FACULDADE DE MEDICINA
DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Diferenças de género na depressão e desempenho profissional

Maria Fernanda Queiroga Pereira de Silva
1999

FACULDADE DE MEDICINA

DA

UNIVERSIDADE DO PORTO

Diferenças de género na depressão e desempenho profissional

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre, no âmbito do V Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Orientador : Prof. Doutor João Barreto

Maria Fernanda Queiroga Pereira de Silva

1999

RESUMO

As perturbações depressivas constituem actualmente um problema de saúde pública, com fortes repercussões económicas, sociais, familiares e profissionais.

Com esta dissertação procuramos tentar explicar a diferença de género na depressão.

O ponto de partida foi a hipótese teórica de que as mulheres não se realizam profissionalmente do mesmo modo que os homens, isto é, regra geral, para a mulher a profissão surge como complemento de um rendimento para a família e não como uma realização profissional. Quisemos tentar explicar se o facto de a mulher ter escolhido uma profissão, sentir-se realizada e satisfeita em termos profissionais interfere com a depressão.

Os materiais e métodos utilizados no desenvolvimento desta pesquisa consistiram num estudo transversal, exploratório, de natureza quantitativa, descritiva e analítica.

Para medir as nossas variáveis independentes foi elaborado um questionário. Para as nossas variáveis dependentes ou seja "medir" a depressão foi utilizado o IACLIDE e o CES-D e para medir o desempenho profissional e qualidade de vida foi utilizada a escala de saúde SF-36.

A amostra foi constituída por 214 elementos, sendo 110 do sexo feminino e 104 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos; distribuídos da seguinte forma: 72 Auxiliares de Acção Médica (38 do sexo feminino e 34 do sexo masculino), 75 Enfermeiros (37 do sexo feminino e 38 do sexo masculino), e 67 Professores (35 do sexo feminino e 32 do sexo masculino). Esta distribuição resultou do emparelhamento entre o sexo e a profissão.

Os procedimentos estatísticos utilizados foram a aplicação do teste de Qui-quadrado.

Os principais resultados e conclusões deste estudo foram:

a) Existem diferenças de prevalência da depressão entre as mulheres e os homens;
b) A prevalência da depressão é superior nas mulheres com uma percentagem de 28,48% enquanto que nos homens é de 3,85% (dados obtidos com o inventário de avaliação clínica da depressão IACLIDE);
c) A escolha da profissão, a realização e satisfação profissional parecem ser protectoras da depressão.

Estes dados reforçam, portanto, as teorias que apontam para a importância dos factores sócio culturais e psicológicos na génese da depressão e na explicação da diferença de género.

Reforçam ainda a importância do auto conceito e da auto estima na génese da depressão.

ABSTRAT

Nowadays depressive disturbances constitute a problem of public health, with strong economic, social, family, and professional repercussions.

With this dissertation we try to explain the difference of gender in depression.

The starting point was the theoretical hypothesis that women do not realise themselves professionally the same way as men. That is, as a general rule, profession for women arises as a complement of an income for the family and not as a professional realisation. We attempted to explain if the fact that women have chosen a profession, have felt realised and satisfied in professional terms, would interfere with depression.

The materials and methods used in the development of this research consisted in a transversal study-exploratory-of a quantitative, descriptive, and analytical nature.

In order to measure our independent variables we created a questionnaire. For our dependent variables to "measure" depression we used IACLIDE and CES-D. In order to measure professional performance and quality of life we used the Escala de Saúde SF-36.

The sample was made up of 214 elements, with 110 females and 104 males, with ages ranging between 21 and 50 years old, distributed as follows: 72 *Auxiliares de Acção Médica,* Assistant Nurses (38 females and 34 males), 75 nurses (37 females and 38 males), and 67 professors (35 females and 32 males). This distribution was a result of the matching of sex and profession.

The statistical procedures used were the application of the Qui-squared test.

The main results and conclusions of this study were:

a) There are differences in the prevalence of depression between women and men;
b) The prevalence of depression is greater in women, with a percentage of 28.48, while in men it was 3.85% (data obtained with the inventory of clinical evaluation of depression (IACLIDE);
c) Choice of profession, realisation and professional satisfaction seem to be preventive factors for depression.

These data reinforce, therefore, the theories that point to the importance of social-cultural and psychological factors in the origin of depression and the explanation for gender differences.

They also reinforce the importance of self-conception and self-esteem in the origin of depression.

AGRADECIMENTOS

Porque só a conjugação de esforços tornou possível a execução deste trabalho, não podemos deixar de agradecer.

Ao nosso orientador, Professor Doutor João Barreto, pelo saber, rigor, profissionalismo, boa disposição e disponibilidade manifestada.

A todos os professores do V Mestrado, na pessoa do seu Coordenador Professor Doutor António Palha.

Ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra pela cedência do Inventário de Avaliação Clínica de Depressão.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira pela autorização para utilização da escala de Saúde (SF 36).

Ao Gil Reis pela colaboração no arranjo informático do texto.

Ao Baltazar Fernandes pela ajuda, análise e decisões estatísticas no tratamento dos dados.

Aos Enfermeiros, Professores e Auxiliares de Acção Médica que connosco colaboraram no preenchimento dos questionários.

Aos meus pais por todo o apoio e ajuda em mais esta etapa da minha vida.

Finalmente o meu reconhecimento e a dedicação deste trabalho ao meu marido e ao meu filho, Luís Filipe, pelo estímulo e apoio permanente.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 21
1 - DIFERENÇAS DE GÉNERO NA DEPRESSÃO, DESEMPENHO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA 21
1.1 - Conceitos de Depressão 21
1.2 - Depressão e a Mulher 22
1.3 - Características da Depressão na Mulher 28
2 - QUALIDADE DE VIDA 30
2.1 - Qualidade de Vida e Estado de Saúde 33
2.2 - Qualidade de Vida e Depressão 37

II - OBJECTIVO 40
1 - A REALIZAÇÃO NA PROFISSÃO COMO FACTOR PROTECTOR DA DEPRESSÃO 40
2 - HIPÓTESES 42

III - MATERIAL E MÉTODOS 44
1 - POPULAÇÃO ALVO E CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA 45
2 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 46
3 - PROCEDIMENTOS 54
4 - VARIÁVEIS 55

IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 56
1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 56
2 - RESULTADOS 73
3 - COMPARAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EQUACIONADAS NAS HIPOTÉSES E AS VARIÁVEIS DEPENDENTES 118

V - DISCUSSÃO 123
1 - ACTUALIDADE E INTERESSE DO ESTUDO 123
2 - VALIDADE 124
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 125

VI – CONCLUSÕES/SUGESTÕES 137

VII - BIBLIOGRAFIA 140

VIII - ANEXOS 149
Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados "Questionário"
Anexo II - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)
Anexo III - Escala CES-D
Anexo IV - Escala de Saúde SF-36
Anexo V - Autorização do Conselho de Administração do HDC e Conselho Directivo da Escola E/B 2/3 Nadir Afonso de Chaves
Anexo VI - Autorização para a Utilização do IACLIDE e do SF-36
Anexo VII - Distribuição da depressão por grau de satisfação
Anexo VIII - Distribuição da depressão e satisfação profissional, pontuações no IACLIDE e no CES-D.

INDÍCE DE FIGURAS

Figura nº1 – Teorias para explicar a diferença de género na depressão.....26

Figura nº2 – Concepção dos sintomas do IACLIDE.....47

Figura nº3 – Modelo componente do factorial SF-36..... 51

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Representação dos sujeitos por sexo.....57
Gráfico nº2 - Distribuição dos sujeitos por idade.....57
Gráfico nº3 - Representação dos sujeitos em relação ao número de filhos..60
Gráfico nº4 - Distribuição dos sujeitos por profissão e sexo.....63
Gráfico nº5 - Representação dos sujeitos segundo a satisfação profissional.....65
Gráfico nº6 - Representação das mulheres que usam anticoncepcionais orais.....66
Gráfico nº7 - Representação dos sujeitos em relação à prática de trabalhos domésticos.....68
Gráfico nº8 - Representação do tipo de trabalho realizado por Grupo Profissional.....71
Gráfico nº9 - Depressão por sexo e profissão segundo o IACLIDE (médias).....73
Gráfico nº10 - Depressão, por sexo e profissão segundo o CES-D (médias).....74
Gráfico nº11 - Representação dos elementos da amostra por aspiração profissional/profissão e sexo.....84
Gráfico nº12 - Representação da depressão por tipo de aspiração profissional, sexo e profissão.....85
Gráfico nº13 - Representação da depressão por aspiração profissional e sexo.....86
Gráfico nº14 - Representação da depressão por grau de satisfação profissional.....90
Gráfico nº15 - Representação da depressão e satisfação profissional.....91
Gráfico nº16 - Representação da realização profissional por sexo e profissão.....93
Gráfico nº17 - Representação da depressão por realização de trabalhos domésticos.....98

INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Incidência da depressão (ECA) por 1000 habitantes em risco/ano.....24

Quadro nº2 - Percentagem da depressão em homens e mulheres em diferentes países.....25

Quadro nº3 - Factores de risco da depressão.....29

Quadro nº4 - Escala do SF-36.....49

Quadro nº5 - Conteúdo abreviado dos itens da escala do SF-36..... 51

Quadro nº6 - Tipo de Medicação..... 67

INDICE DE TABELAS

Tabela nº1 – Distribuição dos elementos da amostra por idade e sexo..... 58
Tabela nº2 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil..... 59
Tabela nº3 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o estado civil e sexo..... 59
Tabela nº4 – Distribuição dos elementos da amostra por tempo gasto em deslocação e sexo..... 60
Tabela nº5 – Distribuição dos elementos da amostra pela existência de filhos e sexo..... 61
Tabela nº6 – Distribuição dos elementos da amostra por número de filhos e sexo..... 61
Tabela nº7 – Distribuição dos elementos da amostra por nível de escolaridade e sexo..... 62
Tabela nº8 – Distribuição dos elementos da amostra por profissão e sexo.. 62
Tabela nº9 – Distribuição dos elementos da amostra por aspiração profissional e sexo..... 64
Tabela nº10 – Distribuição dos sujeitos segundo a satisfação profissional.. 65
Tabela nº11 – Distribuição dos elementos da amostra por realização profissional e sexo..... 66
Tabela nº12 – Distribuição das mulheres que usam anticoncepcionais orais..... 66
Tabela nº13 – Representação da distribuição dos elementos da amostra por toma de medicação prescrita e sexo..... 67
Tabela nº14 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos realizados (ligeiros)..... 68
Tabela nº15 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos domésticos (moderados)..... 69
Tabela nº16 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos domésticos realizados (pesados)..... 69

Tabela nº17 – Distribuição dos elementos da amostra pela realização de trabalhos domésticos e sexo.....70
Tabela nº18 – Distribuição do tipo de trabalho realizado por Grupo Profissional.....71
Tabela nº19 – Distribuição do tipo e frequência do trabalho realizado por sexo.....72
Tabela nº20 – Média de depressão, por sexo e profissão segundo o IACLIDE.....73
Tabela nº21 - Depressão, por sexo e profissão segundo o CES-D (médias).....74
Tabela nº22 - Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e idade.....75
Tabela nº23 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e idade.....76
Tabela nº24 – Relação das variáveis: níveis de depressão e sexo.....76
Tabela nº25 – Distribuição dos elementos da amostra, consoante a situação de existência ou não de relacionamento conjugal e os níveis de depressão.....77
Tabela nº26 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de relacionamento conjugal.....78
Tabela nº27 – Cruzamento das variáveis: depressão e tempo gasto.....78
Tabela nº28 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e tempo gasto no percurso.....79
Tabela nº29 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e existência ou não de filhos.....79
Tabela nº30 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e número de filhos.....80
Tabela nº31 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e número de filhos existente.....80
Tabela nº32 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e escolaridade.....81
Tabela nº33 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e nível de escolaridade.....82
Tabela nº34 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e profissão..82
Tabela nº35 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e profissão....83

Tabela nº36 – Distribuição dos elementos da amostra por aspiração profissional/profissão e sexo.....85
Tabela nº37 – Distribuição da depressão por tipo de aspiração profissional, sexo e profissão.....86
Tabela nº38 – Distribuição da depressão por aspiração profissional e sexo.....87
Tabela nº39 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e Aspiração profissional.....87
Tabela nº40 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e aspiração profissional.....88
Tabela nº41 – Distribuição dos elementos da amostra por satisfação profissional e sexo.....89
Tabela nº42 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e satisfação profissional.....89
Tabela nº43 – Cruzamento das variáveis – níveis de depressão e satisfação profissional.....90
Tabela nº44 – Cruzamento das variáveis: profissão e níveis de satisfação..92
Tabela nº45 – Distribuição dos elementos da amostra por realização profissional e sexo.....92
Tabela nº46 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e realização profissional.....94
Tabela nº47 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e realização profissional.....94
Tabela nº48 – Distribuição dos níveis de depressão no sexo feminino e situação de toma de anticoncepcionais orais.....95
Tabela nº49 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e uso regular de anticoncepcionais orais.....95
Tabela nº50 – Distribuição dos elementos da amostra por toma de medicação prescrita e sexo.....96
Tabela nº51 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e toma regular de medicação.....96
Tabela nº52 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de toma regular de medicação.....97

Tabela nº53 – Distribuição dos elementos da amostra pela realização de trabalhos domésticos e sexo.....97
Tabela nº54 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de prática regular de trabalhos domésticos.....98
Tabela nº55 – Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e prática regular de trabalhos domésticos.....99
Tabela nº56 – Cruzamento das variáveis: sexo e prática regular de trabalhos ligeiros.....99
Tabela nº57 – Cruzamento das variáveis: sexo e prática regular de trabalhos moderados..... 100
Tabela nº58 – Cruzamento das variáveis: sexo e prática regular de trabalhos pesados..... 100
Tabela nº59 – Distribuição do tipo de trabalho ligeiro e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional.....101
Tabela nº60 – Distribuição do tipo de trabalho moderado e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional.....101
Tabela nº61 – Distribuição do tipo de trabalho pesado e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional.....102
Tabela nº62 – Distribuição dos níveis de desempenho físico por sexo..... 103
Tabela nº63 – Distribuição dos níveis de desempenho físico por grupo profissional.....103
Tabela nº64 – Distribuição da relação entre o tipo de respostas desempenho físico e os níveis de depressão por sexo..... 104
Tabela nº65 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta saúde em geral e os níveis de depressão por sexo..... 105
Tabela nº66 – Distribuição dos níveis de saúde em geral por sexo.....106
Tabela nº67 – Distribuição dos níveis de saúde em geral por grupo profissional.....106
Tabela nº68 – Distribuição dos níveis de função física por sexo..... 107
Tabela nº69 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta função física e os níveis de depressão por sexo.....108
Tabela nº70 – Distribuição dos níveis de função física por grupo profissional.....108

Tabela nº71 – Distribuição dos níveis de dor física por sexo..... 109
Tabela nº72 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta dor física e os níveis de depressão manifestos por sexo..... 110
Tabela nº73 – Distribuição dos níveis de dor física por grupo profissional..... 110
Tabela nº74 – Distribuição dos níveis de vitalidade por sexo..... 111
Tabela nº75 – Distribuição da relação entre o tipo de respostas vitalidade e os níveis de depressão manifestos por sexo..... 112
Tabela nº76 – Distribuição dos níveis de vitalidade por grupo profissional..... 112
Tabela nº77 – Distribuição dos níveis de função social por sexo..... 113
Tabela nº78 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta função social e os níveis de depressão manifestos por sexo..... 114
Tabela nº79 – Distribuição dos níveis de desempenho emocional por grupo profissional..... 114
Tabela nº80 – Distribuição dos níveis de desempenho emocional por sexo..... 115
Tabela nº81 – Distribuição da relação entre o tipo de respostas desempenho emocional e a depressão por sexo..... 116
Tabela nº82 – Distribuição dos níveis de saúde mental por grupo profissional..... 117
Tabela nº83 – Distribuição dos níveis de saúde mental por sexo..... 117
Tabela nº84 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta saúde mental e a depressão por sexo..... 118

INTRODUÇÃO

As perturbações depressivas constituem actualmente um importante problema de saúde pública, com elevada prevalência, incidência, comorbilidade, originando períodos frequentes de incapacidade com fortes repercussões sócio-económicas, familiares e profissionais.

"*A depressão constitui um problema major nos doentes médicos. É um problema que tem sido de uma forma geral sub-reconhecido e sub-tratado, altamente associado com sintomas somatizados, perda de funcionalidade e utilização aumentada dos serviços médicos*". R.J. Goldberg (1993)

"*As depressões são uma das doenças psíquicas mais frequentes e, o seu número estará a aumentar pelo menos nos países mais industrializados. É uma afecção grave, não só pelo sofrimento que provoca, como pela diminuição concomitante do rendimento pessoal, profissional e social, com incidências nefastas na economia geral*" [1)]

Com esta dissertação procuramos, principalmente, tentar explicar as diferenças de género na depressão, bem como a relação que possa existir com a escolha da profissão, desempenho profissional e estilo de vida.

