

Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica (*)

CIDÁLIA RABASQUINHO (**)

HENRIQUE PEREIRA (***)

INTRODUÇÃO

A pesquisa tradicional em psicologia e saúde mental, revela-nos a existência de alguma polémica na explicitação das diferenças no funcionamento mental comparativamente entre géneros. Numa tentativa de explicar o fenómeno, os estudos apontam vários indicadores psicossociais, no sentido de corroborarem a ideia do género como uma construção psicossocial que influenciará inevitavelmente a expressão da saúde mental.

Assim, parece que mulheres são mais socializadas no sentido de internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Por seu turno, os homens são encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais,

uso de substâncias e suicídio, sendo esta uma das teorizações de Canetto (1997, 1991).

Outros autores explicam as diferenças de género nas perturbações mentais, por características personalísticas como factores predisponentes, entre elas a introversão e o neuroticismo na mulher, a impulsividade, desinibição e procura de sensações no homem (Cloninger *et al.*, 1988; Sher, 1994; Zucker *et al.*, 1995; Zuckerman, 1994). Em ambos os casos, os factores subjacentes expressam-se em desordens distintas conforme o seu género.

Porter (2000) correlacionou o género com as estratégias de *coping*, tendo evidenciado a existência de algumas diferenças na forma como os sujeitos enfrentavam os factores stressantes, sendo que as mulheres buscavam maior procura de suporte social e catarse, ao passo que os homens enfrentavam mais os problemas no sentido de os resolver. Concluem os autores que estas diferenças podem ser previsíveis pela socialização, podendo ser mediadas mais por papéis de género estereotipados, do que por diferenças comportamentais perante os factores stressantes apresentados pelos géneros.

Por outro lado, parece que a sociedade apresenta uma maior tolerância para mulheres depressivas e homens alcoólicos do que o inverso (Weissman & Klerman, 1979). A utilização de substâncias e os comportamentos anti-sociais são formas social-

(*) Trabalho realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco.

(**) Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. E-mail: cidalia.r@netvisao.pt

(***) Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. E-mail: hpereira@ubi.pt

mente mais aceitáveis para os homens expressarem as suas dificuldades, evitando a expressão pela doença, pois que esta é interpretada por este género como um sinal de fraqueza.

As menores oportunidades de emprego, as maiores responsabilidades sobre a educação dos filhos e gestão do lar, o menor poder no casamento, são factores apontados por outros autores para um maior impacto da mulher no desempenho dos seus papéis sociais (Barnett & Baruch, 1985; Helson & Elliott, 1990), sugerindo estes últimos que o desempenho de múltiplos papéis sociais pode ser uma forma de lutar contra a infelicidade, estando associados a menores níveis de stress. Por seu lado Gover (1972) defende que altas taxas de doença mental estão associadas a poucas oportunidades da mulher de desempenho desses papéis sociais. A confirmar estas teorias estão os trabalhos dos autores Marks (1977) e Seiber (1974) (in Sachs-Ericsson, 2000), defendendo que o desempenho de muitos papéis pode apresentar um impacto positivo, transmitindo mesmo um sentido de identidade.

Outros estudos vem juntar-se aos desafios propostos por Marks e Seiber, no sentido de alterar a noção de que as mulheres apresentam taxas mais elevadas do que os homens em doença mental, assim como contradizer a ideia de que as mulheres apresentam maiores dificuldades em desempenhar diversos papéis de género comparativamente aos homens, justificando a diferença dos seus resultados, perante os de uma grande maioria de autores pelo facto de, a maioria desses estudos usarem escalas de selecção, que incluem itens relacionados com depressão, ansiedade, sintomas somáticos, ou *distress*, sintomas específicos que apresentam altas incidências nas mulheres (Cleary, 1987; Robins, 1991; Weissman, 1988), e estão correlacionados com um maior pedido de ajuda das mulheres do que dos homens. Não é tão comum a maioria dos estudos incluir itens relacionados com desordens de personalidade ou abuso de substâncias que são mais comuns em homens (Robins *et al.*, 1991).

A investigação desenvolvida por Sachs-Ericsson *et al.* (2000), correlacionou género, papéis sociais e desordens psiquiátricas numa amostra de 4.745 sujeitos. Os resultados foram ao encontro dos de outros estudos clínicos, já que concluíram não haver diferenças significativas de género nas perturbações psiquiátricas nas populações investigadas, mas sim diferenças nas taxas de “perturbações específicas”. Assim, as medidas de prevalência para

as desordens psiquiátricas apresentaram taxas de 15,3% para os homens e 17,3% para as mulheres. Contudo, foram encontradas diferenças entre género nas taxas de algumas patologias, como depressão, distímia, ansiedade generalizada, pânico e fobia, mais elevadas para as mulheres, e álcool, abuso de drogas ilícitas e desordem anti-social para os homens. Cada uma das desordens foi agrupada com os diversos papéis sociais (casamento/emprego, emprego/parentalidade parentalidade/casamento, etc.), para os homens e mulheres separadamente. Os resultados obtidos foram assim inconsistentes com algumas das teorias existentes, não revelando interações significativas entre cada papel social e género. Quanto às taxas resultantes da interacção das desordens com estado civil, apresentaram para os solteiros taxas mais altas de desordens psiquiátricas em homens (24,3%) e mulheres (22,2%), o estudo obteve uma correlação negativa entre género e acumulação de papéis, já que mulheres casadas e empregadas, desempenhando diversos papéis sociais não apresentaram taxas mais altas de desordens psiquiátricas. O que este estudo sugere, é que a relação entre papéis sociais, género e desordens mentais, não é simples, sendo esta relação mediada por variados factores.

Desde um ponto de vista histórico, o interesse epidemiológico na observação de medidas relativas à doença mental não é novo. Em 1947 uma investigação conduzida por Essen-Moller, e mais tarde continuada por Hagnell (1966), estimou o risco de desenvolver doença mental durante a vida em 43% para homens e 73% para as mulheres. Já o *UKK Finnish Institute Study* realizou um estudo em população comunitária (1000 pessoas entre 15 e 64 anos, revelando taxas de incidência em doença mental de 17 por 1.000 em mulheres, e 14 por 1.000 em homens (Lehtinen, 1996).

O primeiro estudo epidemiológico realizado na Ucrânia através do programa do *World Health Organization* (WHO) e *World Mental Health-Ucrania* (WMH) representando um período de 12 meses, com prevalência de um mês de desordens psiquiátricas e álcool, numa população de 4.725 sujeitos, não tendo sido encontradas diferenças de género nas taxas de prevalência, revelou sim diferenças de género entre as diferentes perturbações. Nos homens o diagnóstico mais comum foi o álcool (26,5%) e as desordens de humor (9,7%). Nas mulheres sobressaíram as desordens de humor (20,8%) e desordens de ansiedade 7,9% (Bromet, 1999).

O estudo de Hall (1999), foi procurar taxas de prevalência do abuso de substâncias na população Australiana, tendo os dados revelado para os últimos 12 meses que 6,5% da amostra apresentava abuso de álcool, com os homens a apresentarem taxas de 9,5% e as mulheres de 3,6%, verificando-se igualmente diferenças para os dois géneros na prevalência de outras drogas (3,2% para o masculino e 1,3% para o feminino). Os autores destacaram a importância da idade, revelando o estudo que o uso diminui com o aumento da idade.

