconforto intestinal como um fenómeno isolado, algo episódico ou “normal”, e não como parte de um quadro mais amplo de saúde, recorrendo sobretudo a soluções pontuais e reativas

Do ponto de vista sociodemográfico, é o segmento com maior peso de jovens (16% entre os 18 e 24 anos) e que revela menor literacia sobre saúde intestinal: 43% nunca ouviu falar em microbiota e 40% desconhece a expressão “o intestino é o segundo cérebro” (mais do dobro da média geral). Também no campo alimentar se observa maior distância: são o único grupo onde a maioria (51%) não considera que a alimentação influencia decisivamente a saúde intestinal, o que ajuda a explicar porque 52% admite ter alterado pouco ou nada a sua alimentação desde o surgimento de sintomas.

O padrão de atuação é predominantemente reativo, sustentado por uma baixa confiança sobre o que fazer para melhorar o problema (6,0 vs. 7,3 na média, numa escala de 1 a 10).

Esta insegurança está fortemente associada à ausência de enquadramento clínico: apenas 18% tem um diagnóstico confirmado (vs. 38% da média) e quase metade (47%) não tem qualquer suspeita sobre a causa do seu desconforto.

A falta de legitimação clínica contribui para a normalização dos sintomas, apesar de 68% referir desconforto semanal ou mesmo diário. A procura de cuidados surge, assim, sobretudo em momentos de agravamento ou crise: mais de metade nunca procurou ajuda especializada, embora 28% já se tenha sentido mal a ponto de recorrer a ajuda médica urgente.

Apesar da frequência dos sintomas, este segmento declara menor impacto no dia-a-dia, reportando níveis baixos de interferência no sono (15%), no humor (23%) ou na vida social (18%). Isto não significa que sofram menos, mas que não conseguem estabelecer ligações entre o intestino e o bem-estar geral. Por desinformação, tendem a não associar noites mal dormidas, irritabilidade ou cansaço à sua condição intestinal, reforçando um ciclo de desvalorização e adiamento da ação.

32%

Não faz nada em particular,
de forma regular,
para controlar o seu problema
intestinal

Vs. 9% geral

N=116

40%

Nunca ouviu a expressão
“o intestino é o segundo cérebro”

Vs. 19% geral

N=116

“Estava a pensar se atribuía um 6 ou um 7 [à saúde intestinal, numa escala de 1 a 10], estou indecisa, porque também já estou muito habituada à situação (...). E a minha vida é de uma correria tão grande que é do género "Pronto, é o que é." Mas eu noto que tenho bastantes dores de cabeça e às vezes evolui para enxaqueca, não sei se está relacionado com isso, e tenho cólicas também, há dias em que tenho bastantes cólicas. (...)

O que me surpreendeu verdadeiramente foi o transplante de fezes, não estava mesmo, de todo, a par. E o que eu tiro daqui é que eu tenho mesmo que explorar o meu caso e debruçar-me sobre ele porque é mais importante do que a importância que eu lhe estou a dar, que é nada. É desvalorizar e deixar andar.”

M., 30 anos, sem diagnóstico

BLOQUEADOS na ação

Alta consciência, baixa ação

Este segmento (22%) distingue-se por uma forte dissonância entre consciência e ação: reconhecem o que deveriam mudar, mas não conseguem (ou não querem) abdicar de padrões de prazer ou rotinas instaladas. Se o segmento anterior é marcado pela inércia por desconhecimento, este vive numa ‘intensão suspensa’.

Este grupo procura ativamente informação. Apenas 9% afirma não investigar o tema, e a confiança recai sobretudo sobre fontes institucionais sólidas: 62% confia muito nos médicos, enquanto a credibilidade atribuída a influenciadores nas redes sociais é residual ou nula. Privilegiam fontes rigorosas, como sites de prestadores de saúde (27%), o que se traduz em níveis de literacia sobre saúde intestinal acima da média.

A elevada consciência confirma-se nos dados: 63% considera ‘extremamente importante’ cuidar do intestino mesmo na ausência de sintomas (face a 43% na média) e 53% indica saber bem o que significa a expressão “o intestino é o segundo cérebro”. No entanto, esta valorização não se traduz de forma consistente em práticas quotidianas. Por exemplo, embora 51% reconheça a importância do exercício físico

para a saúde intestinal, apenas 26% o faz de forma regular.

A distância entre intenção e ação manifesta-se particularmente na alimentação. Apesar de 81% reconhecer que o cuidado com a alimentação é importante na gestão do seu problema, só menos de metade (43%) integra esse cuidado. A alimentação surge, muitas vezes, como espaço de compensação emocional ou de sociabilidade, gerando uma tensão constante entre o que se sabe e o que se faz. O resultado é um ciclo de frustração e autocensura: 1 em cada 3 sente culpa pelo que come durante episódios de desconforto intestinal. Esta tensão repercute-se no humor (33%) e na autoestima (34%), não apenas pela condição física, mas pelo desgaste associado à dificuldade em alinhar comportamento e intenção.

Apesar de ser o grupo com maior frequência de sintomas (77% sente desconforto intestinal semanalmente), os ganhos são limitados: 52% afirma que o seu problema se manteve, ou agravou, e apenas 9% reporta melhorias significativas. Esta estagnação contribui para uma baixa confiança na capacidade de gerir o problema (6,1 numa escala de 1 a 10), reforçando o sentimento de bloqueio.

57%

É pouco cuidadoso com a alimentação, apesar de 81% reconhecer a sua importância

Vs. 43% geral

N=176

52%

Sente que o seu problema intestinal não se alterou, ou até piorou, desde que começou

Vs. 30% geral

N=176

“Sempre fui um fumador social, nunca fui um fumador muito ativo, apesar de que se fumar sou muito compulsivo porque tenho muita ansiedade, mas consigo parar com alguma facilidade e quando pratico exercício com muita atividade tenho de retirar mesmo porque, se não, não consigo manter as performances (...). O não consumir bebidas alcoólicas sempre foi de muito novo, nunca tive essa tendência. O que realmente desfigura aqui o cenário é a alimentação. Sou uma pessoa que gosta de comer bem, comer doces, tudo o que é açúcares, tudo o que é salgados, mesmo agora tenho uma dificuldade enorme de comer pequenas porções, porque mesmo o médico quando me operou pôde constatar que tenho um estômago muito dilatado e essa situação faz com que eu me sinta bem, saciado, quando realmente estou enfartado.”

H., 47 anos, Obesidade

PERDIDOS na gestão

Média consciência, média ação

Representando 16% da amostra, este segmento caracteriza-se por um percurso instável e inconclusivo. São pessoas que já despertaram para a importância da saúde intestinal, mas que permanecem num ciclo de experimentação pouco estruturada. O seu processo é marcado por sucessivas tentativas que raramente se consolidam em hábitos duradouros, alimentando a sensação de estar constantemente a recommear.

É o grupo que mais descreve o seu caminho como feito de “altos e baixos” (55%), referindo sentimentos frequentes de desorientação. Esta instabilidade reflete-se numa menor capacidade de identificar gatilhos: apenas 13% consegue apontar com clareza alimentos, situações ou fatores que desencadeiam o desconforto intestinal (vs. 32% da média). Na prática, vivem num regime continuado de ajuste e readaptação — experimentam estratégias como linhaça, kefir ou jejum intermitente, mas sentem que os efeitos não se mantêm ao longo do tempo, o que gera desgaste e, muitas vezes, abandono das rotinas iniciadas.

O facto de 59% referir que o problema “melhorou um pouco” indica que este segmento não se encontra num estado de estagnação, mas antes num equilíbrio frágil.

Um pico de stresse, um episódio alimentar menos controlado ou uma semana mais exigente podem ser suficientes para desorganizar o plano e devolver estas pessoas a um ponto de incerteza.

As barreiras não parecem residir na falta de empenho. Pelo contrário, 72% já procurou ajuda especializada e 52% segue uma alimentação recomendada por profissionais de saúde. Estão também ligeiramente acima da média no cumprimento de horas de sono e na realização de exames periódicos. O bloqueio surge menos por desmotivação e mais por dificuldades práticas e, sobretudo, pela ausência de uma orientação clara que organize o esforço ao longo do tempo.

Sem surpresa, a condição mais comum neste grupo é a Síndrome do Intestino Irritável (SII), frequentemente subdiagnosticada e associada a exames inconclusivos. Esta incerteza tende a aprofundar a perceção de que “nada funciona”. Ter um diagnóstico formal pode, aqui, ser particularmente relevante: é neste segmento que se observa a maior quebra de confiança na capacidade de gerir o problema intestinal entre quem tem e quem não tem diagnóstico. Ainda assim, apenas 31% consegue nomear oficialmente a sua condição.

55%

Descreve o seu percurso como tendo ‘altos e baixos’, sentindo-se ‘ainda perdido’

Vs. 39% geral

N=130

56%

Consegue identificar apenas em parte os fatores que desencadeiam o seu desconforto

Vs. 40% geral

N=130

“Eu tenho síndrome do colon irritável, ou melhor, não têm a certeza se tenho ou não. Uma vez tomo medicação e funciona, outras vezes não tomo e funciona na mesma, depois outras vezes não funciona mesmo com a medicação. (...) Faça eu dieta, exercício, tudo e mais alguma coisa, parece que nada funciona. Já fiz uma data de dietas, já fiz dieta paleo, fiz dieta não sei de quê... oscila muito! (...) Já perdi a conta a quantos médicos fui. (,,,) Comecei a tomar uma medicação, mas deixou de fazer efeito. Sempre que tinha crises, e eram muitas vezes, eu tomava essa medicação e o Omeprazol, diariamente. (...) Posso comer uma francesinha, não me acontece nada, como como frango e fico aflita. Já fiz também acompanhamento por imunologia, para saber se estou a reagir a algum alimento, mas também não conseguiu diagnosticar.”

M., 54 anos, suspeita de SII

ATIVOS por tentativa-erro

Média consciência, alta ação

Reunindo 20% da amostra, caracteriza-se sobretudo pela capacidade de agir, mais do que por um domínio da saúde intestinal. Estão apenas ligeiramente acima da média no que toca ao nível de confiança sobre o que sabem sobre o seu problema ou o que fazer para o melhorar, e apenas 25% considera extremamente importante cuidar do intestino para manter uma boa saúde física e mental.

Ainda assim, investem de forma consistente em mudanças de estilo de vida, muitas vezes sem um guia clínico estruturado, recorrendo à tentativa-erro até encontrar uma fórmula que funcione para si. Cerca de metade (49%) descreve o seu processo como uma aprendizagem progressiva, em que passaram a conhecer melhor o seu corpo e os seus limites, embora 39% admita que, pontualmente, ainda se sente perdido.

É o grupo que mais recorreu à ajuda médica urgente (44% vs. 38% da média), sugerindo que esta postura é, em parte, impulsionada por um historial de maior gravidade ou imprevisibilidade do problema. A sua ação traduz-se em resultados concretos: a esmagadora maioria (88%) reporta melhorias no seu estado de saúde intestinal.

Conseguem identificar gatilhos de desconforto com maior facilidade (39% de forma clara e 46% em parte) e integram o exercício físico como ferramenta de gestão de sintomas (62% pratica regularmente face a 52% da média). Na alimentação, a postura é semelhante: embora só 31% considere a alimentação determinante para a saúde intestinal, 45% alterou-a muito ou totalmente desde o surgimento dos sintomas e 73% segue um regime orientado por profissionais de saúde.