Também procuramos perceber o que poderá influenciar a diferença de prevalência da depressão na mulher.

Embora as taxas e as proporções variem de estudo para estudo, a prevalência de depressão nas mulheres é superior à dos homens em todas as culturas como concluiu Weissman (1996).

[1)] Manuel Paes de Sousa – Chefe do Grupo de Estudos Psicofarmacológicos da Clínica Psiquiatrica Universitária do Hospital de Santa Maria.

As mulheres mais do que os homens são afectados emocionalmente pelas suas experiências de grande stress mas também pelas experiências dos outros.

Vaz Serra (1989) diz-nos que é potencialmente prejudicial toda a situação de stress que seja frequente, intensa e/ou prolongada.

Segundo Rui Mota Cardoso (1998) o papel da mulher obriga-a a responder às necessidades dos outros e é talvez esta vulnerabilidade feminina responsável por parte substâncial do seu distress psicológico.

Os homens são influênciados por acontecimentos que ocorrem em parentes mais próximos, mas não por outros. Na verdade, eles são capazes de fornecer uma assistência correcta mas mantêm uma distância emocional. O mesmo não acontece com as mulheres. A preocupação destas com o bem estar dos outros, mesmo sem administração de suporte pode conduzir a um aumento de distress, como nos diz Barnett (1987).

Hetherington (1975) – Diz que os homens são tipicamente vistos como sendo mais agressivos e menos preocupados com os seus sentimentos, enquanto que as mulheres são vistas como mais afectuosas e emocionais. No entanto, o papel do homem é frequentemente instrumental: ele pretende controlar o ambiente. O da mulher é expressivo: ela é encorajada para se preocupar e se responsabilizar pelos outros.

As mulheres não são só sensíveis em relação a elas, mas também em relação a tudo o que as rodeia. Esta observação está de acordo com as opiniões correntes dos modelos relacionais para a mulher.

Desde sempre o feminino está associado à docilidade, à submissão, à sensibilidade, à dependência, ao apego, à intuição e à paciência, enquanto que o masculino está associado à lógica, à organização, à força, à agressividade, à independência e à decisão.

Lamas (1986) diz que o conceito de género vem sendo utilizado mais recentemente como uma maneira de explicar a construção social do sexo.

A diferenciação do género foi largamente promovida a partir do século XIX e esteve intimamente ligada com questões de classe.

Para Dahleurup (1987), dentro duma sociedade, as relações entre homens e mulheres podem variar de acordo com os espaços sociais. Esta autora chama a atenção para os problemas específicos relacionados com esta noção de controle sobre as mulheres quando descrevemos a sociedade de hoje.

Para ela, as mulheres estão desprovidas de controlo e de poder. Não por homens individuais ou grupos de homens, mas antes pelo conjunto estrutural global da sociedade.

Esta mesma autora no que diz respeito ao trabalho, refere que o facto de as mulheres não terem controlo sobre as suas condições de trabalho, não significa que os homens o tenham. A questão está, como ela enfatiza, na segregação do trabalho entre os sexos; os homens usufruem de mais tempo de lazer.

Autoras como Subirats e Tomé (1992) têm argumentado que a própria escola e a família encaminham as raparigas para as posições inferiores na hierarquia ocupacional e para as profissões que constituem, na esfera pública, a extensão das tarefas que as mulheres desempenham gratuitamente em casa.

Nas Sociedades Ocidentais, ainda se continua a ter um mundo dividido segundo o género, quer em termos de poder, profissão, regalias e status.

A opressão e a sujeição sistemática das mulheres como sexo continua, as normas e os valores regulados pelo matrimónio designam formal ou informalmente obrigações e direitos diferentes aos dois sexos, como afirma Jónasdotter (1993).

Culturalmente a relação matrimonial é assumida pela mulher. Desde sempre responsável pelos filhos e pela casa. A educação da mulher, foi até recentemente baseada no facto de que o principal objectivo desta era o casamento e os filhos e não um trabalho remunerado e uma carreira.

Nas sociedades modernas, a mulher, paralelamente a estas actividades tem mais a sua actividade profissional. Ao homem, a sociedade atribui-lhe mais o papel do trabalho e do sustento familiar.

Subirats, e outros (1992), afirmam que a cultura em que vivemos é uma cultura androcêntrica, isto é, estabelece os seus modelos e os seus juízos de valor de acordo com os homens, o que considera próprios deles, as suas actividades e necessidades.

É uma cultura impregnada de traços patriarcais que, por serem tão profundamente assimilados, nem sequer deles nos apercebemos, atravessando todas as esferas da vida social, inclusivamente, a segregação profissional.

São bem conhecidas as mudanças, que após a Segunda Guerra Mundial, se processaram nas sociedades industrializadas. Destacam-se as alterações na organização familiar, a emancipação da mulher, a inversão dos papeis na dinâmica familiar e o ingresso progressivo das mulheres/mães no mundo do trabalho.

A mulher passou a ser, essencialmente, mesmo quando mãe, uma peça no processo produtivo: ela tem horários a cumprir e responsabilidades a dar resposta.

Por outro lado, como nos afirma Daniel Sampaio (1998) a sociedade actual deixou de estar organizada à volta da família e dos afectos, para estar organizada à volta do trabalho.

A competitividade cada vez mais agressiva que se vive nos locais de trabalho, a agressividade diária dos meios de comunicação social e a permanente transformação estrutural, são factores que provocam sérias distorções em termos de comportamento sócio-psicológico nos indivíduos.

A velocidade com que a tecnologia se desenvolve e inunda os mercados de trabalho e o dia-a-dia das pessoas provoca enormes fossos entre as gerações, categorias profissionais e sociedade em geral.

Nos nossos dias, a família como instituição, possui contornos bem diferentes dos tradicionais. Não há tempo para comunicar e para partilhar. As

mulheres têm pouco tempo para os filhos e para elas próprias, há uma tendência para um certo autismo do indivíduo no seio da família, por conseguinte, na sociedade, o que pode levar a situações consecutivas de depressão.

Os trabalhos de Holmes, Rahe e outros, sugerem que, a resposta de um indivíduo a uma grande variedade de mudanças de qualquer espécie surgidas simultaneamente, pode produzir problemas emocionais bastante acentuados, incluindo a depressão.

As mulheres segundo Freudenberg são mais susceptiveis ao sindrome de Burnout[2)] e por sua vez mais susceptíveis a sindromes depressivos, já que terão de fazer frente a uma série de tarefas domésticas e familiares complementares com o trabalho.

Segundo a Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM), nas últimas décadas as pesquisas sobre as mulheres constituem "uma das áreas mais inovadoras e que mais têm enriquecido os estudos culturais e as ciências sociais", embora em Portugal este domínio ainda não esteja consolidado, aos contrário do que acontece nos Estados Unidos.

Toda esta temática despertou interesse em pesquisar sobre as razões porque a mulher tem ao longo da vida mais afecções depressivas do que o homem.

Já que, segundo Gregory (1997), são muitas as teorias sobre as causas de depressão na mulher e quais as razões porque esta tem ao longo da vida mais afecções depressivas do que o homem, mas nenhuma se poder considerar totalmente satisfatória.

Neste sentido, optamos por estruturar este trabalho em quatro partes.

[2)] Sindrome de Burnout – O termo foi utilizado pela primeira vez por Herbert Frendenberg (1974), psicanalista norte americano. Designação que poderá ser traduzida por falha, "desgaste por fora", exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos.
Para Larauche (1995), o burnout é um estado de esgotamento fisico emocional e mental, associado a condições de trabalho difíceis, com a diminuição importante do rendimento.

Numa primeira procedemos a uma revisão bibliográfica sobre: diferenças de género na depressão, depressão e a mulher, características da depressão na mulher e ainda sobre qualidade de vida, qualidade de vida e saúde e qualidade de vida e depressão.

Na segunda mencionamos os materiais e métodos utilizados, na terceira apresentamos os resultados a que chegamos e na quarta será feita a discussão que estes resultados sugerem em conjugação com a revisão bibliográfica.

I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - DIFERENÇAS DE GÉNERO NA DEPRESSÃO DESEMPENHO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA

Englobamos, nesta parte, contributos teóricos que, esperamos nos ajudarão a uma melhor compreensão das diferenças de género da depressão.

1.1 – Conceitos de Depressão

"*A depressão é um estado mental mórbido que se caracteriza por dor moral, pessimismo, inibição psíquica, abulia, desencorajamento, lassidez e fatigabilidade, e se acompanha, em geral, de ansiedade mais ou menos acentuada*".