Cleary (1987) refere a metodologia usada pela *Epidemiological Catchment Area (ECA) Studies* como o melhor instrumento para estudos de prevalência em desordens psiquiátricas (Reigier *et al.*, 1984). Este tipo de estudos revelaram que as taxas de prevalências das desordens psiquiátricas em tempo de vida eram mais elevadas para as mulheres do que para os homens, não encontrando no entanto diferenças de género, sendo as taxas de depressão e ansiedade as que apresentavam valores mais altos para as mulheres, e os homens apresentando comportamentos anti-sociais e abuso de substâncias mais elevados.

Os resultados de um estudo epidemiológico na população de 308.237 habitantes de Oslo, apuraram que todos os tipos de desordens mentais apresentaram maior prevalência nas mulheres que nos homens excepto abuso de álcool e drogas ilícitas (Kringlen, 2001).

Mais recentemente, registamos um estudo longitudinal realizado na Bélgica, entre 1992 e 1999 (Wauterickx, 2005) numa amostra de 3.546 sujeitos (1612 homens e 1933 mulheres), na expectativa de corroborar os resultados de outros estudos (Bebbington, 1996; Roberts, 1991, cit. in Wauterickx, 2005) que apresentam diferenças de género na depressão, referindo-a como um desordem bem estabelecida na mulher, concluíram da sua pesquisa, que a diferença de género embora existindo não foi significativa, sendo justificada por factores de ordem cultural, mediados por factores de ordem personalísticos, já que perante os mesmos stressores, algumas mulheres deprimiram enquanto outras as enfrentaram, independentemente das diferenças socio-demográficas encontradas no estudo. Os resultados, antes, testemunham e realçam um aumento tendencial da depressão na Bélgica nesses oito anos.

No que respeita a diferenças de género, Weijers (2003) nos resultados da sua pesquisa, contraria igualmente a influência do género nas perturba-

ções mentais. Os autores concluíram que, a existirem diferenças em alguns estudos, elas resultam da mistura de variáveis, entre as quais por exemplo, educação e estatuto socio-económico. No que se refere à dependência alcoólica, os resultados obtidos por Weijers (2003), referem existir diferenças de género mas em patologias específicas, neste caso o alcoolismo. O referido autor procurou a existência de diferenças de personalidade entre homens e mulheres dependentes do álcool, assim como relação entre álcool e género. Embora os resultados encontrados não tenham sido significativos, revelam algumas diferenças nas estruturas de personalidade entre género, tais como taxas mais elevadas em neuroticismo e comportamentos evitantes para as mulheres, enquanto os homens apresentam resultados mais elevados em comportamentos de risco e procura de sensações.

Indo ao encontro de alguns dados de outros estudos que apontam as características personalísticas como factores predisponentes ou consequências do alcoolismo por alguns autores (Cloninger *et al.*, 1988; Sher & Trull, 1994; Zucker *et al.*, 1995; Zuckerman, 1994). Muitos são os estudos epidemiológicos que procuram diferenças de género na dependência alcoólica. O *Lubeck Tacos Study* (Meyer *et al.*, 2000), é um estudo que incidiu sobre uma amostra de 4075 indivíduos, com idades entre 18-64 anos (M-CIDI, DSM-IV), e revelou índices cerca de cinco vezes mais altos para os homens em relação às mulheres, com taxas de 14% para os homens dependentes do álcool, e 2,5% para as mulheres. Outro dos estudos a apresentar resultados cerca de cinco vezes mais elevadas para os homens foi o do *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS) realizado na Holanda, numa amostra de 7076 indivíduos, com idades entre 18-64 anos, (CIDI, DSM-III-R) apresentou taxas de prevalência do alcoolismo de 5,8% para o género feminino e 28,3% para o masculino (Bijl *et al.*, 1998).

Os resultados dum estudo incidindo sobre taxas de prevalência em tempo de vida, indicou que cerca de 20% dos homens e 8% das mulheres dos Estados Unidos cumpriam critérios de dependência alcoólica (Davison & Neale, 1998, cit. in Sarafino, 2002).

O *Mini-Filand Health Survey* (1978-1980) numa amostra aleatória de 8.000 pessoas acima dos trinta anos procurou a relação entre doença mental e doença somática. As taxas encontradas revelaram

diferenças no género, apresentando-se 17,4% mais altas nas mulheres (Lehtinen, 1990). Reich e Gottfried (1983) encontraram igualmente nas suas pesquisas sobre os mesmos parâmetros, valores muito mais elevados para as mulheres que para os homens.

As pesquisas epidemiológicas de alguns autores em desordens dissociativas (DD) relatam predominância para os casos femininos. Ross (1996) e Coons (1998) sugerem 9 para 1 com predominância do género feminino. Partindo também deste pressuposto, Spitzer (2003) investigou a relação entre género e DD, concluindo que os sujeitos da amostra apresentavam diferentes grupos de diagnóstico, completados com experiências dissociativas, não tendo contudo os resultados deste estudo revelado diferenças de género. É assumido por alguns estudos (Kluft, 1996; Ellason, 1999) a existência de alguma superioridade nas taxas de frequência das desordens dissociativas em homens e em outras populações específicas, como crianças e adolescentes, perpetradores de ofensas criminais e pacientes forenses. Os autores pressupõem que em estudos com resultados contraditórios aos seus, haverá possivelmente um enviesamento, resultante duma selecção onde foram incluídas populações específicas, tais como por exemplo pessoas não diferenciadas, voluntários não clínicos ou pacientes psiquiátricos internados. Consideram estes autores que a futura pesquisa epidemiológica indicará que a prevalência de DD não será em função do género, mas antes uma questão de contexto social, podendo existir variadas explicações. Outros autores (Irwin, 1994; Draijer, 1999), apontam o abuso sexual na infância, como uma entre muitas outras possíveis explicações na etiologia da dissociação, pelo facto de ser mais frequente em raparigas que em rapazes.

Em Portugal os resultados encontrados em *settings* psiquiátricos não abundam. O estudo epidemiológico de Carmona (1996) foi aplicado dentro do quadro de “ligação” permitindo avaliar a prevalência de perturbação mental não diagnosticada, em clínica geral. Os resultados revelaram uma prevalência de doença mental sem diagnóstico de 39,8% da amostra, sendo este mais frequente no sexo feminino (59,4%), embora não estatisticamente significativo. Revelou igualmente que as perturbações mentais foram mais frequentes nos solitários (54,2%) enquanto para os casados o valor foi de 34,8%.

Os resultados obtidos nos censos em saúde de 2001 (Direcção Geral Saúde, 2004), referiram

9414 consultas em Saúde Mental (SM). Os resultados obtidos por grupos de patologias revelaram taxas de 21,5% para Depressão (17,6% Homens (H), 82,4% Mulheres (M)); Neuroses 12,4% (29% H, 71% M); Perturbações de Adaptação 10,4% (28,2% H, 71,8% M); Esquizofrenia 12,4% (67,1% H, 32,9% M); Alterações associadas a consumo de Álcool 8,2% (81% H, 19% M); Perturbações de Personalidade 3,1% (40,5% H, 59,5% M); Atraso Mental 4,2% (54,3 H, 45,7% M); indo estes resultados ao encontro dos de muitos outros autores, oscilando apenas as percentagens obtidas em cada grupo.