O peso relativo dos homens sobressai neste segmento (54% vs. 37% na amostra), sugerindo um perfil mais orientado para a resolução prática do que para a compreensão aprofundada do problema. Esta inclinação para agir mantém-se mesmo em contextos de incerteza: apesar de o diagnóstico ser mais prevalente (50%), metade continua sem certezas clínicas e 18% não tem sequer uma suspeita sobre a causa do seu desconforto, explicando porque 39% ainda se sente perdido em alguns momentos. A forte orientação para a ação constitui, simultaneamente, um recurso e uma vulnerabilidade, permitindo ganhos relevantes no curto prazo, mas expondo este grupo ao risco de soluções pouco ajustadas ou sustentáveis a médio e longo prazo.

62%

Pratica exercício físico regularmente (mais do que uma vez por semana)

Vs. 52% geral

N=157

73%

Segue um regime alimentar recomendado por um profissional de saúde, médico ou nutricionista

Vs. 49% geral

N=157

“Eu tenho rotina, sou extremamente rotinado. De manhã vou à casa de banho, depois tomo o pequeno almoço, passado algum tempo vou à casa de banho novamente. Depois de almoço acontece-me o mesmo. (...) Isso é algo que me faz pensar em algumas coisas, no que é que eu como, no que é que eu não como, principalmente, se é uma questão de alimentos já processados, não processados. (...) Eu cortei muitos alimentos, o leite, derivados. Consumo por vezes iogurtes naturais, mas também não é uma coisa... E às vezes tento ver se são sem lactose, os queijos é essencialmente queijos brancos, ou seja, eu cortei em parte, não cortei totalmente, porque gosto, mas o leite cortei totalmente e os derivados vou estando a cortar (...). De resto, não consumo demais, ou seja, tento ser rotinado e ter o hábito de não exagerar em nada do que como.”

H., 45 anos, sem diagnóstico

RESOLVIDOS na fórmula

Alta consciência, alta ação

O segmento mais expressivo desta amostra (28%) distingue-se por não viver o intestino como um território de incerteza permanente. Ao contrário dos restantes grupos, estas pessoas identificaram uma forma de gerir o seu problema intestinal que consideram eficaz e conseguem aplicá-la de modo consistente no dia a dia.

O seu perfil é marcado por níveis elevados de literacia em saúde intestinal: 68% domina bem o conceito de ‘segundo cérebro’ e 37% sabe exatamente o que é a microbiota (outros 34% já ouviram falar, ainda que sem domínio aprofundado do tema). Esta maior compreensão associa-se a uma forte valorização da prevenção: 79% considera muito importante cuidar do intestino mesmo na ausência de sintomas (vs. 63% da média).

O fator distintivo deste segmento é a coerência entre consciência e prática. Enquanto noutros grupos se observa uma dissociação entre o que se sabe e o que se consegue fazer, aqui os comportamentos tendem a estar alinhados com as prioridades. A discrepância entre o que consideram importante e o que efetivamente praticam é reduzida (4% no cuidado com a alimentação e com o

sono, 3% na hidratação e 9% na prática de exercício físico). Esta consistência traduz-se em resultados percebidos: 94% reporta melhorias no seu estado de saúde intestinal, sendo que metade refere ter ‘melhorado muito’.

A maioria (67%) descreve o seu percurso como um verdadeiro processo de aprendizagem, encontrando-se hoje num estado de autovigilância, em que conseguem reconhecer sinais do corpo e ajustar comportamentos antes do agravamento dos sintomas. Nos testemunhos, emerge a ideia de que esta atenção contínua ao corpo contribui para uma sensação de maior estabilidade e controlo do bem-estar.

Do ponto de vista sociodemográfico, apresentam o nível de escolaridade mais elevado e são navegadores experientes do sistema de saúde: 52% tem diagnóstico e 32% tem uma suspeita clínica. Para a maioria (52%), encontrar informação sobre o seu problema é fácil, embora o façam de forma seletiva e criteriosa; confiam sobretudo nos profissionais de saúde, mantendo uma postura marcadamente crítica face à informação digital, seja quando veiculada por profissionais (3%), ou por influenciadores sem base científica (2%).

79%

Tem cuidado com a alimentação
(gap de apenas 4% entre o que consideram importante e o que praticam)

Vs. 61% geral

N=221

67%

Consideram o seu percurso um
"processo de aprendizagem" onde
hoje dominam o que lhes faz bem
ou mal

Vs. 39% geral

N=221

“Eu tive a sorte de ser acompanhada por uma nutricionista que era especialista em intestino. (...) Comecei a pesquisar e a ir muito à internet, ver estudos científicos, (...) também tinha o suporte da minha nutricionista e da minha gastroenterologista que me apoiavam na desmistificação das coisas que eu encontrava. (...) Já estou numa fase de remissão, quase. Chega a um ponto em que conseguimos que realmente as coisas comecem a correr melhor porque estamos mesmo muito conscientes do que é que o nosso corpo aguenta, o que é que é melhor para nós, e eu acho que isso faz com que depois acabemos por ser mais saudáveis do que as pessoas que normalmente não teriam qualquer problema. Estamos hiper conscientes de tudo o que fazemos, e ao mesmo tempo.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

DISTANTES
do problema

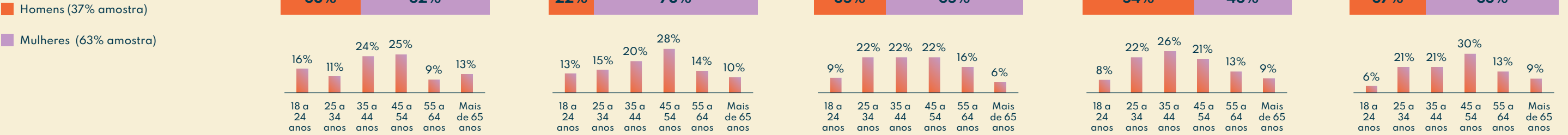
BLOQUEADOS
na acção

PERDIDOS
na gestão

ATIVOS
por tentativa-erro

RESOLVIDOS
na fórmula

SOCIO-DEMOGRAFIA

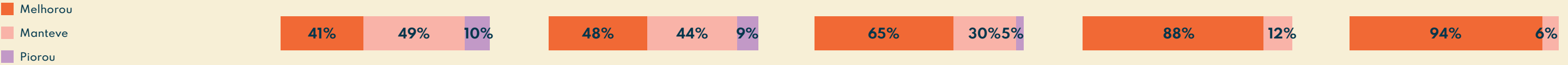


CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA INTESTINAL

Tem diagnóstico médico para o seu problema intestinal?

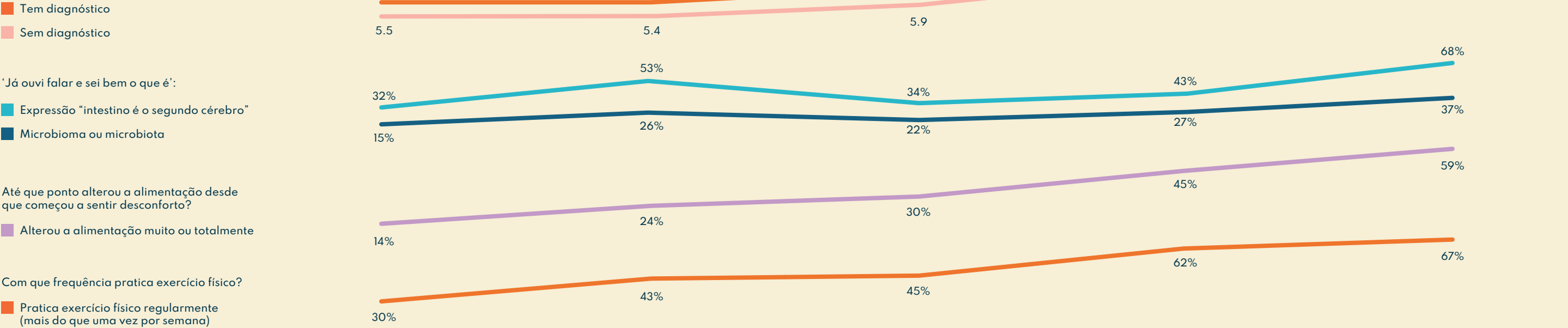


Olhando para a evolução do seu problema intestinal desde que começou a sentir problemas, sente que:



COMPREENSÃO E AÇÃO SOBRE O PROBLEMA

Numa escala de 1 a 10, até que ponto se sente confiante no que sabe sobre o seu problema intestinal, ou sobre o que deve fazer para melhorá-lo? Média





Haruspex é uma obra de Elpida Hadzi-Vasileva que transforma o interior do corpo em matéria artística. Inspirada na antiga prática romana de ler o futuro a partir das vísceras, a artista cria esculturas delicadas a partir de materiais orgânicos, como intestinos e membranas, normalmente associados ao nojo ou ao tabu. Os materiais usados são de origem animal, sobretudo vísceras de animais de abate (ovelhas, porcos ou vacas), obtidas a partir da indústria alimentar. A artista trabalha estes materiais através de processos de limpeza, preservação e secagem, transformando aquilo que normalmente seria descartado em matéria escultórica. A intenção é convidar o público a olhar para o sistema digestivo como parte central da experiência humana: frágil e sensível.

O estudo revela que as ‘fórmulas’ que as pessoas integram para gestão dos seus problemas intestinais são, muitas vezes, parciais e difíceis de cumprir, mesmo quando existe motivação ou consciência do problema.

A alimentação emerge como o eixo onde maioritariamente se concentram as expectativas e os esforços. Essa centralidade é compreensível, mas encerra uma fragilidade: para muitos, a alimentação é uma resposta quase exclusiva a um problema multifatorial, frequentemente construída sem orientação profissional e marcada por sucessivas tentativas e frustrações. Além disso, é um terreno emocionalmente sensível, muitas vezes atravessado por histórias mal resolvidas na relação com o corpo, o que torna a sua gestão mais exigente e instável. Nestes casos, os bloqueios são sobretudo de ordem psicológica, e a sua resolução é parte integrante de uma abordagem eficaz ao problema intestinal.

A segmentação proposta ajuda a clarificar que não é a ação em si que distingue os percursos mais resolutivos, mas a forma como essa ação é organizada, compreendida e sustentada. Os que alcançam maior estabilidade não são apenas os que ‘fazem mais’, mas os que conseguem integrar alimentação, exercício e outros eixos de cuidado num quadro coerente, ajustado ao seu problema específico e com acompanhamento profissional.

Por fim, os dados provam que a alimentação e o exercício são ferramentas centrais para chegar a estados mais resolutivos, mas apenas quando deixam de funcionar como respostas isoladas, reativas ou excessivamente restritivas. A eficácia depende da compreensão do problema intestinal concreto e da capacidade de transformar práticas em rotinas ajustáveis às variações naturais do dia a dia. Mais do que encontrar uma fórmula perfeita, o desafio está em construir uma forma de agir sustentável ao longo do tempo.



Falar de saúde intestinal: um imperativo

Falar de saúde intestinal é, antes de mais, tornar visível um problema amplamente vivido, mas pouco nomeado. Apesar da sua elevada prevalência, o tema permanece marcado pelo silêncio, pela vergonha e por uma linguagem técnica que dificulta o reconhecimento e a procura de ajuda.

Este capítulo explora o papel da linguagem na quebra desse silêncio, mostrando como a forma de comunicar pode legitimar o sofrimento, reduzir o isolamento e criar pontes entre o conhecimento científico e a experiência vivida. Mais do que informar, trata-se de autorizar as pessoas a reconhecer o problema, a falar sobre ele e a agir.