(ATHAYDE, 1979)

"*O termo depressão pretende significar, num sentido genérico, a inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, como por exemplo, a função alimentar (anorexia), a função sexual (impotência), a função locomotora e outras actividades psicofisicas*".

(FONSECA, 1985)

" *A depressão consiste de um período de funcionamento comprometido associado com humor deprimido e sintomas correlatos, incluindo alterações no sono e apetite, alterações psicomotoras, comprometimento da concentração, anedonia, fadiga, sensações de falta de esperanças, impotência e pensamentos suicidas*".

(KAPLAN E SADOCK, 1995)

1.2 - A Depressão e a Mulher

Nos últimos anos o acréscimo de atenção que tem sido dado às diferenças de género como uma variável importante no diagnóstico e tratamento dos distúrbios psiquiátricos tem sido muito relevante.

Mas, como nos afirma Schatzberg (1997), os distúrbios do humor e ansiedade, mais especificamente pânico, fobias e desordens obsessivas e compulsivas são mais comuns nas mulheres do que nos homens assim como a depressão major e a distimia.

Este mesmo autor, refere que apesar destas claras diferenças em prevalência da depressão, existe relativamente pouca informação na explanação biológica possível para esta desproporção entre mulheres e homens.

A depressão é uma doença comum que a maioria das pessoas, experimenta de vez em quando, ao longo da sua vida.

Para a OMS (1997) a depressão é uma afecção que afecta pessoas de todas as idades, de todas as classes sociais, de todos os países e níveis culturais.

O início da depressão geralmente é gradual, aparecendo os sintomas durante dias ou semanas.

Fadiga, stress, decepção, excesso de trabalho, perda de um amigo ou familiar, todos estes factores podem estar associados ou levar a uma mudança no humor provocando a depressão. A depressão abrange uma vasta área que vai da infelicidade, que pode ser expressa pela tristeza até à psicose.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, no ano 2020, as doenças mentais serão as que mais indivíduos afectarão em todo o mundo, ao lado das patologias cancerosas e cardíacas. Só na Europa, estima-se que uma mulher em cada cinco e um homem em cada quinze venham a sofrer de depressão ao longo da sua vida.

Uma das descobertas epidemiológicas mais consistentes na área da saúde mental tem sido a maior incidência da depressão nas mulheres.

Estas descobertas foram relatadas em alguns estudos. Na generalidade a incidência da depressão na mulher é cerca de 1.5 a 3.0 vezes superior à dos homens, como concluíram, Kessler et al(1993) ;Kessler et al (1994); Paykel (1991) ; Robin (1991); Weissman (1991); Weissman e Klerman (1997).

Kornstein (1997) chegou à conclusão que a média da depressão entre os sexos varia na razão de 2 para 1.

Os estudos epidemiológicos para além de terem demonstrado que a depressão é duas vezes mais comum na mulher do que no homem, também evidenciaram, haver diferença na sua apresentação, no curso da doença e no tratamento, Weissman (1977 e 1984).

Outros estudos epidemiológicos, levados a cabo nos Estados Unidos por Kornstein Susan (1997) demonstraram que ao longo da vida, a depressão major na mulher é de 21,3% enquanto que nos homens é de 12,7%, com um risco relativo de 1.7.

Acerca dos casos de depressão grave, os investigadores da Epidemiologia Catahment Area, inferiram existir uma proporção de 2,4/1 entre as mulheres e os homens, embora os dados do National Comorbidity Survey apontem para 1,7/1.

Eaton (1989), num estudo sobre a incidência da depressão por 1000 habitantes em risco por ano, no que se refere a idade e sexo, chegou a conclusão que a incidência da depressão é superior no sexo feminino. Contudo, no respeitante à idade a incidência de depressão é praticamente a mesma em todos os grupos etários, como podemos observar no Quadro seguinte.

Quadro nº1 - Incidência da depressão (ECA) por 1000 habitantes em risco/ano.

Idade	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Masculino/Feminino
18-29	14.0	20.1	17.2
30-44	12.2	21.8	17.3
45-64	6.4	20.2	14.4
65 +	9.0	14.8	12.5
todas	11.0	19.8	15.9

(DIS)

Fonte: Adaptado de Eaton (1989)

Weinssman (1996), concluiu que embora as taxas e as proporções tenham variado de estudo para estudo, a preponderância da depressão nas mulheres é consistente em todas as culturas.

As mulheres começam a manifestar uma taxa superior de depressão no inicio da adolescência e a taxa elevada mantêm-se ao longo da vida como concluiu Kornstein Susan (1997). O pico etário do primeiro episódio depressivo, verifica-se durante a idade fértil, refere esta mesma autora.

Russel Kuzel (1997), afirma que a depressão pode surgir em qualquer idade, mas é no final da terceira década de vida que as pessoas parecem ser mais sensíveis a este tipo de problemas .

Dois estudos, um realizado por Burke (1990) e outro por Kessler (1991) encontraram nas mulheres aparecimento de depressão mais precoce do que nos homens e em relação à cronicidade e à recorrência da doença também verificaram uma maior incidência na mulher.

Por outro lado Gater (1989) e Augusto (1996), citado por Marques Teixeira (1999) afirmam que a depressão pode ocorrer em qualquer idade, mas atinge um pico nas mulheres casadas e com filhos.

Horwath e Weissman (1995),concluiram que a história matrimonial exerce enormes efeitos na prevalência das perturbações depressivas .Pessoas casadas e que nunca se divorciaram têm menor prevalência de depressão.No entanto as mulheres divorciadas têm apresentado uma taxa de prevalência de depressão superior.

Segundo Russel (1997) as mulheres têm um risco de contrair depressão de 20% a 25% e são mais atingidas do que os homens, que têm um risco durante a vida de 7% a 12%.

Um estudo recentemente efectuado (1997) em seis países europeus, contemplando um universo de 80 mil doentes, procurou averiguar a prevalência da depressão ao fim de seis meses de tratamento. Cerca de 7% dos entrevistados continuavam a sofrer de depressão, 2% de depressão moderada e 8% denotavam sintomas depressivos.

O estudo, também constatou existir uma substancial diferença nos resultados obtidos nos diversos países entre os doentes do sexo feminino e masculino, como podemos observar no Quadro 2.

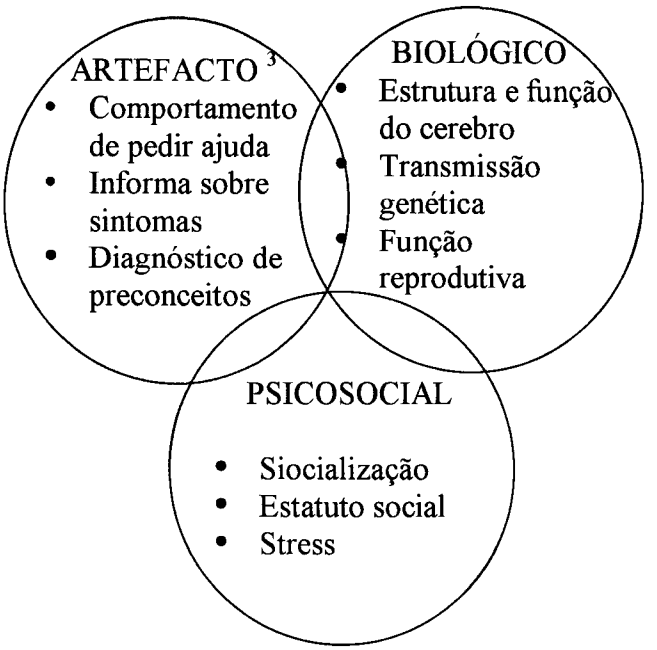
Quadro nº 2 – Percentagem da depressão em homens e mulheres em diferentes países.

Países	**Mulheres**	**Homens**
França	12,2%	5,9%
R. Unido	11,2%	8,2%
Holanda	9,2%	4,9%
Espanha	8,3%	4,1%
Bélgica	6,3%	3,7%
Alemanha	4,5%	2,9%
Média	**8,6%**	**5%**

Fonte - Pedro Varanda de Castro- Depressão em noticias (1997)

São vários os factores para explicar as diferenças de prevalência da depressão, como sejam os biológicos os psicossociais e artefacto, como podemos observar no esquema seguinte.

Figura nº1 – Teorias para explicar a diferença de género na depressão



Fonte – Adaptado "Kornstein Susan" (1997)

Weissman e Klerman(1977,1985),concluíram que as diferenças não se devem simplesmente à tendência das mulheres manifestarem o seu distress ou procurarem ajuda mais rapidamente do que os homens mas sim a diversos factores.