Parece claro que existe muita heterogeneidade nos resultados da pesquisa, não só devido às diferenças sócio-culturais que parecem mediar este processo, como características diferentes na população que possam não ter sido tidas em conta, e ser passíveis de enviesar os resultados. Igualmente a não utilização de instrumentos estandardizados, assim como a utilização de escalas com itens mais direccionados para as perturbações reveladas mais pelo género feminino ou pelo masculino, contribuindo desta forma para o enviesamento dos resultados.

Assim, de modo a preencher-se esta lacuna e contribuir para um melhor conhecimento da saúde mental em *settings* psiquiátricos, delineou-se o presente trabalho, que teve como objectivo principal averiguar diferenças entre os sujeitos que procuram os serviços das consultas externas da especialidade de Psicologia do *Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital Distrital Amato Lusitano de Castelo Branco (HAL)* no que diz respeito à sua psicopatologia, tipo de intervenção solicitado, psico-fármacos prescritos, funcionalidade familiar, familiares com doença mental, tentativas de suicídio, assim como variáveis demográficas que os caracterizam, entre elas a variável **género**, permitindo averiguar as diferenças verificadas entre homens e mulheres nas variadas psicopatologias.

METODOLOGIA

População e Amostra

A população do universo de estudo é constituída por 2447 sujeitos, representando este número o total de utentes atendidos no serviço de psicologia do

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano (em Castelo Branco) desde Maio de 1984, data em que se iniciou esta valência até Maio de 2005, sendo o usufruto dos serviços de psicologia o critério de inclusão no estudo, podendo contudo o utente ter igualmente usufruído dos serviços de psiquiatria ou de intervenção social deste mesmo departamento. Após selecção aleatória, a amostra representativa deste universo populacional, resultou num total de 483 utentes.

Verificou-se que 59,6% dos utentes são mulheres ao passo que 40,4% são homens. No global, 65,5% vivem em zona urbana e 34,5% vivem em zona rural. A maior parte dos indivíduos tem baixa escolaridade (28,8% dos indivíduos apresentou qualificação ao nível do 1.º ciclo, seguido do 3.º ciclo em 13,3%, ensino secundário 10,8%, ensino superior 8,9%; a taxa de analfabetismo foi de 1,4%, sendo as necessidades de ensino especial de 0,8%). Relativamente ao estado civil, verificou-se que 63% dos utentes são maritalmente desvinculados (55,5% das pessoas solteiras, 5,4% divorciadas e 2,1% viúvas) e 31% são casadas (6% dos utentes sem informação). Finalmente, em relação à idade, verificou-se que o grupo etário com maior número de utentes foi o grupo dos 16 aos 35 (38,4%), o grupo dos 4 aos 16 anos (infância e adolescência) 24%, dos 35 aos 55 anos (28,2%) e apenas 9,3% da amostra apresenta idades superiores a 55 anos.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudos são os *processos* dos utentes. Deste arquivo de dados do DPSM do HAL fazem parte todos os doentes que já passaram por este serviço desde o seu início. O número do processo foi atribuído por ordem sequencial em relação à data da primeira consulta.

Deste processo pode fazer parte apenas a ficha de consulta de psicologia (critério de inclusão no estudo, como anteriormente referido), a ficha de consulta de psiquiatria e de Intervenção social, sempre que a problemática apresentada pelo utente tenha requerido esses mesmos serviços.

Como suporte na codificação dos dados recolhidos do processo, foram usados instrumentos de apoio como o simpósio farmacológico, para a classificação dos psicofármacos em grupos psicofarmacológicos específicos, e o DSM-IV para des-

codificação dos diagnósticos apresentados pelo psiquiatra.

Procedimentos

Os objectivos deste estudo foram apresentados à Directora do Serviço de Psicologia deste Departamento do HAL, que posteriormente os fez chegar ao conhecimento da Directora do DPSM deste mesmo hospital, que deferiu o pedido concedendo a respectiva autorização para o levantamento dos pedidos de apoio psicológico no ambulatório de Saúde Mental do HAL, e respectiva recolha de dados.

A sintomatologia constante das fichas de processo, através da qual é realizado o diagnóstico, foi submetida a codificação humana. A informação resultava de dados de entrevista e observações feitas pelo clínico (psicólogo/psiquiatra) durante as consultas, assim como de dados enviados por outras especialidades ou serviços hospitalares específicos, ou de outras instituições de saúde mental onde o doente tenha sido assistido em consulta. Do processo podiam, igualmente, fazer parte resultados de avaliação psicológica que possam ter servido de apoio ao diagnóstico, ou qualquer outro exame orgânico com interesse, assim como quaisquer outras informações importantes. Os dados demográficos foram igualmente compilados do mesmo procedimento.

Recolha de Dados

Numa base de dados já criada no SPSS, pertença da Directora deste serviço de psicologia que gentilmente cedeu o seu uso, encontravam-se introduzidos os números de processo dos 2447 utentes dos serviços de psicologia. Numa primeira fase, foi calculado o número de utentes necessários para obtermos uma amostra aleatória simples, representativa da população do universo de estudo. Esta foi obtida através dum programa gerador de números aleatórios, calculada usando um intervalo de confiança de 4, para um grau de confiança de 95%, para uma pior possibilidade de 50% entre as respostas, resultando em 483 utentes.

Este levantamento foi realizado no período compreendido entre 23 de Novembro de 2005 e 14 de Junho de 2006, durante o qual foram examinadas as 483 fichas de caracterização do utente, submetidos os dados a posterior tratamento epidemiológico, terminado em Setembro do mesmo ano.

O anonimato de todos os utentes foi contemplado neste estudo, visto que foram manuseados no registo de dados apenas números de processo.

RESULTADOS

Os resultados que aqui se apresentam foram agrupados em função de patologias específicas de modo a facilitar a compreensão dos mesmos.

Perturbações de Humor

Em cerca de 20, principal 5% da população da amostra verificou-se uma Perturbação de Humor como diagnóstico, e 4,9% em secundário, sendo esta uma das perturbações a apresentar taxas mais elevadas neste estudo. Neste grupo de perturbações foram consideradas depressões major (6,1%), Bipolares (3,5%), distímia (5,8%), perturbações depressivas SOE (3,7%) perturbações de humor secundárias a outra doença 0,4%, e perturbações de humor SOE (1%). Destas, verificou-se que as

mulheres têm mais perturbações de humor (72,9%) do que os homens (27,1%).

Os transtornos afectivos bipolares revelaram-se neste estudo ligeiramente diferentes entre géneros, tendo as mulheres apresentado estes transtornos em 52,9% contra 47,1% dos homens.

Cruzando género com estado civil, são as mulheres casadas quem apresenta mais perturbações de humor, e quando comparadas com as solteiras as percentagens dobram (Quadro 1).

Cruzando as variáveis género e proveniência geográfica, os resultados destacam também para o género feminino as taxas mais elevadas, tanto para os utentes da zona rural como urbana. Estes dados podem melhor ser observados no Quadro 2.