Fala-se mais, mas a compreensão é estreita

Os dados revelam alguma ambivalência na perceção de acesso à informação sobre saúde intestinal. Embora 37% considere fácil encontrar informação sobre o tema, para a maioria ela tende a ser pouco clara (39%) ou insuficiente (16%). Há ainda 9% que não procura qualquer informação, confirmando que o acesso não depende apenas da oferta, mas do grau de interesse de cada um.

A procura de informação intensifica-se antes do diagnóstico. Na ausência de uma resposta clínica, 25% das pessoas procura controlar o problema através de pesquisa autónoma (internet, redes sociais, fóruns, livros ou podcasts), com uma diferença de género significativa: as mulheres tendem a pesquisar mais do que os homens na mesma situação (30% das mulheres vs. 15% dos homens sem diagnóstico). Após o diagnóstico, a pesquisa torna-se menos frequente (15%), e a diferença entre géneros esbate-se, sugerindo que o principal motor da procura de informação é a falta de orientação para o problema vivido.

O estudo qualitativo prova também que, mesmo dentro de grupos homogéneos do ponto de vista do género (constituídos apenas por homens ou apenas por mulheres), os níveis de conhecimento são muito desiguais. A assimetria de conhecimento não se explica apenas pela curiosidade ou pela literacia em saúde, mas sobretudo pela biografia de saúde de cada pessoa. Quem atravessou percursos mais difíceis até ao diagnóstico investiu mais tempo e energia na pesquisa, desenvolvendo maior vocabulário, maior capacidade crítica sobre as fontes, e maior confiança no seu próprio conhecimento.

Pelo contrário, quem normaliza o desconforto, quem nunca experimentou mal-estar intenso ou sente menos urgência, procura menos informação, mantendo uma relação distante e um discurso pouco elaborado sobre o tema.

“Eu não sei nada. Porque esta coisa de nós irmos buscar a informação é muito engraçado, mas eu não sou grande utilizadora das redes sociais e uso a Internet para outras coisas. (...) Eu realmente não cuido da minha saúde como deveria, mas também não procuro nada para a melhorar. Isto é como tudo: se precisamos de uma casa, precisamos de um arquiteto. Se calhar, precisávamos de alguém, nem que fosse o nosso médico de família, que mandasse um folheto a falar de qualquer coisa. (...) Quando tive aquela crise em que fui parar ao hospital ninguém me resolveu nada, ninguém me disse nada. Vim-me embora com paracetamol e pronto.”

M., 50 anos, Sem diagnóstico

“Aquilo que eu perceciono é que se fala muito na doença, fala-se muito na Organização Mundial da Saúde das doenças, mas depois não há uma abordagem... lá está, vamos a um médico e ele não nos diz esta informação, não há acesso a esta informação. Praticamente todas nós fomos auto recreativas e fomos à procura de informação.”

M., 27 anos, Sem diagnóstico

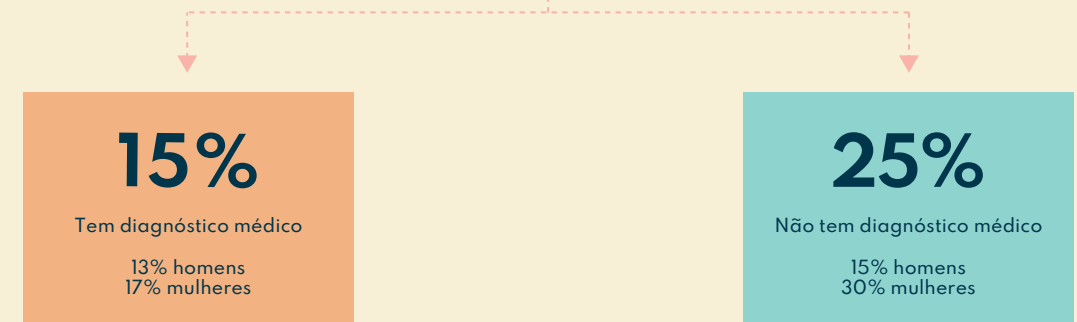
“Eu acho que deve haver bastante informação, mas se calhar não é tão acessível a toda a gente ou não expõem tanto essa informação, nem nos centros de saúde, nem nos hospitais, ou seja, deve haver informação, mas só se a pessoa procurar.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

21%

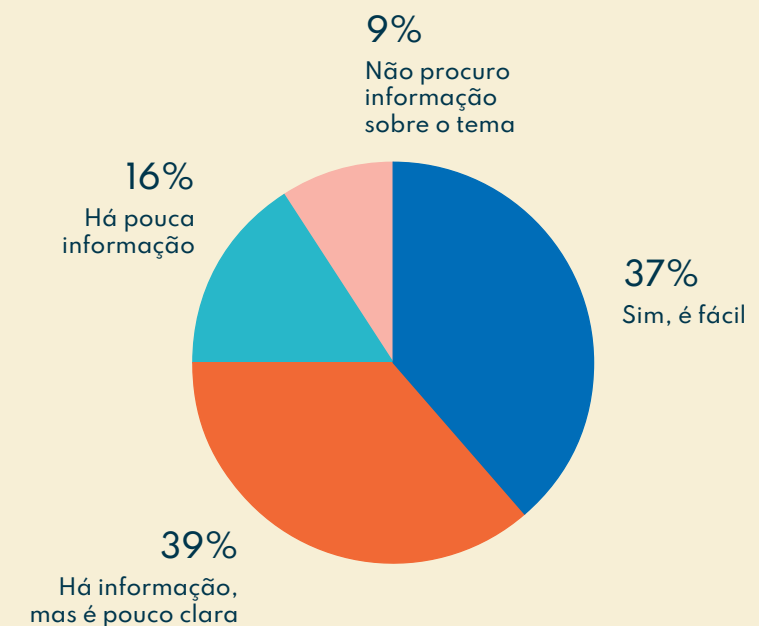
Procura controlar o seu problema intestinal atualmente fazendo pesquisa por conta própria (internet, redes sociais, fóruns, livros, podcasts, etc.)

N=396



Considera fácil encontrar informação sobre saúde intestinal?

N=800



73%

Das pessoas com problemas intestinais persistentes não sabe bem do que se trata ou nunca ouviu falar em microbiota intestinal

67% homens
76% mulheres

50%

Das pessoas com problemas intestinais persistentes não sabe bem do que se trata ou nunca ouviu falar no eixo intestino-cérebro

54% homens
48% mulheres

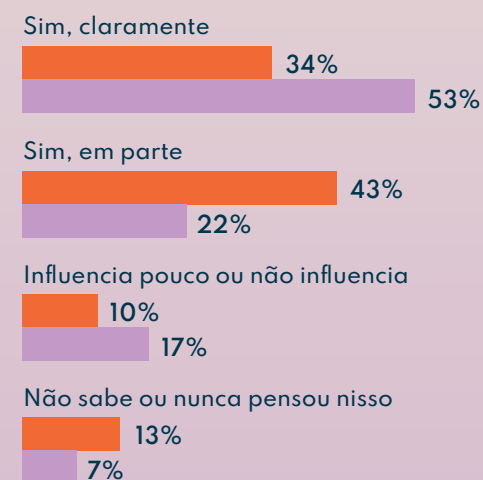
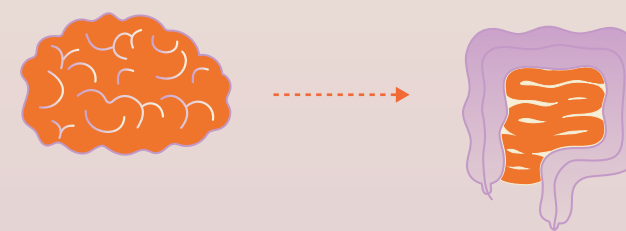
N=404

Os dados dão forma ao grau de desconhecimento: 73% não sabe bem o que é ou nunca ouviu falar de microbiota intestinal, e 50% não sabe bem o que é ou nunca ouviu falar do eixo intestino-cérebro. Ou seja, os conceitos que hoje estruturam a conversa científica sobre o intestino permanecem fora do vocabulário e da compreensão da maioria das pessoas que vivem com desconforto intestinal.

Nos grupos de discussão, a reação a estes conceitos expôs a enorme distância que existe entre a maioria das pessoas que vive com um problema intestinal, que se manteve num eloquente silêncio, e uma minoria muito informada, capaz de articular explicações elaboradas sobre a microbiota, ou o intestino como “segundo cérebro”. Também se retira dos grupos de discussão que o conhecimento que as pessoas reúnem raramente é atribuído a informação recebida em consulta; emerge de pesquisas no Google (e mais recentemente, no ChatGPT), podcasts, livros, documentários, canais de médicos no YouTube ou conteúdos nas redes sociais. Isso não significa que os médicos não falem sobre a doença, ou não expliquem a sua origem, mas que a compreensão mais vasta da saúde intestinal é essencialmente adquirida por outras vias.

Importa ainda clarificar onde surgem diferenças de género. Os dados quantitativos não revelam diferenças significativas entre homens e mulheres na perceção de facilidade de acesso à informação, nem no conhecimento declarado de conceitos como a microbiota intestinal. No entanto, quando se observa a compreensão da relação entre o intestino e o cérebro, emergem assimetrias relevantes na população com diagnóstico (em geral, mais avançada no processo). As mulheres reconhecem com maior clareza a influência bidirecional entre o seu estado psicológico e o funcionamento intestinal, enquanto os homens tendem a reconhecer menos essa relação, sobretudo quando se trata do impacto do intestino no estado emocional. O qualitativo também sugere mais reconhecimento dessa relação entre mulheres, em particular com diagnóstico de SII. Não se tratará, portanto, de maior exposição à informação, mas de uma integração mais clara dessa informação à luz do que sentem e do percurso de doença.

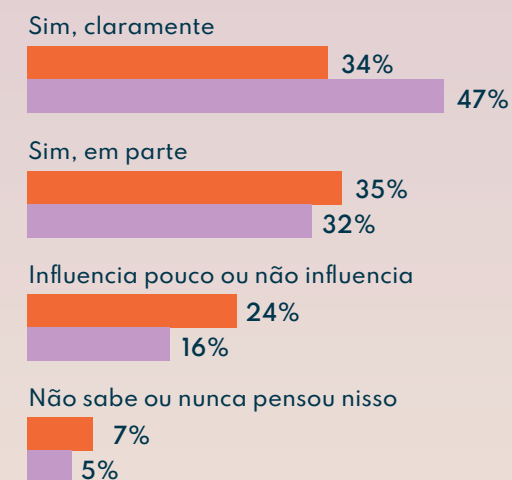
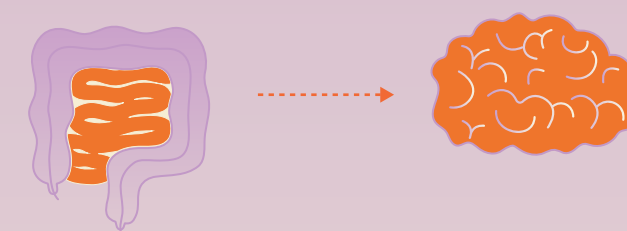
Considera que o seu estado psicológico (ex: ansiedade, tristeza) tem influência sobre o funcionamento do seu intestino?



Homens com diagnóstico
Mulheres com diagnóstico

N=300

E o contrário, acredita que o funcionamento do intestino influencia o seu estado emocional ou psicológico?