As causas para explicar a razão das taxas mais elevadas de depressão nas mulheres são inúmeras, destacando-se diferenças biológicas, genéticas e factores hormonais, incluindo a terapêutica hormonal de substituição, os contraceptivos orais e os efeitos do ciclo menstrual, gravidez e da menopausa.

Ainda, diversos factores sociais e económicos que implicam maior ou menor stress e que provocam diferentes experiências adversas nos homens e nas mulheres.

[3] "Artefacto no sentido de que os resultados não revelam diferenças reais entre os dois sexos, mas antes revelam um maior pedido de ajuda por parte das mulheres aquando de situações depressivas - J.Marques Teixeira (1999) "A Depressão e a Mulher na Sociedade Moderna".

Para além destas, temos ainda as causas antropológicas. A mulher foi desde sempre responsável pela educação e socialização dos filhos e pela casa.

Diferenças drásticas e aumento do papel da mulher no decurso deste século em que a mulher tem simultaneamente uma actividade profissional.

Uma infinidade de afazeres que preenchem os dias da maior parte das pessoas e em particular da maioria das mulheres, tornando o dia-a-dia complicado pela necessidade real ou imaginária de fazer cada vez mais e melhor.

Acrescem a competitividade manifesta em todos os sectores muito em especial a nível da profissão, e as contrariedades que a todo o momento dificultam as tarefas, por mais simples que nos pareçam. Assim podemos ter os ingredientes necessários para uma boa dose de insatisfação pessoal e profissional de ansiedade, acrescido, as vezes, de angústia e mal estar.

É de salientar que as causas mais importantes do aumento das doenças depressivas encontram-se, por um lado, na maior esperança de vida com o consequente aumento das depressões da involução e por outro lado na maior sobrecarga psíquica própria das actuais condições de trabalho e do ambiente.

A depressão não é um sintoma isolado. A existência simultânea de um ou mais sintomas típicos, como por exemplo a tristeza, diminuição ou aumento da actividade psicomotora, inibição do pensamento e alterações somáticas, a que se chama síndromo depressivo.

Os factores de risco na mulher que podem levar à depressão são diversos.

Autores como Maguffin ,Katz e Rutherford (1991), concluiram que tanto os factores genéticos como o ambiente familiar, contribuem para o aparecimento da depressão major.

Tsuang e Faraone (1990), falaram da importância da hereditariedade dizendo que a depressão major é familiar.

Yonkers (1995) enumera os seguintes factores de risco:

- Ausência de um confidente;
- Nível de instrução abaixo do ensino secundário;
- Ter crianças pequenas em casa;
- Relação conjugal instável e no local de trabalho;
- Sentimentos de falta de ajuda;
- Ansiedade mórbida ou somatização.

Eventos de vida muito stressantes são igualmente um factor de risco.

Kendler (1993), é da opinião que trabalhar fora de casa pode proteger a mulher contra a depressão mas só quando lhe proporciona um bom suporte social.

1.3 - Características da Depressão na Mulher

Na generalidade a depressão manifesta-se de forma idêntica nas mulheres e nos homens:

- Humor disfórico;
- Alterações do sono – acordar cedo ou repetidas vezes durante a noite;
- Falta de prazer (anedonia);
- Falta de concentração;
- Anorexia com consequente perda de peso e obstipação;
- Sensação de fadiga e apatia;
- Sentimentos de desespero, abandono, culpa ou inutilidade;
- Pensamentos sobre a morte são comuns em todos os doentes com depressão.

No entanto, determinados sintomas numa mulher tornam mais provável o diagnóstico de depressão. Comer em excesso em vez de ter falta de apetite o ter perdido peso, dormir de mais em vez de insónia, ter reacções exageradas em vez de humor disfórico.

As mulheres têm, normalmente, mais crises ansiosas e alterações do apetite, enquanto os homens têm maior tendência para etilismo agudo ou crónico, Weissman (1997).

A disfunção em situações sociais ou profissionais ou um alto nível de mal estar subjectivo distingue a depressão da tristeza transitória, que é um comportamento normal da experiência humana. Nas pessoas com tristeza ,os níveis de funcionamento são proporcionais aos acontecimentos da vida.

Reconhecer os factores de risco associados da depressão é o primeiro passo para identificar os doentes que têm depressão. Essas sintomas encontram-se agrupados no Quadro 3.

Quadro nº3 – Factores de risco da depressão

- Episódios anteriores de depressão;
- Tentativas de suicídio no passado;
- Idade < 40 anos;
- Co-morbilidade médica;
- Acontecimentos stressantes na vida do doente;
- História familiar de perturbações depressivas;
- Sexo feminino;
- Falta de apoio social;
- Consumo actual de substâncias de abuso.

Fonte : Russel Kuzel (1997)

2 – QUALIDADE DE VIDA

Apesar da grande popularidade e uso indiscriminado do conceito, qualidade de vida, este é relativamente recente uma vez que surge pela primeira vez nos Estados Unidos na década de sessenta. Mas apesar de ser recente está muito banalizado, é usado de forma indescriminada, independentemente da classe social, da cultura, do meio a que as pessoas pertencem, dependendo em grande parte das circunstâncias de vida e do imaginário de quem o utiliza.

Segundo Pinto (1992), "não há o estado perfeito de qualidade de vida, a não ser o estado paradisíaco e, por outro lado é um conceito dinâmico, pois aquilo que era altamente satisfatório no princípio do século, hoje é para nós completamente insatisfatório".

Por isso, o problema da qualidade não se pode resumir a uma questão de quantidade, pois pelo facto de as pessoas possuírem mais bens materiais, não significa, que vivam melhor, que sejam, mais felizes, mais humanos, mais saudáveis.

Normalmente considera-se bom nível de qualidade de vida, quando em cada momento se possuem os bens materiais ou espirituais considerados como essenciais, uma vez que a qualidade de vida não depende do conjunto de bens materiais que se possuem, mas da atitude que se tem perante eles e perante a vida.

Pelo exposto se conclui que falar ou escrever sobre a qualidade de vida, nos nossos dias, não é tarefa fácil. Isto porque não é possível limitarmo-nos aos conceitos de qualidade como técnica de garantia, de "adequado ao uso", obviamente há muito ultrapassado, mas porque é preciso encarar uma qualidade sem "fronteiras".

Qualidade de vida, é uma condição ou um estado de espírito que engloba um modo de pensar, de agir, de educar, de que resulta um papel

decisivo do homem na interacção da sociedade em que está inserido e faz parte integrante.

Poder-se-ia dizer que se trata de um estado de perfeito bem-estar físico, mental, económico e social, em que o indivíduo sente plena realização e satisfação consigo próprio e com o meio que o rodeia, faz hoje, parte da linguagem de todos especialistas e leigos, detentores dos mais diversificados tipos de culturas.

Embora algo subjectivo, é um conceito que designa o grau de satisfação das necessidades nos vários domínios da vida humana, que incluem a autorealização, a saúde, a vida social, familiar, a habitação, a situação profissional, o nível de rendimento, a segurança pessoal, a qualidade ambiental, a justiça e igualdade social.

Entretanto, o grau de dificuldade em definir qualidade de vida aumenta, de acordo com o grau de exigência da sociedade para com o indivíduo e, das próprias expectativas e objectivos deste.

Considerar o Homem como Ser complexo e uno com características próprias, implica ter de reconhecer que o que para uns pode ser uma óptima qualidade de vida, por se tratar de pessoas humildes e simples, com objectivos simples, mas que satisfazem as suas necessidades, para outros pode não ser tão verdade assim.

Não podemos esquecer o indivíduo que quanto mais tem, mais quer, sentindo-se eternamente insatisfeito, o que significa que para ele, qualidade de vida é capaz de ter um grau de exigência demasiado elevado e difícil de conseguir.

O processo de qualidade de vida inicia-se em casa, na família, e atinge o seu ponto de equilíbrio numa articulação perfeita entre os valores e a educação. A escola e todo o processo de aculturação, em sentido mais amplo são decisivos no fortalecimento de um conjunto de valores educacionais base, os quais serão num estado inicial regras de comportamento e sociabilidade.

Posteriormente, num estádio, mais avançado, constituirão as bases éticas da sociedade.

Por isso é fundamental, que a sensibilização para a problemática da qualidade de vida seja efectuada com naturalidade pelo meio familiar e sócio-cultural no seio dos quais a personalidade e o carácter dos indivíduos são formados.

A procura do melhor, o espírito de fazer bem o que se faz, são sem dúvida, os melhores ingredientes para a posterior vivência em ambiente de qualidade.