Perturbações de Ansiedade

Este tipo de perturbação foi encontrada em 11,2% da amostra como diagnóstico principal (N=55) e 17,7% secundária a outra perturbação (N=86), apresentando uma elevada taxa de comorbilidade com a depressão (36,5%), podendo estas taxas serem

QUADRO 1
Resultados das perturbações de humor por género e estado civil (N= 99)

		Estado civil				Total
		Solteiros	Casados	Divorciados	Viúvos	
Género	Feminino	22,0%	44,0%	4,4%	3,3%	73,6%
	Masculino	13,2%	12,1%	1,1%	0%	26,4%
Total		35,2%	56,0%	5,5%	3,3%	100,0%

QUADRO 2
Resultados por género e local de proveniência em utentes com Perturbações de Humor (N= 99)

		Local proveniência		Total
		Urbano	Rural	
Género	Feminino	49,0%	24,0%	72,9%
	Masculino	18,8%	8,3%	27,1%
Total		67,7%	32,3%	100,0%

QUADRO 3

Resultados por género e estado civil encontrados nos utentes da amostra com ansiedade (N= 55)

		Estado civil			Total
		Solteiros	Casados	Divorciados	
Género	Feminino	37,3%	23,5%	2,0%	62,7%
	Masculino	27,5%	5,9%	3,9%	37,3%
Total		64,7%	29,4%	5,9%	100,0%

reveladoras de que a coexistirem, a depressão é diagnosticada em diagnóstico principal. Neste grupo de perturbações foram consideradas: Ansiedade Generalizada, Perturbações de Ansiedade secundária a outra doença física ou mental, Fobia Social, Perturbações de Pânico com e sem Agorafobia, Perturbação Obsessivo-compulsiva e Perturbações de Ansiedade SOE. O género feminino apresentou uma taxa de 64% e o masculino 36% (em diagnóstico principal).

Cruzando género e estado civil, são as mulheres solteiras e os homens divorciados que se destacam na amostra, apresentando mais ansiedade (ver Quadro 3).

Perturbações de Adaptação (PA)

Neste grupo de perturbações foram englobadas Perturbações de Adaptação com Humor Depressivo, PA com Ansiedade, PA Mista com Humor Depressivo e Ansiedade, e PA Mista de Emoções e Comportamentos, consideradas pelos DSM-IV como situações stressantes de vida para as quais os indivíduos não apresentam estratégias, sendo por isso causadoras de disfuncionalidade.

Na prática geral do departamento de saúde mental onde se realizou o presente estudo, as Perturbações de Adaptação foram diagnosticadas em 22,8% em diagnóstico (N=110), e 3,8% em diagnóstico secundário, sendo a segunda perturbação a apresentar a taxa mais elevada.

Quanto ao género, as mulheres surgem em 77,3% dos casos e os homens em 22,7%.

Problemas de vida relacionais e ambientais

Neste grupo de perturbações foram considerados problemas, resultantes de situações de vida causa-

doras de stress, com origem em problemas profissionais, académicos, problemas conjugais, da relação pais/filhos e problemas relacionados com acontecimentos stressantes em fases da vida específicas, tais como divórcio e luto, entre outros.

Foram diagnosticados em diagnóstico principal em 3,2% da amostra (N=15), apresentando contudo esta problemática uma percentagem mais alta quando diagnosticada secundária a outra perturbação, ocorrendo nestes casos em 17,7% da população da amostra (N=86).

São as mulheres a apresentar mais problemas de vida a causarem mau estar psicológico (taxas calculadas em diagnóstico secundário) com uma percentagem de 73,5%, enquanto para os homens apenas 26,5%.

Cruzando problemas relacionais com estado civil os resultados demonstram uma taxa mais elevada para os solitários com taxas de 33,3% (solteiros 46%, divorciados 9,2% e viúvos 4,6%) com os casados a apresentarem taxas de 33,3% (cerca de 6% da amostra sem informação); cruzando ainda género e estado civil, as mulheres e os homens solteiros apresentam taxas mais elevadas para problemas de vida, sendo a diferença entre solitários e casados no género masculino muito maior do que entre solitárias e casadas no género feminino, como apresentado no Quadro 4.

Álcool

Em 9,3% dos indivíduos amostrados verificou-se alcoolismo em diagnóstico principal, e 3,9% em secundário.

O grupo etário entre os 35 e os 55 anos foi o grupo a apresentar uma percentagem mais elevada de alcoolismo 53,3%, seguida do grupo entre os

QUADRO 4
*Resultados para Problemas de Vida Relacionais e Ambientais (obtido em diagnóstico secundário)
 para género e estado civil*

<i>Género</i>	Estado civil				Total
	Solteiros	Casados	Divorciados	Viúvos	
	33,3%	29,6%	4,9%	4,9%	72,8%
	16,0%	6,2%	4,9%	,0%	27,2%
	49,4%	35,8%	9,9%	4,9%	100,0%

16 e os 35 anos que apresentou uma taxa de 26,7%, e em idades acima dos 55 anos 20% da amostra. Revela-se hoje uma maior preocupação com a saúde, e em idades acima dos 35 anos essa preocupação manifesta-se mais, o que leva a uma maior procura de ajuda.

Taxas de Incidência calculadas por períodos de cinco anos para problemas de Álcool desde o início dos serviços de psicologia, revelaram-se mais elevadas para o período decorrido entre 2000 e 2005, com 55,6% dos casos verificados nesta amostra a serem diagnosticados nesse período.

O estudo revelou que o álcool é mais frequente nos Homens (86,7%) que nas Mulheres (13,3%) (Figura 5), sendo significativa a diferença nas taxas encontradas para os homens casados (55,6%) e solitários 31,1% (solteiros 20%, viúvos 4,4% e divorciados 6,7%).

Esquizofrenia

Na amostra deste estudo verificou-se que 2,5% dos utentes tiveram um diagnóstico principal de esquizofrenia, e 1% com diagnóstico secundário.

Quanto ao género, esta perturbação manifesta-se em iguais percentagens para ambos os sexos (ver Figura 5).

Perturbações de Personalidade

As Perturbações da Personalidade verificaram-se na amostra em 3,8% dos indivíduos como diagnóstico principal (N=18), e 2,8% como secundário (N=14). A perturbação mais frequente foi a Anti-social, seguida da Borderline e Dependente.

Foram mais frequentes nas mulheres (52,6%) que nos homens (47,4%).

Perturbações de Vinculação

Este tipo de perturbação apresentou uma taxa de 5% na população da amostra quando diagnosticadas em diagnóstico principal (N=24), e 1,6% em diagnóstico secundário (N=8). A totalidade dos casos verificou-se nos solteiros e no grupo etário até aos 16 anos.

Quanto à variável género, verificou-se que 57,1% dos indivíduos são do sexo feminino e 42,9% masculino.

Perturbações de Aprendizagem

Com perturbações de aprendizagem surgem diagnosticados 4,5% da população da amostra em diagnóstico principal, e 6,6% da amostra apresenta ainda perturbação de aprendizagem diagnosticada como secundária.

Esta Perturbação verificou-se em 52,4% dos casos no género feminino, e em 47,6% no masculino.

De alguma importância referir que em cerca de 24% do total das perturbações de aprendizagem existem pais com doença alcoólica. 85,7% da amostra reside em zona urbana e 9,5% em zona rural.

Deficiência Mental

Neste grupo foram englobados os atrasos mentais leves moderados e graves. Os atrasos mentais foram diagnosticados como perturbação principal em 4,8% da amostra (N=23). E apenas em 1% dos casos como secundário a outra perturbação.

Apresenta-se de importância referir que a percentagem de utentes da amostra com atraso mental apresentava em 26% dos casos familiares directos

com alcoolismo (pais), e igualmente em 26% dos casos foi referida família disfuncional.

Mais doentes do sexo masculino a apresentar deficiência mental (56,5%) do que feminino (43,5%).

Suicídio

Os dados recolhidos revelaram que 15,7% dos utentes já tentaram ou pensaram em suicídio (N=76). Destes, 8,9% fizeram tentativa, alguns mais que uma vez, e 5,6% apresentaram ideação, em 1,2% dos casos houve tentativa e ideação.