Homens com diagnóstico
Mulheres com diagnóstico

N=300

Vozes discordantes sobre a facilidade de acesso a informação

“Agora com a doença que descobri que tenho, estou um pouco mais informada, mas sem dúvida que existe uma falta de informação enorme. Não é como se fosse a saúde mental, que quase todos os dias vemos um anúncio sobre saúde mental e se for preciso para ligarmos, para nos informarmos, vemos panfletos na rua, sabemos que há reuniões. Em termos da saúde intestinal não temos isso, não conseguimos chegar aí. (...) Tenho alguma informação que me deram no médico por causa das consultas todas que eu tive, de como me tratar. Não que eu tenha visto em algum lado, só mesmo indo ao médico.”

M., 27 anos, SII e intolerância a lactose

“Eu acho que falta saber mais, porque é sempre um tema que vem a reboque de outras coisas, de “Se eu estou stressada, tenho problemas de intestino.”, nunca é “Se calhar os meus problemas de intestino também podem estar a deixar-me stressada”. É só primeira informação que tentam passar.”

M., 28 anos, Sem diagnóstico

“Se nós estivermos bem não procuramos nada, não procuramos ninguém. Eu não estava (...), o que é que isso fez? Ando desde antes dos trinta anos a pesquisar artigos de medicina, eu perdia-me completamente nisso. (...) No geral eu acho que ainda é muito tabu.”

H., 49 anos, Carcinoma papilar na tiroide, pólipo fibroide no intestino delgado

“Há pouco perguntou se achávamos que havia informação, eu decidi não falar porque estava toda a gente a dizer que não tinha informação. Eu discordo totalmente, acho que há muita informação, é só as pessoas procurarem, há documentários da Netflix, milhares de documentários na Netflix sobre problemas intestinais, alimentação, o que é que causa no nosso corpo, livros, muitos livros.”

M., 22 anos, Sem diagnóstico

“Há muito mais informação, há muitos mais profissionais que se interessam pelo assunto e cada vez mais a estudar e sobretudo a correlação entre o intestino e o cérebro, sobretudo por ser o segundo cérebro não é, que se diz e é extremamente importante. (...) A alimentação é mesmo a base de tudo, aliás, eu costumo dizer aquela frase: “O alimento é um medicamento”.

M., 28 anos, Linfedema, SII, SIBO (suspeita), intolerância a lactose e endometriose

“Eu por acaso não estou muito de acordo. Acho que cada vez mais temos informação, cada vez mais essa informação é aberta a todos e cada vez mais é um tema com menos tabu.”

H., 56 anos, Sem diagnóstico

A voz dos médicos, consensual sobre a necessidade de mais informação

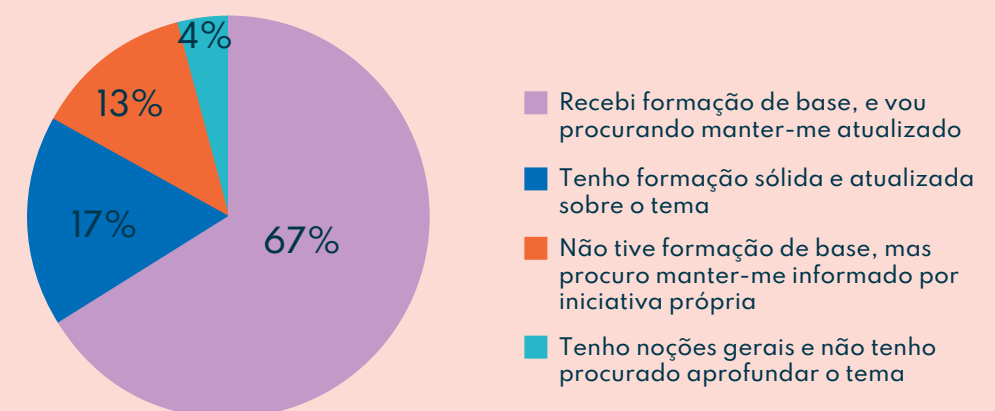
A esmagadora maioria dos médicos de medicina geral e familiar assume que gostaria de receber mais formação ou informação científica sobre o tema. Isto confirma que a fragilidade da literacia em saúde in-

testinal não é apenas um problema do lado dos pacientes; também no campo clínico existe a percepção de que são precisas mais ferramentas para apoiar a prática quotidiana.

92%

Dos médicos de medicina geral e familiar gostaria de receber mais formação ou informação científica sobre saúde intestinal e a sua relação com a saúde geral

Sobre saúde intestinal, qual das seguintes afirmações descreve melhor a sua situação?



N=48 | Inquérito online a médicos de medicina geral e familiar inquiridos através da rede Médis

O acesso a informação ainda depende muito de cada um

Apesar de hoje se falar mais de saúde intestinal do que há 10 ou 20 anos, o estudo mostra que este tema continua pouco autonomizado. Surge frequentemente associado a outras preocupações, como o stresse, a alimentação ou o bem-estar, sem que exista uma compreensão do que o intestino representa para a saúde ou do risco que o seu desequilíbrio pode implicar.

A alimentação emerge de forma natural como o principal ponto de referência para compreender e gerir o problema intestinal. A maioria das pessoas organiza o que sabe a partir de categorias alimentares (lactose, glúten, fibras, kefir, kombucha, probióticos) e de regras práticas acionáveis no dia a dia (“beber mais água”, “aumentar fibra”, “retirar determinados alimentos”). Mesmo quando surgem referências a temas mais complexos, como doenças autoimunes ou saúde mental, a conversa tende a regressar rapidamente à alimentação.

A abordagem a partir da alimentação tem a enorme vantagem de tornar o problema concreto e permitir a ação. Contudo, quando é a única grelha de leitura do problema, tende a reduzir um problema complexo a um conjunto de respostas rápidas, dificultando a compreensão dos seus limites como resposta única e diminuindo a importância do acompanhamento clínico.

A redução da saúde intestinal a algumas regras alimentares reflete, em larga medida, o tipo de informação que circula e a forma como a ela se chega. Em muitos casos, o acesso faz-se em modo passivo, através de redes sociais, onde vão surgindo vídeos ou conteúdos sugeridos pelo algoritmo. Nestes formatos, a informação é fragmentada, simplificada e orientada para recomendações práticas. Uma boa parte das pessoas não evolui para pesquisas mais aprofundadas, ficando reduzidas às redes sociais e à escolha das pessoas ou entidades que querem seguir.

Em contraste, os grupos de discussão revelam que há pessoas ativas na procura de informação e ainda uma minoria que escala a pesquisa para níveis muito técnicos. Estas pessoas recorrem a artigos especializados, estudos científicos ou conteúdos mais densos - algo que exige recursos, competências e motivação que a maioria não tem, nem sente necessidade de ter.

Neste cenário, a questão da confiança nas fontes ganha especial relevância, e os dados são elucidativos: os profissionais de saúde concentram, de forma destacada, os níveis mais elevados de confiança. Médicos e outros profissionais de saúde surgem muito acima de redes sociais, programas de televisão, jornais ou mesmo plataformas institucionais como sites de seguradoras ou prestadores de saúde. Os nutricionistas afirmam-se também como referências relevantes, reforçando o papel dos especialistas na validação da informação.

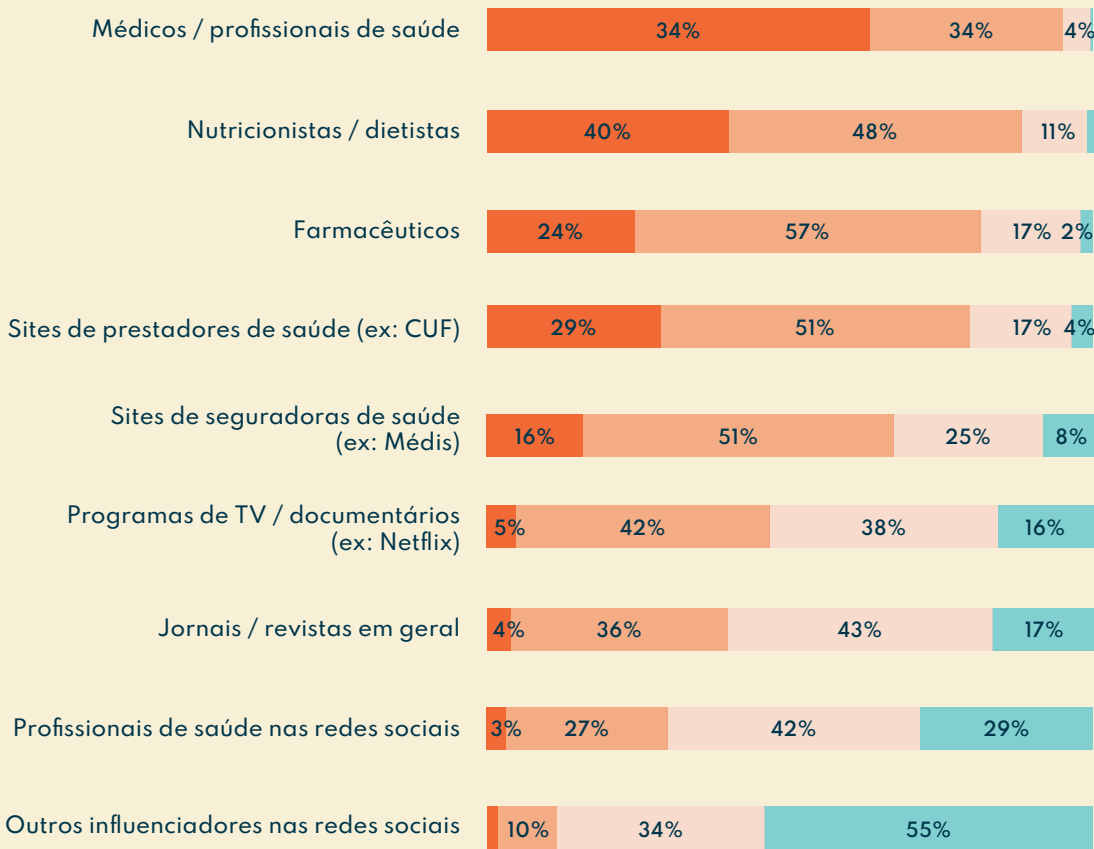
O qualitativo confirma esta hierarquia: mesmo entre pessoas que pesquisam intensamente por iniciativa própria e fazem um esforço de filtragem das suas fontes, é ao médico ou ao nutricionista que atribuem maior legitimidade e segurança.

Os médicos são fontes de informação privilegiadas, não apenas pela credibilidade que lhes é atribuída, mas por serem tradutores da informação para a situação concreta de cada pessoa. Isso não significa que estejam a ser fontes ativas de educação.

Na verdade, o que o estudo sugere é que a informação sobre saúde intestinal nem sempre é facilitada pelos profissionais de saúde, ou fica circunscrita ao momento da consulta, sendo pouco projetada como ferramenta de capacitação para quem vive com um problema intestinal.

Quando procura informação sobre saúde intestinal, até que ponto confia nas seguintes fontes?

N=800



Confio totalmente Confio em parte Confio pouco Não confio

Pessoas passivas, recetoras da informação que circula

“A mim a informação foi aparecendo. Eu provavelmente pesquisei uma vez e foi-me aparecendo anúncios e vários influencers (...). Aparecem-me, às vezes, vídeos no Instagram de nutricionistas a dar dicas ou a falar sobre nutrição, neste caso sobre produtos para consumir que fazem melhorar o intestino, o trânsito.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“Nas redes sociais, sigo algumas nutricionistas e de vez em quando também dão dicas para pôr o intestino a funcionar melhor. Claro que não explicam as razões porque é que põe a funcionar (...). É por aí que às vezes vejo alguma informação e algumas dicas. (...) É mais nutricionistas. Por acaso conheci uma que até escreveu um livro sobre o intestino, chama-se Maria Inês qualquer coisa.”