Mas, afinal o que é qualidade de vida ? Para alguns é ter dinheiro, é ter poder, prestígio, ter coisas, é ter saúde. O senso comum diz-nos que "a conhecemos quando a vemos", de que ela "está nos olhos de cada um" e de "que a qualidade é reconhecida por todos". Só que é esse cunho individual, e as diversas forças em presença que tornam difícil a adopção de um conceito com o mínimo de convergência.

Os governos têm como objectivo de assistência a população e não o doente individualizado, pretendem a satisfação das populações, em termos de saúde e a sua equidade. Os médicos pretendem a possibilidade de utilização das últimas tecnologias e progressos científicos para a obtenção de diagnósticos e tratamento mais eficaz. Os administrativos pensam no serviço em termos de eficiência e produtividade. A enfermagem procura, de acordo com os problemas e necessidades dos utentes, promover a saúde e a integração no meio familiar, social e profissional, com o máximo de capacidades.

Os utentes esperam a identificação das causas das suas doenças, o alívio do sofrimento, o restauro das suas capacidades físicas e funcionais, em suma a satisfação das suas necessidades, físicas, psicológicas, sociais e profissionais.

As sociedades desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento promovem em grupo ou individualmente o valor do prestígio e da auto-afirmação. O sucesso é o lema pelo qual se regem e pautam as mais

variadíssimas actividades, criou-se uma "receita mágica", para alcançar o tão desejado sucesso, misturar a competitividade, com a participação e a qualidade de vida.

Sintetizando, a qualidade de vida é responsabilidade de todos e uma tarefa que a todos incumbe. Se queremos qualidade de vida, temos de estar conscientes que a busca de soluções funcionais passa pelo esforço contínuo de todos, para fazer bem, produzir o melhor, ter um bom desempenho profissional, definir o que é desejável e agir em conformidade.

Por isso, afirmamos que a qualidade de vida é uma cultura e só se atinge, com a interiorização e a vivência. É necessário fazer sempre melhor e descobrir a melhor maneira de o fazer, através da experiência e do saber ser e estar. É permitir que cada ser humano veja satisfeitas todas as necessidades humanas básicas, nos vários aspectos que contribuem e possibilitam o bem-estar mínimo e indispensável a que tem direito.

2.1 – Qualidade de Vida e Estado de Saúde

Ao longo dos tempos o conceito de saúde têm sofrido alterações, para além da mudança dos significados, também à saúde surgem associados novos termos como é o caso da qualidade de vida e bem-estar.

Segundo RIBEIRO (1994), os "conceitos como os de saúde, de doença, de cuidados médicos, de cuidados de saúde, reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos".

O conceito de saúde, varia mediante o contexto histórico, o nível socio-cultural e pessoal.

A saúde designa-se pela presença de determinadas características, ter saúde implica não só aumento de longevidade mas sobretudo melhor qualidade de vida, uma vez que esta só se verifica quando a anterior está presente.

O conceito de saúde é mais que a ausência de doença ou incapacidade, porque implica integridade, eficiência, funcionalismo e adaptação social, por outro lado quanto melhor for o estado de saúde melhor será o desempenho das actividades de vida.

Ter saúde é ter perícia para enfrentar no dia-a-dia situações de stress, para manter um bom suporte social, boa integração no meio, satisfação pessoal e profissional, bem-estar psicológico, boa forma física, bom nível de saúde geral em suma ter bom nível de qualidade de vida.

Segundo Ware, citado por Ribeiro (1994), a definição de saúde contem os seguintes conceitos; o funcionamento físico, exercício do papel social, dor, saúde em geral, vitalidade, funcionamento social, emocional, saúde mental, alterações do estado de saúde, os quais podem interferir em todos os aspectos da personalidade e nomeadamente no desempenho das actividades de vida.

Estes conceitos englobam, a dimensão física e a dimensão mental, com os seus aspectos específicos como a função física e o desempenho emocional, os quais apesar de distintos estão relacionados, dizem respeito a factores relacionados com as pessoas como seres individuais.

A função social diz respeito à qualidade e quantidade de contactos ou recursos sociais e que apesar de poder afectar o estado de saúde, não define o estado de saúde individual.

As pessoas com um bom nível social são capazes de enfrentar com êxito as situações do dia-a-dia, no que diz respeito aos papeis sociais, têm um meio familiar mais estável, integram-se e adaptam-se mais facilmente às normas sociais do meio onde estão inseridos.

Pelo contrário, a deficiente integração e adaptação social, pode produzir stress psicológico, diminuir os recursos para enfrentar problemas e pode levar a transtornos psíquicos, nomeadamente à depressão.

A partir da década de setenta os conceitos de qualidade de vida e bem estar associaram-se ao conceito de saúde.

A avaliação da qualidade de vida iniciou-se na década de sessenta, período de grande desenvolvimento económico, reflectindo uma grande preocupação dos investigadores com o bem estar e o desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas.

A avaliação do bem estar, iniciou-se na década de quarenta, todavia essa avaliação fazia-se de maneira objectiva e só mais tarde surge a preocupação de avaliar as experiências pessoais e daí o interesse pelo bem estar subjectivo.

O interesse pela qualidade de vida na saúde, surge na década de setenta como consequência da exigência de uma visão holistica dos problemas de saúde, reflectida na definição de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), como bem estar físico, mental, económico e social e não somente ausência de doença.

Quando se pretende medir a saúde, o primeiro problema que se coloca é a definição do conceito de estado de saúde e qualidade de vida.

Podemos definir qualidade de vida na saúde como uma funcionalidade satisfatória para o indivíduo no domínio físico, psicológico, social e cultural.

Há certas características que são essenciais quando se pretende avaliar a qualidade de vida, nomeadamente, a saúde geral, o nível de execução de actividade de vida, o desempenho profissional, o bem estar geral, a situação socío-economica e o estado emocional.

A qualidade de vida representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença ou incapacidade produzem na vida das pessoas. Além do bem estar físico, engloba também percepções de bem estar, satisfação e auto-estima.

Pelo exposto se depreende ser difícil chegar a acordo sobre o que se entende por estado de saúde e qualidade de vida, todavia tarefa mais difícil é poder medi-las.

Apesar de existir uma grande variedade de instrumentos quantitativos que tendem medir os aspectos de qualidade de vida relacionados com o estado de saúde, tais como a satisfação com a vida, o bem-estar, a capacidade funcional a interacção social, etc, tentar juntá-los num só instrumento não tem sido fácil, em parte devido as diferentes opiniões de investigadores e políticas no que se refere à definição e avaliação de qualidade de vida e estado de saúde.

A medição da qualidade de vida relacionado com a saúde é pois tarefa árdua e difícil pelo que, qualquer medida deve ser, significativa, inteligível, sensível à mudança, justificável teoricamente, além de ter os dados necessários para se poder calcular.

A grande tarefa que se coloca a todos os que trabalham no sistema de saúde, é serem capazes de se orientarem, em absoluto, para a satisfação plena das necessidades dos utentes. A qualidade nos serviços de saúde, passa assim pela plena satisfação das necessidades dos utilizadores dos seus serviços.

O objectivo dos trabalhadores das instituições de saúde deverá ser, exceder essas mesmas necessidades. Por isso devem estar atentos às necessidades explicitas e implícitas do utente e traduzi-las com rigor, prestando desta forma um serviço de qualidade.

O utente como ser humano, uno e individual, quer pela idade, cultura, sexo, nível sócio-economico diferentes, com expectativas e objectivos próprios e com comportamentos adequados à sua maneira de ser e estar, quer baseado nos conhecimentos que possuiu e valores que defende e respeita, não é uniforme e por isso o conceito de qualidade de vida e saúde, deve ser encarado numa perspectiva personalizada e dinâmica.

Em efeitos de síntese, referimos que a qualidade, representa as respostas individuais aos efeitos físicos, emocionais e sociais, que a doença ou incapacidade produzem na vida diária. Além do bem-estar físico, inclui percepções de bem-estar emocional, de satisfação e auto-estima.

Assim, falar de qualidade de vida e estado de saúde é difícil, dado a sua subjectividade. Para alguns esta percepção resulta da extinção da miséria e pobreza, para outras da eliminação da angústia devido à abundância, para outros da conquista de novos bens ou poderes, mas possivelmente para todos, da irradiação da doença e sofrimento e da realização da função óptima, que leva ao uso de todas as capacidades que cada pessoa possui, em suma, desempenho funcional físico, psicológico e social óptimo.

2.2 - Qualidade de Vida e Depressão

Nos últimos anos, e em todo o mundo, têm sido conduzidos diversos estudos epidemiológicos sobre depressão.

Esses estudos enfatizam a elevada prevalência de depressão em geral e o seu impacto a nível da qualidade de vida.