Quanto ao género, verificou-se serem as mulheres que mais tentaram o suicídio com uma taxa de 43,4% (contra 19,7% dos homens) e os homens os que mais pensaram com uma taxa de ideação de 19,8% (contra 17,1% das mulheres).

Psicofármacos

Os dados recolhidos revelaram elevadas taxas de consumo de psicofármacos. De facto, 40,2% da amostra é medicada com antidepressivos (prescrição de uma unidade em 30,8% da amostra, 8,7% para duas unidades prescritas, e 0,6% para três unidades); 41,6% da amostra é medicada com ansiolíticos (30,8% para a prescrição de uma unidade, 10,1% duas unidades e 0,6% para três unidades); 12,4% com neurolépticos, 11,2% com estabiliza-

dores de humor, 9,3% psicoestimulantes, 5% hipnóticos, 4,6% Dependência, e 4,6% da população medicada com psicofármacos diversos.

Os resultados obtidos por género para os antidepressivos e os ansiolíticos, revelaram percentagens de consumo mais elevadas nas mulheres (68,6% e 64,7%) enquanto os neurolépticos apresentam uma taxa de 50% para ambos os sexos.

Os hipnóticos são consumidos em maior quantidade pelos homens (87,5%); estes resultados contrariam os valores obtidos em Portugal pela estatística INSA (2001) que referem um consumo nas mulheres três vezes superior aos homens

No geral, podemos dizer que há diferenças comparativamente entre género na expressão da saúde mental no contexto abordado. Contudo, as diferenças encontradas revelaram-se em diferentes perturbações e não em género, percepcionando-se que os dois géneros expressam as suas vulnerabilidades e o seu mau estar psicológico de forma diferente. As mulheres apresentam taxas muito mais elevadas em Perturbações como as de Humor (72%), Ansiedade (64%), Adaptação (77%), Somatoformes (89%), Problemas de vida (73,5%). Os Homens destacam-se em perturbações como o álcool (86,7%) e comportamentos anti-sociais (67%). A Esquizofrenia foi a única perturbação a apresentar a mesma taxa para ambos os géneros.

QUADRO 5

Distribuição por género das Perturbações mentais que apresentaram taxas de prevalência mais significativas

Perturbação	% encontrada na amostra total	Género Feminino	Género Masculino
Humor	20,5%	72%	38%
Ansiedade	11,2%	64%	36%
Adaptação	22,8%	77,3%	22,7%
Problemas de Vida	17,7%*	73,5%	26,5%
Álcool	9,3%	13,3%	86,7%
Outras substâncias	2,3%	45%	55%
Esquizofrenia	2,5%	50%	50%
Personalidade	3,8%	53%	47%
Somatoformes	0,4%	89%	11%
Aprendizagem	4,3%	52,4%	47,6%
Vinculação	5%	57%	43%
Deficiência Mental	4,8%	56,5%	44,5%
Comportamentos anti-sociais	1,9%	33%	67%

* Caracterização desta perturbação por diagnóstico secundário.

O Quadro 5 apresenta em resumo os resultados obtidos em género para as diversas perturbações.

DISCUSSÃO

Um dos primeiros resultados que importa discutir diz respeito ao facto da amostra se ter revelado predominantemente feminina (59,6%), o que indica serem as mulheres quem mais procura ajuda psicológica. Esta diferença pode ser explicada por variados factores, entre eles a maior facilidade que a mulher apresenta em assumir o papel de doente, papel muitas vezes socializado, visto que a mulher foi culturalmente olhada como o género mais fraco, logo a expressão dessa fragilidade pela doença é culturalmente bem aceite para o género feminino, como demonstrado por muitos autores (Canetto 1997, 1991; Cloninger *et al.*, 1988; Sher & Trull, 1994; Zucker *et al.*, 1995; Zuckerman, 1994).

Foram achadas diferenças de género claras, com percentagens consideravelmente mais altas para as mulheres, para todas as categorias diagnosticadas, à excepção do álcool e abuso drogas/dependência, comportamentos anti-sociais, e esquizofrenia. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por outros estudos, podendo variar apenas nos valores percentuais dentro de cada género; é exemplo o estudo de Canetto (1997, 1991) que, correlacionando género e desordens psiquiátricas, encontrou diferenças mais elevadas para as mulheres nas taxas de patologias, como depressão, ansiedade generalizada, pânico e fobia, e para os homens em perturbações como álcool, abuso de drogas ilícitas e desordem anti-social. Indo igualmente ao encontro dos resultados obtidos pelos censos psiquiátricos nacionais de 2001, realçando-se o género feminino na depressão, perturbações de adaptação, neuroses e perturbações de personalidade.

Relativamente ao estado civil, verificou-se que 59% das pessoas são solteiras, 33% casadas, 5,7% divorciadas e 2,2% viúvas. Esta variável, parece ter tido influência nas taxas apresentadas por alguns dos grupos de perturbações, como veremos mais adiante. Também a idade revelou algumas influências, pois verificou-se que o grupo etário com maior número de utentes foi o grupo dos 16 aos 35 (38,33%). A proveniência geográfica revelou uma taxa significativa de utentes a viver em zona rural, cerca de 35%. O nível de escolaridade verificado na amostra foi significativamente baixo, tendo 37% dos indi-

víduos apresentando uma qualificação académica ao nível dos 1.º e 2.º ciclos, sendo a taxa de analfabetismo de 1,4%, e as necessidades de ensino especial de 0,8%, apresentando o ensino superior apenas uma taxa de cerca de 9%. Todos estes factores poderão estar a mediar uma possível explicação nas diferenças culturais e consequentemente nas diferenças de personalidade nos dois géneros nesta amostra, visto que podem ter existido muitas limitações a uma mudança cultural.

Os resultados obtidos para as Perturbações de Humor, onde as taxas para o género feminino se realçam com valores muito elevados (72,9%) em relação aos obtidos para o género masculino, vão ao encontro de alguns estudos (Kessler *et al.*, 1996; Bromet, 1999), assim como dos resultados revelados pelos censos 2001. Uma das variáveis que pode explicar esta diferença pode ser a instabilidade familiar, visto que 82% dos utentes que apresentaram esta perturbação apresentaram igualmente instabilidade familiar. Sabendo que o mau estar psicológico é muitas vezes uma expressão reactiva ao ambiente em que o sujeito está inserido, as relações familiares perturbadas levam a respostas de desapontamento, de angústia, insegurança, e défices afectivos, advindo das adversidades que envolvem o indivíduo, sendo uma causa de desequilíbrio psicológico. Tendo sido já anteriormente referida a tendência para internalizar stress revelada pelo género feminino perante este tipo de situações, podendo resultar em depressão (Horwitz, 1994), estas diferenças mais elevadas para as mulheres, podem estar a ser mediadas por esses factores. Cruzando género e estado civil, a amostra revela uma taxa de 44% para as mulheres casadas contra 12% para os homens casados, e quando comparadas as mulheres casadas e solteiras, as taxas encontradas dobram para estas últimas. Alguns autores entre os quais Gove e Tudor (1973), e Radloff (1975), após resultados das suas pesquisas, associaram igualmente casamento com problemas de saúde mental em mulheres. Outros referem correlação entre o estado de solteiro e baixas taxas de doença mental em mulheres (Romans-Clarkson, 1988; Tauss, 1967). Williams (2003) defende pela sua pesquisa que os efeitos do estado de casado na saúde mental, não deveria servir de variável comparativa para o bem-estar psicológico entre géneros, sem se considerar a qualidade da relação marital. Sendo o estado civil um constructo multi-dimensional com aspectos positivos e negativos

para os dois géneros, dependendo do contexto onde esta relação se experiênciava.