M., 41 anos, Sem diagnóstico

“Vou seguindo algumas páginas de nutricionistas, porque também tenho uma preocupação. Como agora tenho praticado menos desporto, vou vendo alguma forma de fazer umas receitas mais saudáveis, como reduzir as calorias, tentar perceber se há formas mais corretas de poder baixar o peso, sem estar a fazer neste momento e nesta fase exercício físico. E vai-se centrando muito mais nisso...”

H., 46 anos, Doença de Crohn

“O que vou procurando é o que vejo na televisão ou o que vejo em revistas e tendencialmente vou guardando alguns vídeos de exercícios para um dia, se tiver vontade, fazer.”

H., 46 anos, Intolerância a lactose

“No YouTube, normalmente, médicos e terapeutas, às vezes vejo, ou aparece-me nas sugestões e carrego, "Olha, este tema é interessante" e carrego, Mas sim, há temas de médicos e terapeutas a falar de certos assuntos.”

M., 37 anos, Sem diagnóstico

“Eu vou seguindo um canal no Facebook, que é o Probioticamente, que vai aconselhando algumas coisas e as pessoas também vão partilhando experiências e aquilo que funciona e o que não funciona. Algumas pessoas são mais entendidas que outras, e dá para tirar algumas ideias, alguma coisa que possamos utilizar no nosso dia a dia. E depois, há assim outros canais do YouTube e certos influencers de certa forma, que às vezes também fazem vídeos e pelo menos ajuda a esclarecer algumas coisas, pode não ser tudo...”

H., 45 anos

“Referi há bocado a Consulta Aberta. É um podcast, é com a Mafalda, acho que é Mafalda, e depois tem sempre convidados diferentes, especialistas, então é interessante.”

M., 22 anos, Sem diagnóstico

“Eu sigo o Aprenda a Comer, o podcast do Observador, que é a Mariana Chaves. É nutricionista”

M., 26 anos, Sem diagnóstico, suspeita de intolerância ao glúten

Pessoas ativas na escolha dos temas e das fontes

“[A escala de Bristol] Vi mesmo na Internet, fui eu própria que pesquisei no Google, não faço ideia o quê, provavelmente algo do tipo "Diarreia, fezes", e apareceu-me exatamente uma escala. E lembro-me que até dizia que quem tem o primeiro tipo, devia consumir mais fibras ou devia consumir mais x coisas. E achei muito interessante porque nunca reparava no aspeto das fezes, nem sabia que tinha relação. Comecei a ficar mais atenta a isso. Pode ser indicador de uma coisa má e nós não sabemos.”

M., 22 anos, Intolerância a lactose e asma

“Eu procuro informação essencialmente através do Google, da Internet, procuro e leio bastante nesse sentido. Procuro a informação, quais são os sintomas, o que é que se deve fazer para melhorar, basicamente, nos motores de busca costumo procurar essa informação. Os médicos dão-nos a informação, mas a gente depois tem sempre mais a tendência a ir pesquisar e a ver, e quem tem os problemas...”

H., 59 anos, Tumor no intestino

“A Internet é a nossa fonte de informação. Obviamente, se formos à procura vamos acabar por encontrar. Mas acho que também têm saído alguns livros, alguns artigos que vão aparecendo. Tenho ideia também, a nível de algum marketing de agora se falar de uma forma diferente. Mas fundamentalmente, a minha pesquisa é tudo literária, científica literária, sim.”

M., 49 anos, SII, Intolerância ao glúten e lactose

“Durante 1 mês, só pesquisei sobre isso e encontrei muita coisa porque estava obsessivamente a procurar estudos científicos e encontrei médicos que tinham feito estudos e comprava o livro do médico e conseguia encontrar essa informação, mas é realmente muito específica e é em inglês. E depois um estudo levava-me a outro estudo e não era de fácil acesso, era algo que eu tinha que por tempo e dedicação para encontrar. E depois há coisas que são contraditórias e temos que ter bom senso, perceber de onde é que vem a informação. Depois tinha também o suporte da minha nutricionista e da minha gastroenterologista que quando eu lhes levava um problema específico que tinha encontrada, elas me apoiavam nessa desmistificação das coisas que eu encontrava.”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca

“Uso mais os sites especializados na Internet... é medicina, com cuidados de saúde, sites de médicos a falar, o Chat GPT, tem sido também bastante útil, porque eles têm os sites brasileiros, os sites brasileiros de saúde são muito ativos. As respostas que ele (ChatGPT) dá eu acho fantásticas, porque parece que estou a falar com um médico mesmo, é a sensação que eu tenho. E no YouTube há muitos médicos brasileiros com canais, nota-se que é credível porque eles próprios mostram os currículos, são mesmo médicos e especialistas e, pronto, basicamente, dão conselhos.”

H., 49 anos, Hérnia do Hiato e Gota

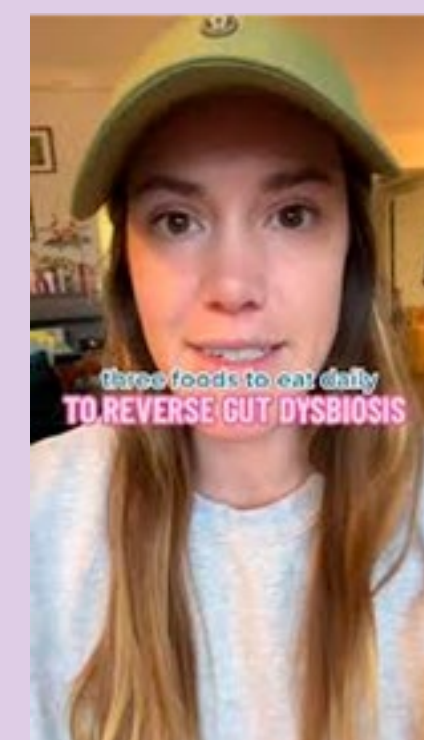
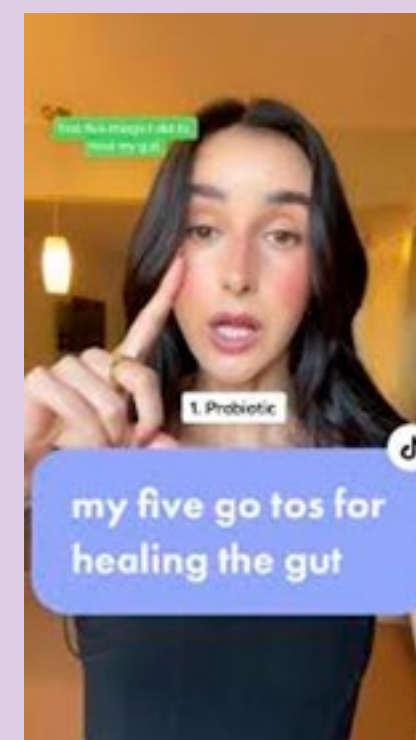
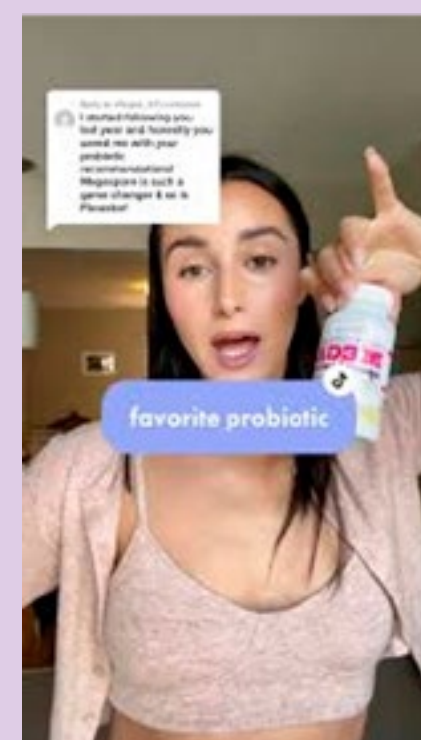


#GUTTOK

Para muitas pessoas, as redes sociais são hoje a porta de entrada para o tema da saúde intestinal, com particular evidência junto de mulheres jovens

“Uma coisa que me ajudou bastante foi seguir pessoas com as mesmas doenças que eu e cruzar aquilo que elas tinham em comum. Na altura, ajudou-me bastante porque eu não conhecia ninguém com esta doença. Nas redes sociais encontrava mulheres com a mesma experiência, todas com diagnósticos muito difíceis, que demoravam muito tempo a perceber o que tinham. (...) Alguns grupos com hashtags e grupos mesmo de Hashimoto, acho que há hashtags de Hashimoto!”

M., 33 anos, Tiroidite de Hashimoto, Doença celíaca



Tudo neste estudo aponta para a mesma conclusão: os problemas intestinais persistentes são amplamente vividos e amplamente negligenciados. Quando quase metade da população reconhece viver com desconfortos recorrentes, torna-se difícil sustentar a ideia de que estamos perante um tema marginal ou residual. O que se prova, pelo contrário, é um fenómeno profundamente normalizado e silenciado. Romper este silêncio implica, antes de mais, clarificar que os problemas intestinais não se esgotam no mal-estar imediato, podendo ter impacto prolongado na saúde física, emocional e na qualidade de vida.

É neste contexto que a sensibilização pública assume um papel decisivo. Nos grupos de discussão, repetem-se relatos de alívio quando há um médico que abraça o problema ou simplesmente quando se encontram pessoas com experiências semelhantes seja em redes sociais, grupos informais ou projetos dedicados ao tema. Ver o próprio sofrimento retratado ajuda a dar o primeiro passo da admissão de um problema de saúde, essencial para a procura de ajuda.

Os testemunhos dos participantes reforçam também a necessidade de criar espaços seguros e linguagem acessível para falar de saúde intestinal. Muitos conceitos fundamentais de saúde intestinal - microbiota, eixo intestino-cérebro, disbiose -, permanecem fora do vocabulário da maioria das pessoas que vivem com um problema intestinal. Sem linguagem, não há reconhecimento; sem reconhecimento, não há ação.

Não se trata de simplificar em excesso o tema, nem de substituir o conhecimento clínico, mas de criar pontes entre a ciência e a experiência das pessoas comuns. O jargão técnico e as explicações excessivamente especializadas criam barreiras e afastam quem precisa de o compreender. O risco do não entendimento não é a confusão, é o afastamento e desistência de procurar respostas.

A saúde intestinal partilha traços com outros campos da saúde historicamente marcados pelo tabu e pela vergonha. Da saúde mental ao cancro, da sexualidade à infertilidade, os últimos anos mostraram como a mudança de linguagem, a exposição pública de testemunhos e a criação de novos enquadramentos culturais foram decisivos para legitimar sofrimentos antes silenciados. Não foi apenas o avanço da ciência que transformou estes temas, mas a forma como passaram a ser falados em sociedade.

Em Portugal, existem já projetos, associações de doentes e iniciativas institucionais que procuram dar visibilidade à saúde intestinal e apoiar quem vive com estes problemas. Este trabalho é relevante e necessário. Ainda assim, o estudo sugere que há espaço para ir mais longe, não só no volume de informação produzida, mas sobretudo na forma como ela circula e se inscreve culturalmente. O desafio não é apenas informar e sensibilizar. É criar afinidade e empatia.