Um estudo europeu recente (o estudo do DEPRESS) analisou os diferentes níveis de sintomas e episódios depressivos, na depressão major, e minor em seis países.

Os indivíduos estudados pelo "DEPRESS" reportaram que a sua vida laboral e social foi significativamente afectada pela patologia depressiva, no entanto uma proporção significativa não procurou tratamento para a sua sintomatologia.

Zung (1993), concluiu que dos cerca de 21% dos doentes que apresentam sintomas depressivos, só 1,2% referem a depressão como motivo de ida ao médico de clínica geral.

No DEPRESS, a depressão major tinha um grande impacto a nível da produtividade laboral: os indivíduos com este diagnóstico tinham um absentismo laboral quadruplo do dos indivíduos considerados normais, Lepine (1997).

De facto, o que é difícil calcular é o verdadeiro custo social da depressão. Os custos de não se tratar a depressão têm de ter em conta a redução a nível de rendimentos, económicos, pessoais e profissionais.

Segundo Russel Kuzel (1997), a depressão é responsável por uma morbilidade significativa. Os indivíduos deprimidos têm uma percepção diminuída do seu estado de saúde, mais sofrimento corporal e pior desempenho físico e social. A capacidade de realizar as tarefas na sua actividade profissional, em casa ou na escola são menores comparativamente com os indivíduos não deprimidos.

Para este autor a redução da funcionalidade associada à depressão é comparável, ou ainda mais marcada, do que a relacionada com algumas doenças crónicas, como a diabetes mellitus, a hipertensão ou a doença articular degenerativa.

Coulehan (1992) afirma que as pessoas deprimidas têm mais doenças físicas do que as não deprimidas.

Frequentemente, as consequências sociais da depressão são ignoradas.

Para a OMS (1997) "a doença da depressão, influência as relações interpessoais reduz de forma significativa a capacidade de trabalho afectando o rendimento do agregado familiar".

A depressão pode levar à morbilidade psicossocial significativa com baixa produtividade nas tarefas profissionais ou sociais, Les Departament of Health and Human Services (1993).

Bartel e Taubman (1986) citado por Lepine (1997), num estudo que efectuaram calculam que a diminuição de rendimentos devido a qualquer patologia psiquiátrica é de 24%.

Rockville (1993) afirma que a taxa de comorbilidade psiquiátrica durante a vida por doença depressiva major chega a atingir 43%.

As relações com os familiares, patrões, colegas de trabalho, amigos e companheiros são geralmente afectados negativamente pela depressão.

"*Frequentemente confunde- se tristeza ou stress com depressão, mas esta última é muito mais profunda, a depressão é uma profunda impotência funcional perante a vida*"[4].

[4] Fred chundler,Ph.D.(1999)

II – OBJECTIVO

Iniciamos este capítulo com a teoria que esteve na base deste estudo, ou seja, tentar explicar as diferenças de género na depressão em relação com a escolha da profissão e desempenho profissional.

Polit e Hungler (1995), afirma que a teoria deve pôr-se à prova e submeter-se a deduções (hipóteses) a investigar.

No segundo ponto deste capítulo procedemos à formulação das hipóteses que guiam esta investigação.

1 - A REALIZAÇÃO NA PROFISSÃO COMO FACTOR PROTECTOR DA DEPRESSÃO

São muitas as causas e os factores que podem levar à depressão, como sendo os biológicos, sociais, culturais, psicológicos e antropológicos.

Com este estudo pretendemos estudar alguns factores culturais e sociais que podem interferir nas diferenças de género na depressão.

Marques Teixeira (1999), a este respeito diz-nos que a linha de explicação mais difundida é a que sugere que estes resultados não revelam diferenças reais entre os dois sexos, mas antes revelam um maior pedido de ajuda por parte das mulheres aquando de situações depressivas.

Mas, se assim fosse, porque é que os homens quando submetidos ao preenchimento de escalas ou inventários de avaliação da depressão continuam a revelar menos depressão do que as mulheres.

Nas sociedades tradicionais, os papeis desempenhados pelos sexos eram absolutos e bem definidos. Após a revolução industrial a mulher para além de cuidar dos filhos e da casa passa a ter uma profissão.

A profissão para a mulher surge como um suplemento de rendimento para a família e não como uma realização profissional ou seja, um trabalho forçado em vez de um trabalho vocacionado.

Portanto temos dois fenómenos distintos:

1° - A diferença de género da depressão;

2° - A mulher durante milhares de anos não desempenhou uma profissão.

Será que uma "coisa" tem a ver com a outra?

Tentaremos procurar explicar se a mulher que ocupa uma profissão que não escolheu e com qual não se sente realizada é mais depressivogenea, já que, a incidência dos problemas de saúde é uma razão variável que dependem, em parte, de causas orgânicas e das circunstâncias e experiências de grande stress da vida.

Pensamos que face ao facto de a mulher escolher a profissão, trabalhar na área que aspira, sentir-se bem com o que faz lhe traz satisfação, prazer, menor cansaço, menos sobrecarga física e psicológica.

Pelo contrário, as mulheres que não se sentem realizadas, que estão numa profissão que não aspiravam, irão sentir-se mais cansadas, com mais stress, mais fadiga, mais desgaste físico e psicológico, auto imagem negativa, auto conceito diminuído e baixa auto estima.

E associado a tudo isto a mulher, regra geral, tem de fazer face ao trabalho doméstico e familiar

Perante estes problemas algumas interrogações nos surgem:

- O desempenho profissional e os estilos de vida, social e culturalmente determinados pelo género influencia a variação da frequência de manifestações depressivas?

Ou

- O desempenho profissional e os estilos de vida social e cultural, vinculados pelo género, interferem na variação da frequência de manifestações depressivas?

Se é verdade a afirmação anterior, esta manifesta-se mais em virtude do desempenho profissional e qual a dimensão desta afecção "depressão" relativamente ao género em três grupos profissionais a trabalhar em diferentes situações profissionais.

Ou

Identificar a existência ou não de diferenças na frequência de depressão entre homens e mulheres bem como a relação que possa existir com a escolha da profissão e o desempenho profissional e estilo de vida.

2 – HIPÓTESES

Uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise. Trata-se na opinião de Polit e Hungler (1995:76), de uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis.

As hipóteses devem ter origem em teorias que se aplicam a situações específicas, Gil (1989).

Com base na teoria delineada, tentaremos investigar as seguintes hipóteses:

H_1 - Há diferenças significativas entre os dois sexos na frequência da depressão.

H_2 - Há relação entre a idade e a depressão, associada ao género.

H_3 - Há relação entre a escolha da profissão e a depressão associada ao género .

H_4 - O relacionamento conjugal interfere na frequência de depressão entre o género.

H_5 - O número de filhos relaciona-se com a depressão.

H_6 - O nível de instrução está relacionado com a depressão (quanto menos instrução menos perturbações) entre o género.

H_7 - A profissão interfere com a satisfação profissional entre o género.

H_8 - Há relação entre o uso de anticoncepcionais e a frequência de depressão.

H_9 - Há relação entre a toma de medicação e a depressão.

H_{10} - Há diferenças entre o género e a realização de trabalho doméstico.

H_{11} - Os estilos de vida, tais como a realização de trabalhos domésticos interferem com a depressão entre o género.

H_{12} - Há diferença entre as mulheres e os homens em relação ao desempenho físico .

H_{13} - Há relação entre o género e o desempenho emocional.

H_{14} - Há diferença entre mulheres e homens em relação à função física.

H_{15} - Há diferença entre mulheres e homens em relação a saúde em geral.

H_{16} - Há diferença entre o género em relação à vitalidade.

III – MATERIAL E MÉTODOS

O termo metodologia tem um sentido amplo, na medida em que se refere à lógica dos princípios gerais que orientam as regras dum estudo sistemático na procura do conhecimento.

Os caminhos a percorrer para a procura deste conhecimento podem ser diversos, dependendo da problemática em questão e o modo como a pretendemos estudar.

A este respeito Domingos (1987:21) diz-nos que a metodologia tem por fim "fornecer um plano geral que nos permita seguir o melhor caminho, a via mais adequada para a consecução dos nossos objectivos e concretização do nosso estudo", dependendo dela o êxito ou o fracasso de todo um trabalho.

Segundo Gil (1991), pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método cientifico. São inúmeros os conceitos sobre pesquisa contudo, importante será referir que o seu objectivo principal é descobrir respostas para as questões, mediante o emprego de procedimentos científicos.

Dado o carácter deste estudo, optou-se por efectuar uma pesquisa descritiva, que tem segundo Gil (1991:45) "*como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis*".

A este respeito Abrantes (1989), diz que os estudos descritivos e exploratórios permitem identificar características de uma população, gerando informação que possibilita estudos posteriores mais complexos.