Os transtornos afectivos bipolares revelaram neste estudo uma ligeira diferença de género, com as mulheres a apresentarem 52,9% contra 47,1% dos homens. Como estes transtornos apresentam na sua etiologia causas essencialmente orgânicas, visto que existe uma forte predisponente biológica de origem genética na sua génese, a relevância dos factores biológicos face a outros factores, poderão ser uma das possíveis explicações para a proximidade de resultados encontradas nesta amostra para os dois géneros.

As Desordens de Ansiedade manifestaram-se em diagnóstico principal em 11,2% da população da amostra (N=55) e 17,7% secundárias a outra perturbação (N=86). O valor mais elevado encontrado em diagnóstico secundário, revela que na maior parte dos casos não é a ansiedade que leva o utente à consulta. Esta perturbação realçou-se no género feminino, com uma percentagem de 64% e o masculino 36%. Quanto ao estado civil, são as mulheres solteiras que mais pontuam neste estudo, contudo os valores obtidos nos solitários para os dois géneros destacaram-se, pois que as taxas para os solteiros são maiores que para os casados em ambos os géneros, assim como para os homens divorciados, num total de 63% para os sujeitos sem vínculo marital, enquanto os casados obtiveram taxas mais baixas (29%). A falta de sentido de utilidade pelo não desempenho de alguns papéis sociais, pode justificar as taxas apresentadas pelas mulheres solteiras, divorciadas e viúvas, podendo de alguma forma justificar os níveis de ansiedade deste grupo. Factores como a falta de mecanismos compensatórios, relações interpessoais mais fragilizadas e falta de suporte social, associadas à socialização e aos factores personalísticos na mulher, podem estar a contribuir para estas diferenças.

O facto de se ter obtido uma taxa de ansiedade de 72% para os que vivem em zona urbana e 28% para a zona rural, faz-nos pensar que existe um maior número de factores stressantes de vida nas zonas urbanas, face às exigências diárias no desempenho de várias actividades, explicar os elevados níveis de ansiedade. A falta de apoios aos mais diversos níveis, principalmente humanos inversamente ao que ocorre em zonas rurais, podem igualmente justificar as diferenças verificadas.

As qualificações académicas superiores parecem ter influência nos níveis de ansiedade, visto que

pontuaram com taxas mais elevadas os sujeitos de nível académico mais alto. As exigências do sistema de ensino e as expectativas dos sujeitos face a esse mesmo sistema de ensino, podem ser um forte gerador de ansiedade. A ansiedade parece estar igualmente relacionada neste estudo com a idade, visto serem os sujeitos do grupo etário até aos 35 anos que apresentam as taxas mais altas (cerca do dobro).

Factores sociais dos nossos tempos, que adiam para anos mais tardios alguns marcos de vida, tais como casamento, paternidade, término da formação académica, primeiro emprego, entre outros, conduz a que a vida para estes jovens se organize numa idade muito mais avançada, podendo igualmente justificar níveis de ansiedade, devido a um mais alargado período de dependência dos pais. Os resultados obtidos para a ansiedade na amostra, vão ao encontro dos resultados obtidos por outros estudos de que são exemplo o *Netherlands Mental Health Survey Study* (Bijl, 1998), no qual as mulheres apresentaram taxas de ansiedade de mais do dobro em relação aos homens. Também o estudo de Kringler (2001) obteve resultados de prevalência em desordens como agorafobia, desordens de pânico e ansiedade generalizada três vezes mais elevadas para as mulheres que para os homens.

De facto, a depressão e a ansiedade pontuaram de forma emparelhada, numa percentagem de 36%, e, tal como aponta Zimmerman (2000), as desordens de ansiedade são muito frequentes em doentes deprimidos.

As Perturbações de Adaptação apresentaram as taxas mais elevadas na amostra, com uma taxa na procura de apoio de 23%, dividindo-se numa procura feminina de cerca de 80% e masculina de 20%. Estes resultados revelam um aumento na frequência da procura de apoio psicológico para este tipo de problemas, não sendo contudo preocupante por apresentarem um carácter transitório. O estudo epidemiológico de Kessler (1999), contraria estes resultados, já que indicou que uma grande maioria dos sujeitos na comunidade não procura tratamento para este tipo de situação. Contudo vão ao encontro dos obtidos pelos censos 2001, que revelaram 71,8% para o género feminino e 28,2% para o masculino. Estes resultados podem também ser mediados por factores personalísticos e culturais. Um dos papéis sociais da mulher é o cuidado prestado aos familiares doentes, assim como uma maior dependência parental. Contudo, hoje verifica-se

um maior afastamento da família de origem, como consequência das mudanças sociais desta época (via académica, profissional ou conjugal), igualmente maior poder nas decisões de vida, para as quais algumas não foram socialmente preparadas (divórcio, custódia dos filhos, novos desempenhos profissionais), podendo ser factores reveladores de falta de adaptação da mulher às novas situações de vida.

Os valores obtidos para a dependência alcoólica (9,3% da população), com taxas para os homens a apresentarem valores mais de seis vezes superiores ao das mulheres, são muito similares aos valores referidos por outros estudos, de que são exemplo *NEMESIS* (Bijl, 1998) e *Lubeck Tacos* (Meyer, 2000) apresentando taxas cerca de cinco vezes mais elevadas para o género masculino em relação ao feminino. Hall (1999), no seu estudo sobre prevalência do abuso de substâncias na população Australiana, encontrou taxas de 6,5% para abuso de álcool. Os valores revelados por este autor são bastante mais baixos do que os encontrados na amostra deste estudo, podendo estar na sua base o período temporal, assim como o facto dos dados obtidos neste setting psiquiátrico, incluir doentes enviados pelas urgências, onde o álcool apresenta elevadas taxas. Em Portugal, segundo alguns autores, cerca de 10% da população apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool (Mello *et al.*, 2001). Quanto ao género, referem igualmente para os homens as taxas mais elevadas para esta dependência. Os Censos não contrariam estes valores, antes confirmam igualmente os valores mais altos para os homens (81%), apresentando as alterações associadas a consumo alcoólico uma taxa nacional de 8,2%, valores muito próximos dos obtidos nesta pesquisa epidemiológica.

Cruzando género com escolaridade e também proveniência geográfica, as percentagens para o álcool reveladas pela amostra, situaram-se ao nível do 1.º ciclo, e realçaram-se na zona rural. Podendo estes valores estar a ser mediados por razões de ordem cultural, com maior tolerância para os excessos masculinos, e igualmente mediada por determinantes comportamentais provocados por adegas particulares. Igualmente para as zonas rurais, devido ao ainda tão tradicional papel de esposa, mãe e guardiã dos valores sociais, a mulher confrontada socialmente por dependência alcoólica, é muito mais perturbadora do que o homem em situação idêntica, facto que pode contribuir para a negação da conduta alcoólica no género feminino.