Os exemplos que se apresentam nas páginas seguintes são disso ilustrativos. Mais do que a autoridade científica ou a originalidade dos conteúdos, o que os torna singulares é a força da linguagem: clara, direta, por vezes humorística. São formatos que dão visibilidade ao problema, autorizam as pessoas a reconhecerem-se naquilo que é dito e criam condições para que o problema exista socialmente.

Para terminar, o estudo revela que maior conhecimento sobre a própria condição ou doença está associado a maior perceção de controlo dos problemas intestinais, reforçando o seu potencial como instrumento de ação sobre a saúde. Perante esses dados, e sabendo que a prevalência de problemas intestinais na população tem vindo a aumentar, falar de saúde intestinal não é apenas desejável. É um imperativo.



Democratizar o conhecimento sobre saúde intestinal

The Gut Stuff é uma plataforma britânica criada pelas irmãs Alana e Lisa MacFarlane com o objetivo de democratizar o conhecimento sobre a saúde intestinal. Destaca-se neste projeto:

- A linguagem acessível: começou como plataforma de educação sobre o microbioma e a saúde digestiva, com conteúdos que explicam a ciência de forma prática e compreensível, ajudando a desmistificar temas complexos sobre o intestino para quem não tem formação técnica.
- A amplitude de conteúdos: para além de conteúdo educativo, o projeto desenvolve iniciativas como workshops, podcasts, livros, e conteúdos nas redes sociais, reforçando a visibilidade do tema no espaço público.
- A comunicação próxima: a abordagem usa uma linguagem informal, direta e muitas vezes irreverente para falar de temas tabu ou mais íntimos
- A presença em canais mainstream: a iniciativa tem conseguido introduzir o tema em contextos de consumo, incluindo parcerias de produtos em grandes retalhistas, e presença em canais de comunicação de massa, como a televisão, o que amplifica o alcance da mensagem.



Parte da estratégia do *The Gut Stuff* é levar o tema para fora do espaço virtual, promovendo experiências que aproximem as pessoas da conversa sobre a saúde intestinal. Essas ações incluem *pop-up shops* e eventos ao vivo onde a marca transforma informação científica em experiências acessíveis

e lúdicas, reforçando que se pode falar abertamente sobre o intestino. A identidade visual - criativa, colorida e até humorística —, está presente nos espaços físicos, ajudando a derubar barreiras psicológicas e a convidar as pessoas a interagir com temas que são frequentemente considerados tabus.



Experiências educativas interativas:
os visitantes podem aprender sobre o funcionamento do intestino e do microbioma através de materiais explicativos, visualizações simples e comparações práticas.



Livros e produtos educativos:
os espaços físicos funcionam como pontos de distribuição de livros e materiais que complementam a informação online e ajudam as pessoas a “trazer a conversa para casa”.



Conversa em primeira pessoa:
as *pop-ups* incluem espaços para partilha de experiências, em que a aprendizagem é feita à medida que as pessoas conversam sobre o seu corpo e a sua história. O princípio é que a informação ganha significado quando se transforma em experiência pessoal.



“GUT PUNCH”

Um alerta para a importância do intestino na saúde

A marca de nutrição e suplementos DR.VEGAN lançou a campanha ‘Gut Punch’, uma iniciativa que visa alertar para a realidade de que 60% dos britânicos enfrentam problemas de saúde intestinal. Com uma execução criativa, a campanha recorre a uma metáfora visual de um punho em forma de intestino. O objectivo é provocar tanto o debate público como uma mudança na consciência dos consumidores sobre o papel vital da saúde intestinal no bem-estar geral.

A iniciativa teve por base um inquérito a 300 pessoas, com resultados surpreendentes: quase nove em cada dez (86%) inquiridos afirmam ter a expectativa de que os médicos de família tenham formação em nutrição, e 89% considera que esses médicos devem oferecer aconselhamento nutricional personalizado, sempre que isso possa ser uma alternativa adequada à medicação. Contudo, no Reino Unido, os mé-

dicos recebem menos de dois dias de formação em nutrição durante o curso de medicina, e não estão qualificados para dar aconselhamento nutricional personalizado.

Um dos pilares da campanha é o portal interactivo ‘Gut Health’, desenvolvido com nutricionistas, que oferece informação acessível e prática sobre o papel do intestino na saúde geral. Inclui também conteúdos como a interpretação de indicadores da saúde intestinal, os efeitos de diferentes alimentos e a importância dos probióticos adequados. Como destaca Shona Wilkinson, nutricionista da marca: “O intestino é responsável por 70% do nosso sistema imunitário e afeta diretamente o humor, energia, sono, pele e bem-estar geral. Quanto mais nos informarmos sobre este tema, mais capacitados estaremos para fazer escolhas que apoiem a nossa saúde.”

“Whats this shit all about” sensibilização para a saúde mental de pacientes de DII

Para assinalar o Dia Mundial da Doença Inflamatória do Intestino, a The Catherine McEwan Foundation lançou em 2024 uma curta-metragem sobre o impacto da DII, dando visibilidade à solidão, à ansiedade e ao afastamento social vividos por muitas pessoas com a doença, que frequentemente se sentem obrigadas a permanecer em casa por medo do imprevisível. A narrativa é reforçada por uma ativação de rua: um cartaz com um QR code gigante feito com rolos de papel higiénico, que dá acesso ao filme com testemunhos de quem vive com DII.



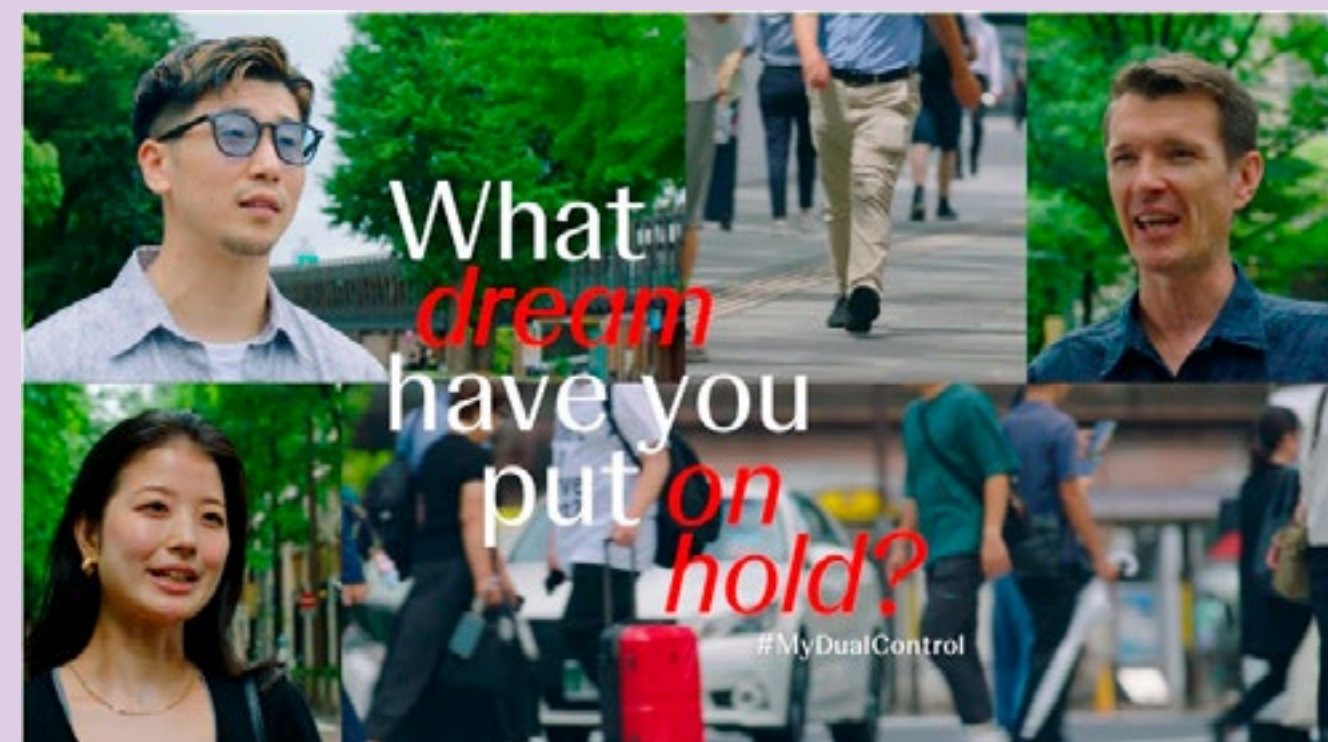
“Not Every Disability Is Visible”

A fragilidade pode ser invisível

A campanha da Crohn's & Colitis UK parte da ideia de que nem todas as doenças deixam marcas visíveis no corpo. Através de imagens de pessoas “normais”, a campanha confronta o olhar social que associa sofrimento apenas ao que se vê - cadeiras de rodas, ligaduras, sinais exteriores de fragilidade -, deixando de fora quem vive diariamente com dor, urgência, fadiga ou ansiedade intestinal. A campanha procura legitimar experiências que são frequentemente silenciadas, tanto no espaço público como na relação com médicos, empregadores ou familiares.

“Fashion Cramps” Cólicas da Moda

Esta campanha do Buscopan aproveitou as semanas de moda em Londres (2023) para consciencializar sobre as dores abdominais associadas à Síndrome do Intestino Irritável (SII). O objetivo era expor o sofrimento ‘invisível’, mostrando que mesmo em ambientes glamourosos, a dor é uma realidade que afeta muitas pessoas e não deve ser ignorada. A iniciativa estreou na London Fashion Week e expandiu-se para a de Berlin. A campanha utilizou fotografias de moda para retratar modelos em poses que, parecendo editoriais típicos de moda, mimetizavam as contrações e o desconforto causados por cólicas abdominais.



CAMPANHA “DUAL CONTROL” um convite para não desistir dos sonhos

Segundo a Johnson & Johnson, a Doença Inflamatória Intestinal (DII), que inclui a doença de Crohn e a colite ulcerosa, afeta cerca de 10 milhões de pessoas no mundo, com crescente incidência na Ásia. Frequentemente diagnosticada na adolescência, pode causar diarreia, sangue nas fezes e dores abdominais, comprometendo a vida académica, profissional e pessoal, o que leva muitos a viver uma “vida dupla”, escondendo os sintomas por trás de uma aparência saudável.

Para capacitar as pessoas que vivem com essa doença, a empresa lançou na região Ásia-Pacífico a campanha “Dual Control”. No centro da iniciativa está o vídeo “#MyDualControl: Don’t let IBD put your dreams on hold” (Não deixes que a DII adie os teus sonhos), que mostra diálogos entre doentes e profissionais de saúde, sublinhando como a tomada de decisões partilhada pode melhorar os resultados clínicos.

O vídeo abre com testemunhos reais sobre sonhos adiados por razões de saúde, centrando-se numa mulher com colite ulcerosa há mais de 20 anos. Entre os seus desejos está o de viajar e ser mãe, mas teme que a doença possa ser limitadora. Em diálogo com Kenji Watanabe, especialista em DII na Universidade de Toyama, é-lhe transmitida confiança: com apoio adequado e uma gestão eficaz da doença, os seus sonhos continuam ao seu alcance.

A campanha disponibiliza ainda recursos educativos em vários países da região. Em Singapura, as pessoas podem partilhar testemunhos nos media. Na China, o programa “#YouSeeUC” incentiva as pessoas com a doença a participar nas decisões sobre o seu tratamento e combate mitos sobre a remissão da doença. No Japão, os conteúdos focam-se na gestão do equilíbrio entre doença e trabalho (“Work-sick balance”).

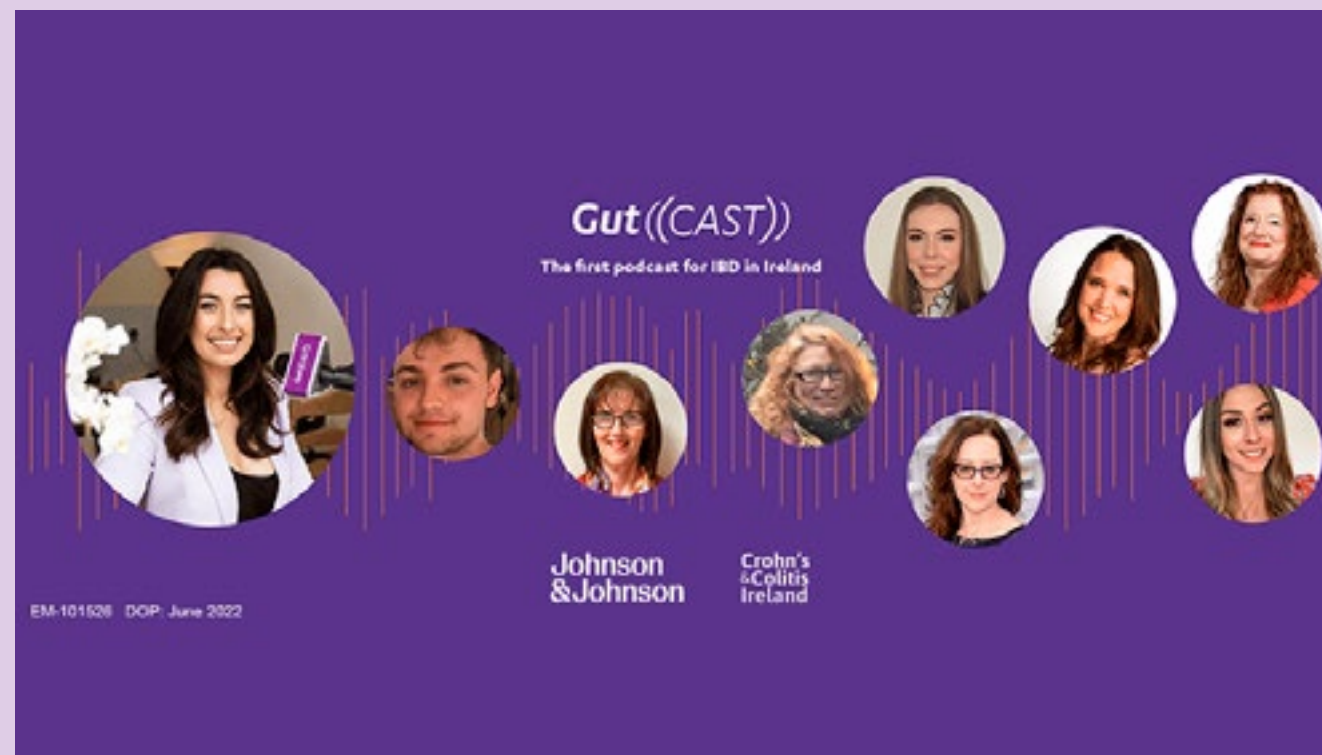


ACTION PRESSANTE

Uma petição de acesso a WC feita em papel higiênico

Esta campanha é uma iniciativa da afa Crohn RCH France, desenvolvida em parceria com a AbbVie, que ganhou visibilidade no World Toilet Day de 2024. A campanha alerta para a falta de acesso gratuito e equitativo a casas de banho públicas para as cerca de 300 mil pessoas que vivem com DII em França, através de uma acção provocadora: a criação da primeira “petição em papel higiênico”. Rolos impressos com testemunhos reais de pessoas com DII foram colocados discretamente nas casas de banho da Assembleia Nacional, do Senado e de cafés próximos, cada um com um QR code que remetia para a petição online “Urgence Toilettes”, dirigida aos decisores políticos.

O conceito – um jogo de palavras com a ideia de “necessidade urgente” – traduziu de forma muito concreta os constrangimentos vividos por estas pessoas no dia-a-dia, como a urgência de uma casa de banho ou a necessidade de transportar roupa suplente. A campanha defendeu medidas claras, como o aumento do número de casas de banho públicas, o reconhecimento oficial de um cartão de urgência sanitária para doentes com DII, a abertura de casas de banho municipais e o acesso universal à Euro-key, uma chave que dá acesso a casas de banho públicas adaptadas e reservadas a pessoas com necessidades específicas, em vários países europeus. Ao tornar o problema tangível, a “Action Pressante” conseguiu colocar o tema do acesso a casas de banho na agenda pública.



GUTCAST

Podcast Irlandês sobre Saúde Intestinal

Um podcast criado pela Crohn's & Colitis Ireland (CCI) em parceria com a Janssen (Johnson & Johnson), com o objetivo de educar, informar e apoiar pessoas que vivem com doenças inflamatórias do intestino.

Lançado em 2020, o podcast dá voz a pacientes, profissionais de saúde e especialistas, abordando de forma acessível temas que vão desde sintomas, tratamentos e relação com os cuidados de saúde até saúde mental, vida social, trabalho, intimidade e qualidade de vida. Um dos elementos mais mobilizadores é a inclusão de testemunhos de pessoas conhecidas que vivem com doenças inflamatórias do intestino, contribuindo para abolir o estigma de quem vivem nessa condição. Figuras públicas como John Ryan, jogador profissional de rúguebi, a comediante Andréa Farrell e a criadora

de conteúdos Dearbhla Toal partilham de forma aberta os seus percursos desde o diagnóstico, os impactos da doença no quotidiano e as estratégias que encontraram para manter uma vida ativa.

Integrado numa estratégia mais ampla de sensibilização, o podcast surgiu em 2020 como resposta ao impacto psicológico e social das DII, agravado durante a pandemia, e afirma-se como um exemplo de comunicação em saúde orientada para a capacitação e a normalização da conversa sobre doenças intestinais. No Spotify e no Apple Podcasts o programa está listado sob o nome Gutcast (categoria Saúde e Fitness), contendo até ao momento 17 episódios, com duração média de 30 a 45 minutos.

Saúde intestinal:

Um breve glossário

Microbiota Intestinal: Conjunto de microrganismos vivos que habitam o intestino, sobretudo bactérias, mas também vírus e fungos.

Muco Intestinal: Camada protetora em forma de gel que reveste o interior do intestino, funcionando como primeira linha de defesa contra bactérias patogênicas e substâncias nocivas.

Mucosa intestinal: Camada interna viva do intestino, composta por células responsáveis pela absorção dos nutrientes e por outras células que reagem ao que comemos e produzem mensageiros químicos que comunicam com diferentes órgãos do corpo, como o GLP-1 - uma hormona que ajuda a regular o apetite, a digestão e o metabolismo. Esta camada desempenha também um papel central na resposta imunitária.

Barreira Intestinal: Sistema de proteção do intestino formado pela mucosa intestinal, pelo muco e por células do sistema imunitário, que regula o que pode ou não passar do intestino para a corrente sanguínea.

Eixo Intestino-Cérebro: Sistema de comunicação bidirecional entre o intestino e o cérebro, que influencia o humor, o stresse, o apetite, a digestão e até o bem-estar mental.

Disbiose: Desequilíbrio da microbiota intestinal, provocado por uma redução de bactérias benéficas ou aumento de microrganismos prejudiciais ou diminuição da diversidade (menos de tudo). Esta condição, sabe-se hoje, está ligada a malabsorção, inflamação crónica, resistência à insulina, levando a risco de obesidade, diabetes, doença cardiovascular, cancro, doenças autoimunes, doença mental, entre outras.

Intestino permeável: Situação em que a barreira intestinal perde eficácia, permitindo a passagem excessiva de substâncias indesejadas para a

corrente sanguínea, o que pode desencadear inflamação.

Fibras: Componentes dos alimentos de origem vegetal que não são digeridos, mas são essenciais para o bom funcionamento do intestino. Ajudam a regular o trânsito intestinal e alimentam a microbiota. Porque importam: ajudam a “pôr o intestino a trabalhar” e a manter o equilíbrio digestivo.

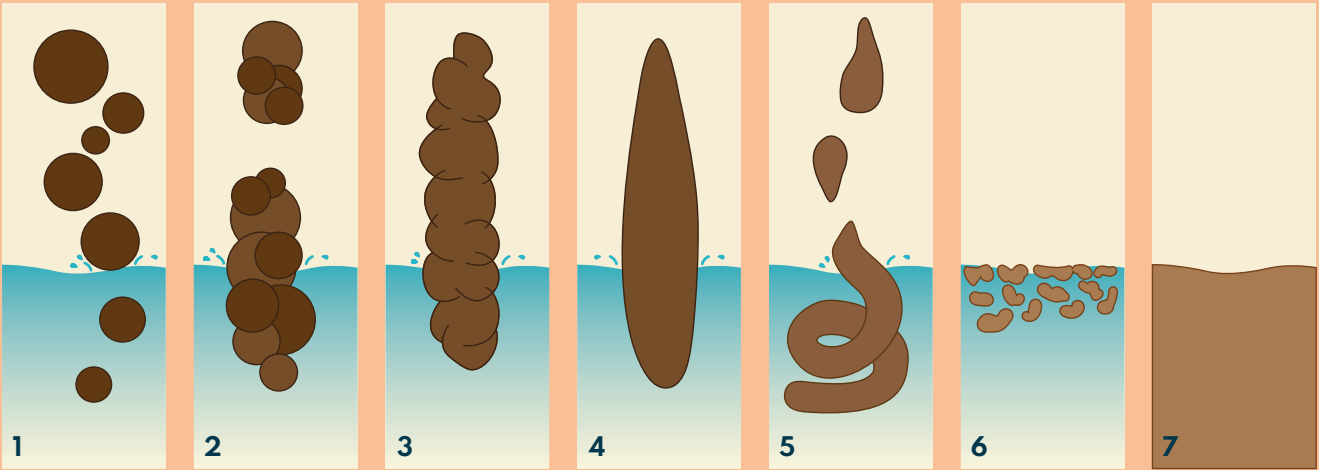
Prebióticos: Um tipo específico de fibra (e não só) que serve de alimento às bactérias benéficas do intestino, ajudando-as a crescer e a manter o equilíbrio da microbiota. Ou seja, não são bactérias, são comida para as bactérias certas.

Probióticos: Microrganismos vivos que, quando consumidos em quantidades adequadas, podem trazer benefícios à saúde intestinal. Encontram-se em alimentos fermentados, como iogurte, kefir ou kombucha, e em suplementos específicos. Importante: diferentes probióticos têm efeitos diferentes.

Dieta Low FODMAP: Plano alimentar desenvolvido para reduzir sintomas digestivos como inchaço, gases, dor abdominal e diarreia, sobretudo em pessoas com síndrome do intestino irritável. Os FODMAP são hidratos de carbono fermentáveis que, em algumas pessoas, são mal absorvidos no intestino delgado. Quando chegam ao intestino grosso, são fermentados pelas bactérias, podendo causar desconforto intestinal. A dieta low FODMAP é feita em três fases: 1) eliminação temporária dos alimentos ricos em FODMAP, 2) reintrodução gradual, alimento a alimento, para identificar quais causam sintomas, 3) construção de uma alimentação personalizada, ajustando quantidades e frequência. Não é uma dieta permanente, mas uma ferramenta para conhecer melhor o próprio intestino. Em paralelo deve ser reposta a microbiota. A lógica será: primeiro limpar aquário, depois colocar peixes novos.