As perturbações somatoformes apresentaram para as mulheres percentagens cerca de onze vezes mais altas que para os homens, podendo estes resultados apresentar ligação a factores psicológicos negativos. A mulher apresenta muito mais vezes que o homem sintomas físicos, sem presença de perturbações orgânicas, podendo a doença psicossomática ser a expressão inconsciente das vantagens e regalias obtidas por “estar doente” uma forma culturalmente mais aceite para externalizar o seu *distress*. Indo estes resultados ao encontro de outros estudos com valores muito próximos, dos quais podemos citar o de Reich e Gottfried (1983). O *Mini-Filand Health Survey* (1978-1980) revelou taxas apresentando diferenças no género, com 17,4% mais altas nas mulheres (Lehtinen, 1990).

A OMS (2005) alerta para o facto de que o suicídio de pessoas mais jovens e de mulheres passar recentemente a constituir um crescente problema em muitos países. Os resultados deste estudo vêm confirmar essa preocupação, visto que revelaram taxas para a tentativa de suicídio de mais do dobro para as mulheres (43,4%) em relação aos homens (19,74%). Quanto aos jovens até aos 16 anos a taxa foi de cerca de 17% para tentativa e ideação, sendo mais alta para a idade entre os 16 e os 35 anos, sendo contudo igualmente preocupantes estes resultados no sentido em que este grupo etário apenas usufruiu destes serviços no período temporal específico, entre 1984 a 1994, após o que foram transferidos para os serviços de desenvolvimento desta instituição hospitalar. Contudo os resultados obtidos por este estudo contrariam os resultados revelados para Portugal, que destacam o género masculino com maior percentagem de tentativas. Contudo os valores encontrados na amostra deste estudo não são comparáveis aos apresentados para os dois géneros para Portugal, em virtude de incidirem sobre uma população afectada por perturbações mentais.

A esquizofrenia apresentou taxas de 2,5% em diagnóstico principal e 1,5% como diagnóstico secundário. Estas taxas vão ao encontro do estudo realizado pelo *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) (Regier *et al.*, 1984) que encontrou taxas de prevalência que rondam valores de 1,5% / 2,5%. Foi a única perturbação do nosso estudo a revelar percentagens iguais para os dois géneros, 50% para homens e mulheres. Estes resultados aproximam-se dos encontrados pelo estudo de Kessler *et al.* (1994) incidindo sobre distúrbios mentais graves, não

revelando em género grandes diferenças. Cruzando género e proveniência geográfica, os resultados apontam igualmente taxas de 50%, muitos autores assinalam uma maior prevalência da esquizofrenia em áreas mais rurais ou das áreas urbanas mais degradadas, por questões de segregação após estabelecimento da doença (Kawders, 1982; Regier, 1982). A igualdade de resultados entre a proveniência rural e urbana é contudo muito significativa para a nossa amostra, em virtude de neste estudo não serem contemplados os sujeitos que recebem assistência através das brigadas domiciliárias deste DPSM, que se deslocam às zonas rurais, facto que aumentaria enormemente as percentagens obtidas, tendo contemplado apenas os utentes que se deslocam a estes serviços. Para além disso, os resultados foram obtidos num *setting* de psicologia, e, cruzando dados por períodos temporais, os resultados revelam que os pedidos de apoio da psicologia para a esquizofrenia, foram verificados em datas recentes, pois que anteriormente não era percebida a utilidade da psicologia no acompanhamento desta perturbação mental.

As perturbações de personalidade também não revelaram diferenças significativas entre géneros, indo os valores ao encontro dos valores obtidos pelos censos nacionais. O estudo revelou baixas taxas de incidência para estas perturbações. Mas como o referem muitos estudos (entre eles pode citar-se o de Zimmerman, 2005), não são as perturbações de personalidade que trazem os pacientes às consultas, mas outras perturbações, sendo estas diagnosticadas secundariamente.

As Perturbações de Aprendizagem e a Deficiência Mental não apresentaram diferenças muito significativas para género. O álcool em familiares directos, falta de vinculação, e a instabilidade familiar parecem pontuar mais nas perturbações de aprendizagem, visto que a existirem se manifestam fortemente na aprendizagem, e mais ao nível do primeiro ciclo. A deficiência mental apresenta igualmente taxas elevadas para familiares directos com alcoolismo. Contudo, os valores obtidos por este estudo para os géneros aproximaram-se muitos das taxas obtidas pelos censos nacionais de 2001.

CONCLUSÃO

Este estudo incidiu sobre as perturbações mentais encontradas numa população que utiliza os serviços

de psicologia num departamento de saúde mental, o que constitui uma limitação nas possíveis comparações de resultados, com os obtidos por outros estudos. No entanto, como verificámos, e muito embora a limitada existência de estudos epidemiológicos nesta área, muitos são os resultados que vão ao encontro ou estão próximos dos obtidos por outros autores, mesmo quando realizados noutras realidades sócio-culturais.

No que se refere à variável género, os resultados obtidos foram igualmente ao encontro dos de outros autores, apesar de haver muitas contradições entre os mesmos. Algumas propostas explicam diferentes prevalências/incidências por género, enquanto que outras justificam não ser o género a variável a afectar as taxas de perturbações mentais, antes, explicam os resultados obtidos por perturbações específicas, e estas sim, revelando diferenças de género.

Também se justificam diferenças pelo controlo/não controlo de algumas variáveis de elevada importância, como sejam diferenças culturais, estatuto socio-económico, educação, estabilidade dos sistemas familiares entre outras. Justificam-se igualmente diferenças resultantes de diferentes formas de expressar os resultados obtidos. São múltiplos e variados os factores psicossociais que explicam as diferenças encontradas no tipo de desordens que apresentam taxas mais elevadas.

Finalmente, importa perspectivar algumas implicações para os resultados obtidos: desafiar os papéis de género, a questão dos estereótipos sociais e como é que estes parecem influenciar a expressão da saúde mental, a necessidade de levar a cabo mais estudos melhorando algumas limitações, entre as quais podemos apontar a realização de estudos em *settings* psicológicos, permitindo os resultados a obtenção de informações nessa área, que se revelam da maior escassez.

REFERÊNCIAS

- Barnett, R., & Baruch, G. K. (1985). Womens's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (1), 135-145.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 587-595.

- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paaniotto, V. I., Webb, C. P., Tintle, N. L., Zakhosha, V., Havenaar, J. M., Gutkovich, Z., Kostyuchenko, S., & Schwartz, J. E. (1999). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (10), 808-816.
- Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125 (6), 605-620.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4), 339-351.
- Carmona, F. S. (1996). Estudo da Prevalência do risco de patologia mental, em medicina familiar. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 139-146.
- Cleary, P. D. (1987). Gender differences in stress related disorders. In R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and Stress* (pp. 39-72). New York: Free Press.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood Personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol Clin Exp Res*, 12, 494-505.
- Coons, P. M. (1998). The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clin. Nort Am.*, 21, 637-648.
- Direcção-Geral de Saúde (2004). *Censos psiquiátricos de 2001*. Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde mental. Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in Psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1999). Childhood trauma and dissociation in male sex offenders. *Sex Addict Compulsivity*, 6, 105-110.
- Gove, W. R., & Tudor, J. F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78 (4), 813-835.
- Hagnell, O. (1966). *A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder*. Lund: Svenska Bokforlaget.
- Hall, W., Teesson, M., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (1999). The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction*, 94 (10), 1541-1550.
- Helson, R., Elliot, T., & Leigh, J. (1990). Number and quality of roles. *Psychological of Women Quarterly*, 14, 83-101.
- Horwitz, A. V., & Davies, L. (1994). Are Emotional Distress and Alcohol Problems Differential Outcomes to Stress? An Exploratory Test. *Social Science Quarterly*, 75, 607-621.
- Irwin, H. J. (1994). Proness to dissociation and traumatic childhood events. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182, 456-460.
- Kawders, F. R., Mac Murray, J. P., & Hammond, K. W. (1982). Male Predominance Among Palavan Schizophrenics. *Int. J. Soc. Psychiatric*, 28, 97-102.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br. J. Psychiatry*, Suppl 30, 8-21.
- Kessler, R. C., Mickelson, K. D., & Williams, D. R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J. Health Soc. Behav.*, 40 (3), 208-330.
- Kluft, R. P. (1996). Dissociative Identity disorder. In L. K. Michelson, & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 337-366). New York: Plenum Press.
- Krahn, L. E., Hongzhe, L., & O'Connor, M. K. (2003). Patients who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 160 (6), 1163-1168.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 158 (7), 1091-1098.
- Lehtinen, V., Joukama, M., Lathela, K., Raitasalo, R., Jyrkinen, E., Maatela, J., & Aromaa, A. (1990). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Basic results from the Mini-Finland Health Survey. *Acta Psychiatric Scand.*, 81, 418-425.
- Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Moring, J., Puuka, P., & Vaisanen, E. (1996). Incidence of Mental Disorders in the Finnish ULLI study. *Br. J. Psychiatry*, 168, 672-678.
- Marks, S. R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 41, 921-936.
- Mello, L. M., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H., & John, U. (2000). Life-time prevalence of mental disorders in the adult general population: Finding from the TACOS study. *Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Porter, L. S., Marco, C., & Schwartz, J. (2000). Gender differences in coping: A comparison of trait and momentary assessments. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (4), 480-498.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1 (3), 249-265.
- Regier, D. A., Goldeberg, I. D., Burns, N. J., Hankin, J., Hooper, E.W., & Nycz, G. R. (1982). Specialist/Generalist Division of Responsibility for Patients with Mental Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39.
- Regier, D., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L., Blazer, D., Hough, R. L., Eaton, W., & Locke, B. Z. (1984). The NIMH Epidemiological Catchment Area programs. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.

- Reich, P., & Gottfried, L. A. (1983). Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann. Intern. Med.*, 99, 240-247.
- Robins, L. N., & Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Romans-Clarkson, S. E., Walton, V. A., Herbison, G. P., & Mulleen, P. E. (1988). Marriage, Motherhood, and psychiatric morbidity in New Zealand. *Psychological Medicine*, 18.
- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociative disorders. In L. K. Michelson, & W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation Michelson* (pp. 3-24). New York: Plenum Press.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental Health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43 (9/10), 605-628.
- Seiber, S. D. (1974). Towards a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, 567-578.
- Serafino, E. P. (2002). *Health Psychology – Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality. *J. Abnorm. Psychol.*, 103, 92-102.
- Spitzer, C., Hlauer, T., Joergen, H. G., & Lucht, M. (2003). Gender differences in dissociation a dimensional approach. *Psychopathology Basel*, 36 (2), 65.
- Tauss, W. (1967). A Note on the prevalence of mental disturbances. *Australian Journal of Psychiatry*, 19 (2), 21-123.
- Wauterickx, N., & Bracke, P. (2005). Unipolar depression in the Belgian population: Trends and sex differences in an eight-wave sample. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 40 (9), 691.
- Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A., Wodarz, N., Keller, H., Michel, T., & Boning, J. (2003). Gender and personality in alcoholism. *Arch. Women's Ment. Health*, 6, 245-252.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1979). Sex differences and the epidemiology of depression. In E. S. Gombert, & V. Franks (Eds.), *Gender and disordered behavior: Sex Differences in psychopathology* (pp. 381-425). New York: Brunner/Mazel.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Tischler, G. L., Blazer, D. G., Karno, M., Bruce, M. L., & Florio, L. P. (1988). Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 18, 141-153.
- Williams, K. (2003). Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 44 (4), 470-487.
- Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J. I. (2000). Frequency of Anxiety Disorders in Psychiatric Outpatients With Major Depressive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1337-1340.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 162 (10), 1911-1918.
- Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H. D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. *Developmental Psychopathology*, 2, 677-711.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and bio-social bases of sensation-seeking*. New York: Cambridge University Press.

RESUMO

Avaliou-se sob o ponto de vista epidemiológico diferenças entre homens e mulheres que procuraram os serviços das consultas externas da especialidade de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital Amato Lusitano de Castelo Branco, relativamente à psicopatologia apresentada, tipo de intervenção solicitada, psicofármacos prescritos, funcionalidade familiar, familiares com doença mental, tentativas de suicídio. Relacionaram-se outras variáveis demográficas com a psicopatologia apresentada, numa amostra representativa da população resultante em 483 utentes selecionados aleatoriamente dum total de 2447 que usufruíram destes serviços entre Maio de 1984 e Maio de 2005. Foram encontradas diferenças de género para todas as categorias diagnosticadas, à excepção da esquizofrenia. Os resultados obtidos revelaram vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos para a mulher, já que se obtiveram taxas de prevalência mais elevadas para o género feminino em perturbações como o Humor (20,5%): mulheres (M) 72%, homens (H) 38%; Ansiedade (11,2%): M – 64%, H – 36%; Adaptação a situações de vida stressantes (22,8%): M – 77,3%, H – 22,7%; Somatoformes (0,4%): M – 89%, H – 11%. Enquanto os homens apresentaram taxas de prevalência mais elevadas em transtornos como os associados ao uso de substâncias psicoactivas, álcool (9,3%): (H – 86,7%, M – 13,3%); drogas ilegais (2,5%): H – 55%, M – 45%; comportamentos anti-sociais (1,9%): (H – 67%, M – 33%). Os resultados encontrados levam a concluir não haver diferenças significativas de género nas perturbações psiquiátricas nas populações investigadas, mas sim diferenças nas taxas de “perturbações específicas”, resultados que vão ao encontro dos de outros estudos clínicos.

Palavras-chave: Género, saúde mental, estudo epidemiológico.

ABSTRACT

An epidemiologic study was conducted to assess differences between men and women who sought the Psychiatry and Mental Health Service of Amato Lusitano Hospital in Castelo Branco, in terms of presented psychopathology, asked intervention, prescribed psychopharmics, familiar functionality, relatives with previous mental health diagnosis, and suicide attempts. Other

demographic variables were also related to the presented psychopathology, in a representative sample of 483 participants randomly selected from a number of 2447 individuals who were offered help from May 1984 to May 2005. Significant results were obtained when Gender was compared to all diagnosed categories, except alcohol and drug abuse, anti-social behaviour, and schizophrenia. The results show stronger vulnerability for women regarding anxious and depressed symptoms, with higher Humour disorders (20,5%) women (W) 72%, men (M) 38%; Anxiety (11,2%): W – 64%, M – 36%; Adaptation

to stressing life situations (22,8%): W – 77,3%, M – 22,7%; Somatoforms (0,4%): W – 89%, M – 11%; Whereas men evidenced higher levels of disorders associated with the use of psychoactive substances, such as alcohol (9,3%): (M – 86,7%, W – 13,3%); illegal drugs (2,5%): M – 55%, W – 45%; anti-social behaviour (1,9%): (M – 67%, W – 33%). The results also lead to the conclusion that there are significant differences when specific disorders are investigated, and this corroborated by other findings.

Key words: Gender, mental health, epidemiologic study.