Escala de Bristol

Ferramenta que ajuda a caracterizar e interpretar o trânsito intestinal, classificando as fezes em sete tipos com base na sua forma e consistência.



Tipo 1: Pequenos caroços duros, separados. Indica obstipação severa.

O trânsito intestinal é muito lento e o intestino absorveu demasiada água. Pode estar associado a pouca ingestão de fibras, desidratação ou hábito de “adiar” a ida à casa de banho.

Tipo 2: Em forma de salsicha, mas irregular e grumosa. Indica obstipação.

Ainda há dificuldade no trânsito intestinal. É comum em pessoas com intestino “preguiçoso” ou em períodos de stresse.

Tipo 3: Em forma de salsicha, com fissuras na superfície. No intervalo saudável

O trânsito intestinal funciona relativamente bem, embora possa beneficiar de pequenos ajustes (mais água ou fibras).

Tipo 4: Liso, macio, em forma de salsicha ou cobra. O ideal.

É o padrão associado a um intestino

equilibrado, com boa digestão e trânsito intestinal regular. Preferencialmente deixa o papel higiénico limpo (não será pastoso).

Tipo 5: Pequenos pedaços macios, com contornos definidos. Pode indicar ligeira aceleração do trânsito.

Surge quando o intestino não absorve água suficiente. Pode acontecer após alterações alimentares ou em pessoas sensíveis.

Tipo 6: Pedaços moles, com bordas irregulares. Indica tendência para diarreia.

O trânsito intestinal está acelerado. Pode estar associado a intolerâncias alimentares, infeções, disbiose ou stresse.

Tipo 7: Líquidas, sem forma sólida. Diarreia.

O intestino não está a absorver água. Se persistente, pode indicar inflamação, infeção ou desequilíbrio intestinal significativo.



Ficha técnica

Inquérito à população

Estudo Qualitativo

Amostra total: No total, participaram 41 indivíduos residentes em Portugal Continental.

Trabalho de campo: Realizado entre 20 de fevereiro e 6 de março de 2025.

Universo: Indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, com diferentes perfis em termos de estágio de condição de saúde intestinal, residentes em diferentes zonas do país. Amostra de conveniência, obedecendo a critérios de recrutamento pré-orientados para hipóteses de trabalho desenhadas previamente.

Metodologia: Foi adotada uma metodologia de natureza qualitativa, através da realização de 5 *focus groups* online, divididos por género, com uma duração média de 3h.

- 2 grupos compostos apenas por mulheres e apenas por homens entre os 35 e os 60 anos, com desconfortos intestinais persistentes, sem diagnóstico clínico de doença intestinal;
- 2 grupos compostos apenas por mulheres e apenas por homens entre os 35 e os 60 anos, com condições de saúde ou doença do foro intestinal diagnosticada;
- 1 grupo composto apenas por mulheres entre os 20 e os 35 anos, com e sem diagnóstico para os seus problemas intestinais persistentes.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente controlado, com consentimento informado dos participantes, tendo os mesmos participado de forma voluntária e recebido um incentivo por essa participação.

Estudo Quantitativo

Amostra total: 800 indivíduos [508 mulheres + 292 homens] com mais de 18 anos, que tenham algum problema intestinal persistente. Foi estabelecida uma quota mínima de 300 inquiridos com diagnóstico médico.

Trabalho de campo: Entre os dias 12 e 26 de novembro de 2025

Universo: Amostra representativa da população residente em Portugal Continental com 18 ou mais anos, com acesso à internet, pertencentes ao Painel Netsonda.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo através da aplicação de um questionário online (CAWI). As respostas ao questionário foram anónimas e confidenciais, e nenhum analista teve acesso a qualquer dado pessoal dos respondentes, estando os mesmos sob anonimato. Todos os dados recolhidos foram sujeitos a análise estatística, com recurso a alguns Métodos Simples e outras Técnicas Estatísticas Multivariadas.

Caracterização da amostra

IDADE		REGIÃO		AGREGADO	
18 a 24 anos	10%	Grande Lisboa	23%	1 pessoa	13%
25 a 34 anos	19%	Grande Porto	13%	2 pessoas	28%
35 a 44 anos	22%	Litoral Norte	18%	3 pessoas	34%
45 a 54 anos	26%	Litoral Centro	16%	4 pessoas	20%
55 a 64 anos	13%	Interior Norte	19%	5 ou mais pessoas	5%
65 ou mais anos	10%	Sul	11%		

RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR		RENDIMENTO MÉDIO LÍQUIDO DO AGREGADO	
Acima das necessidades do agregado	5%	Menos de 500€	2%
Adequado às necessidades do agregado	52%	De 501 a 750€	3%
Abaixo das necessidades do agregado	37%	De 751€ a 1000€	8%
Bastante abaixo das necessidades do agregado	7%	De 1001€ a 1200€	10%
		De 1201€ a 1500€	12%
		De 1501€ a 2000€	19%
		De 2001€ a 3000€	27%
		Mais de 3000€	12%
		Ns/Nr	7%

SITUAÇÃO FACE AO TRABALHO		HABILITAÇÕES FORMAIS	
Trabalhador por conta de outrem	65%	Até ao ensino Básico: 5º a 9º Ano atual	6%
Trabalhador por conta própria	10%	Ensino Secundário: 10º a 12º Ano atual	32%
Desemprego/ à procura 1º emprego	6%	Cursos Técnicos/ Magistério Primário	6%
Estudante	8%	Ensino superior: Licenciatura/ Mestrado/ Doutoramento	57%
Reformado/a	9%		
Doméstico/a	3%		

Ficha técnica

Inquérito a médicos de medicina geral e familiar

Estudo Quantitativo

Amostra total: 48 indivíduos [17 mulheres + 31 homens]

Trabalho de campo: Entre os dias 10 de novembro e 4 de janeiro

Inquérito a médicos de medicina geral e familiar, da rede Médis, para compreender como encaram as queixas intestinais dos seus pacientes e que tipo de resposta clínica lhes é habitualmente dada.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo através da aplicação de um inquérito online (CAWI). As respostas ao questionário foram anónimas e confidenciais, e nenhum analista teve acesso a qualquer dado pessoal dos respondentes, estando os mesmos sob anonimato. Todos os dados recolhidos foram sujeitos a análise estatística, com recurso a alguns Métodos Simples.

Caracterização da amostra

IDADE	
Menos de 30 anos	8%
30 a 39 anos	21%
40 a 49 anos	6%
50 a 59 anos	4%
60 a 69 anos	13%
70 ou mais anos	48%

REGIÃO ONDE EXERCE ATIVIDADE	
Norte	29%
Centro	13%
Lisboa e Vale do Tejo	58%
Alentejo	2%
Algarve	6%

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL	
Serviço Nacional de Saúde	17%
Sector Privado	63%
Ambos, Público e Privado	21%

LOCAL ONDE EXERCE ATIVIDADE	
Centro de saúde/ Unidade de saúde familiar	29%
Clínica privada/ consultório	69%
Hospital privado	21%
Hospital público	6%
Outro	8%

Nº MÉDIO DE PACIENTES SEMANAIS	
Menos de 50	33%
50 a 99	42%
100 a 149	8%
150 ou mais	6%
Não sei/ Varia muito	10%

Referências e bibliografia

¹ World Health Organization. Global report on diet and nutrition; 2023.

² Spiller AL, et al. Ultra-Processed Foods, Gut Microbiota, and Inflammatory Responses. Nutrients. 2025
Christensen C., et al. Dietary patterns and inflammatory bowel disease. Nutrition and Dietary Epidemiology. 2025
Narula N., et al. Association of ultra-processed food intake with risk of IBD. BMJ. 2021

Sousa JHB, et al. Impactos da dieta ocidental na prevalência de doenças gastrointestinais. LatAm Public Health. 2025

³ Sayuk et al. Comparison of Symptoms, Healthcare Utilization, and Treatment in Diagnosed and Undiagnosed Individuals With Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2017

⁴ Associação Portuguesa de Celiacos. Prevalência na Europa e em Portugal. 2018

⁵ Zhang, S & Lin, Y. Addressing diagnostic delays in inflammatory bowel diseases in Germany. World J Gastroenterol. 2024.

⁶ Staudacher H., et al. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity - approach to multidisciplinary management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023

⁷ Jansson-Knodell C. et al. Associations of Food Intolerance with Irritable Bowel Syndrome, Psychological Symptoms, and Quality of Life. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022

⁸ Rosen M. et al. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. JAMA Pediatr. 2015

⁹ Lam, H. et al. Food hypersensitivity: an examination of factors influencing symptoms and temporal changes in the prevalence of sensitization in an adult sample. Eur J Clin Nutr 77, 833–840. 2023

¹⁰ Kim, Y. & Kim, N. Sex-Gender Differences in Irritable Bowel Syndrome. J Neurogastroenterol Motil. 2018.

¹¹ Bardella, M. et al. Gluten intolerance: gender- and age-related differences in symptoms. Scand J Gastroenterol. 2005

¹² Canavan, C., West, J. & Card, T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. 2014

¹³ Van den Houte, K., Carbone, F., Tack, J., & Vanuytsel, T.. Prevalence and impact of gastrointestinal symptoms in the general European population. United European Gastroenterology Journal. 2019

¹⁴ Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Rosen S, Hertig VL, Heitkemper MM. Gender differences in gastrointestinal, psychological, and somatic symptoms in irritable bowel syndrome. Dig Dis Sci. 2009

¹⁵ Höhn A, Gampe J, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Oksuyzan A. Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark. J Epidemiol Community Health. 2020

Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. BMJ Open 2013

¹⁶ El-Salhy, M. et al. Quality of life, functional impairment and healthcare experiences of patients with irritable bowel syndrome in Norway. BMC Gastroenterol 25, 143. 2025

¹⁷ Lacy, Brian E. PhD, MD, FACG1; Pimentel, Mark MD, FACG2; Brenner, Darren M. MD, FACG3; Chey, William D. MD, FACG4; Keefer, Laurie A. PhD5; Long, Millie D. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. The American Journal of Gastroenterology. 2021

¹⁸ Song EJ, Shin JH. Personalized Diets based on the Gut Microbiome as a Target for Health Maintenance: from Current Evidence to Future Possibilities. J Microbiol Biotechnol. 2022

¹⁹ Markowiak P, Śliżewska K. Effects of Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics on Human Health. Nutrients. 2017

²⁰ Peters SL, Yao CK, Philpott H, Yelland GW, Muir JG, Gibson PR. Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2016

Calhau, C. Deixemo-nos de Tretas: A ilusão da comida saudável. Contraponto Editores. 2024

De la Puerta, M. D. Um Intestino Feliz: Como a microbiota melhora a sua saúde mental e ajuda a lidar com as emoções. HarperCollins. 2024



Autoria

Return On Ideas

Joana Barbosa

Clara Cardoso

Coordenação

Joana Barbosa

Research e Análise

Mercês Palha

Sara Vaz

Estudos de Mercado

Quantitativo - Netsonda

Design Gráfico

C-Studio

Impressão

Guide Artes Gráficas

Data de publicação

Fevereiro, 2026

Study Advisory Board

Professora Conceição Calhau

Coordenadora da Licenciatura Ciências da Nutrição,

NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa

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

Médias – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.,

Sede: Praça Príncipe Perfeito, 2, 1990-278 Lisboa.

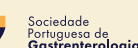
Matrícula / Pessoa Coletiva 503 496 944. CRC Lisboa.

Capital Social: 12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, www.asf.com.pt

Parceiros Estratégicos do Projeto



Parceiros deste Estudo



Aviso legal:

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