Este mesmo autor refere que os estudos analíticos se baseiam num modelo de associações e estabelecem hipóteses acerca das relações entre

variáveis dependentes e independentes ou causais, servindo para confirmar hipóteses, ou testar a probabilidade de as hipóteses se verificarem.

Sob o ponto de vista metodológico, este estudo pode considerar-se descritivo, analítico, transversal e exploratório.

1 - POPULAÇÃO ALVO E CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Quando desejamos colher informação sobre um ou mais aspectos de um grupo torna-se necessário seleccionar a população a estudar.

Segundo Polit e Hungler (1995:143), "*uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*". Entendendo-se por amostra "*um subconjunto de entidades que compõem a população*". (Id.;144).

A população objecto deste estudo é constituída por todos os enfermeiros do Hospital Distrital de Chaves (N=140), todos os auxiliares de acção médica (N=135) do mesmo Hospital e ainda todos os professores da Escola E/B 2,3 Nadir Afonso de Chaves (N=130).

Os locais para a selecção da população foram escolhidos por motivos de ordem prática ou seja trabalhar e residir em Chaves, o que facilita a recolha de dados.

A nossa amostra é constituída por sujeitos de três grupos profissionais, enfermeiros, auxiliares de acção médica e professores a desempenhar funções em situações de trabalho e instituições diferentes. Partiu-se do pressuposto que os enfermeiros e os professores escolheram uma carreira profissional, o mesmo não se passando com os Auxiliares de Acção Médica.

Face à nossa população, para que a nossa amostra fosse representativa, tivemos a preocupação que a mesma fosse constituída por 35-40 elementos de cada sexo e profissão.

Como critérios de inclusão na amostra estabelecemos que os profissionais teriam de possuir idade entre os 21-50 anos e terem pelo menos um ano de exercício profissional.

Dentro destes critérios foram efectuadas abordagens individuais junto dos profissionais solicitando a colaboração no preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

As escolhas dos elementos da população a serem retidos para a amostra foram sorteados pelos critérios de emparelhamento dos respondentes relativamente às variáveis profissão e sexo.

2 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A descrição do método de colheita de dados, constitui um passo importante numa pesquisa, sendo o primeiro objectivo responder as questões de investigação enunciadas.

A nossa opção recaiu sobre a elaboração de um questionário, com questões fechadas e semi abertas no sentido de recolher informação com vista a caracterização da amostra.

Considerando o questionário como um processo interactivo e com base na literatura mencionada no primeiro capítulo, elaborou-se o questionário (***Anexo I***) que é constituído por 10 questões.

Foi elaborado com o objectivo de ser utilizado nos três grupos profissionais.

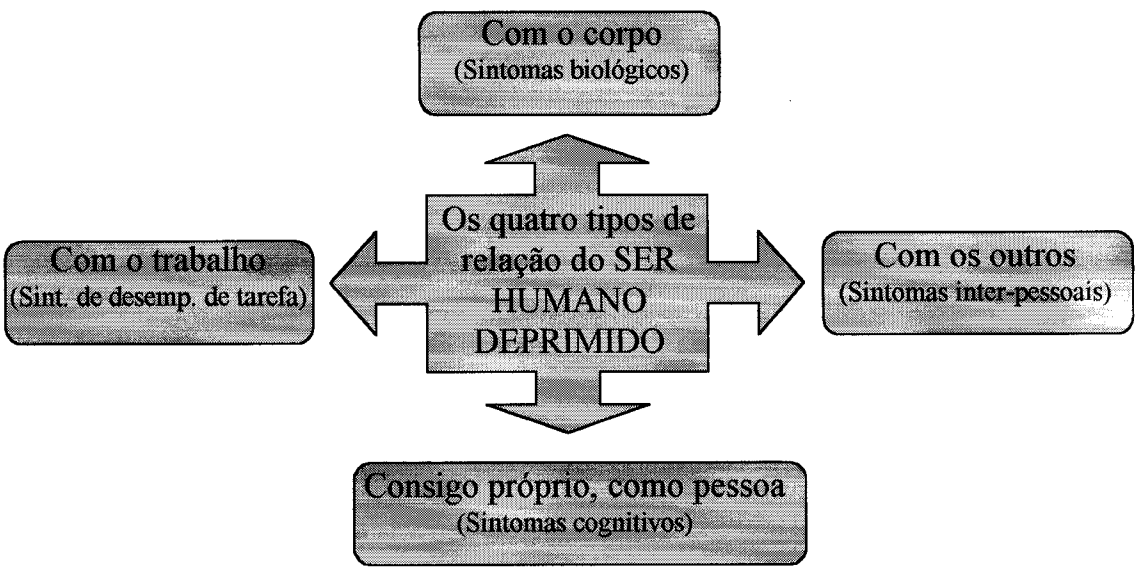
Para além deste questionário e para poder medir as variáveis em estudo utilizamos os seguintes inventários e escalas.

IACLIDE – Inventário de avaliação clínica da depressão.

O Inventário de Avaliação Clínica da depressão é um instrumento de auto-avaliação para medir a intensidade dos quadros depressivos, construído pelo Professor Doutor Vaz Serra em 1994 (***Anexo II***).

Esta escala é formada por 23 questões diferentes, apresentadas sob a forma de uma escala tipo Likert, abrangendo quatro tipo de perturbações distintas: alterações biológicas, sintomas cognitivos, modificação das relações interpessoais, supressão ou alteração do desempenho de tarefa. Estes quatro tipos de perturbações têm a ver com a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho, como podemos observar na figura 2.

Figura nº2 - Concepção dos sintomas do IACLIDE.



Fonte : SERRA, Adriano Vaz "*Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*", Coimbra 1994.

Deste inventário é possível obter várias dimensões.

Para além de um valor numérico total que exprime a intensidade do quadro clínico depressivo e o ponto de corte com a normalidade, pode-se determinar os pesos relativos dos quatro tipos diferentes de sintomas já enumerados.

Das 23 questões que compõem este inventário, 6 dizem respeito aos sintomas biológicos, 3 aos inter-pessoais, 10 aos cognitivos e 4 ao desempenho e tarefa. A determinação das médias para cada um destes conjuntos permite conhecer em que aspectos um deprimido tem maior dificuldade na sua vida quotidiana. Dado a escala de Likert ser cotada entre 0 - 4, as médias poderão situar-se entre esses valores.

Com o IACLIDE pode ainda obter-se uma previsão da incapacidade para a vida em geral, para a vida no trabalho, para a vida social e para a vida familiar.

A pontuação global obtida no inventário, estabelece os graus de gravidade da depressão e a divisão entre não deprimido e deprimido.

Considerando não deprimidos a pontuação obtida entre 0-19, depressão leve entre 20-34, depressão moderada entre 35-52 e depressão grave a pontuação obtida igual ou superior a 53.

CES-D SCALE

Foi também utilizado o CES-D versão Portuguesa – adaptado pelo Professor Doutor João Barreto (*Anexo III*).

O CES-D é formado por 10 questões perfazendo uma pontuação máxima de 30 pontos.

Com a pontuação obtida no CES-D também é possível medir a intensidade dos quadros depressivos.

Considerando-se normal, ou seja sem depressão, a pontuação obtida entre 0-15, depressão leve a pontuação obtida entre 16-24 e depressão moderada a pontuação obtida superior a 25.

ESCALA DE SAÚDE SF-36

Para determinar a qualidade de vida na saúde e desempenho, utilizamos a versão portuguesa do Questionário de Estado da Saúde SF-36- (*Anexo IV*)

O SF-36 é um questionário do estado de saúde e foi construído para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde, como podemos observar no quadro 4. Estão também indicados neste quadro, o número de perguntas que constituem cada conceito.

Quadro nº4 – Escala do SF-36

Conceitos	Nº de Itens
FF Função física	10
DF Desempenho físico	4
DF Dor física	2
SG Saúde geral	5
VT Vitalidade	4
FS Função social	2
DE Desempenho emocional	3
SM Saúde mental	5
MS Mudança de saúde *	1

* não é considerado um conceito de saúde.

A escala correspondente à ***função física***, pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores (como tomar banho ou vestir-se), até às actividades mais exigentes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância.

As escalas de ***desempenho*** medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Incluem as limitações no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade da redução da quantidade de trabalho e a dificuldade para realizar as tarefas.

As escalas de ***dor*** representam não só a intensidade e o desconforto causadas pela dor, mas também a extensão da forma como interfere nas actividades usuais.

A escala de ***saúde geral*** pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável.

A escala referente à ***vitalidade*** inclui os níveis de energia e de fadiga.

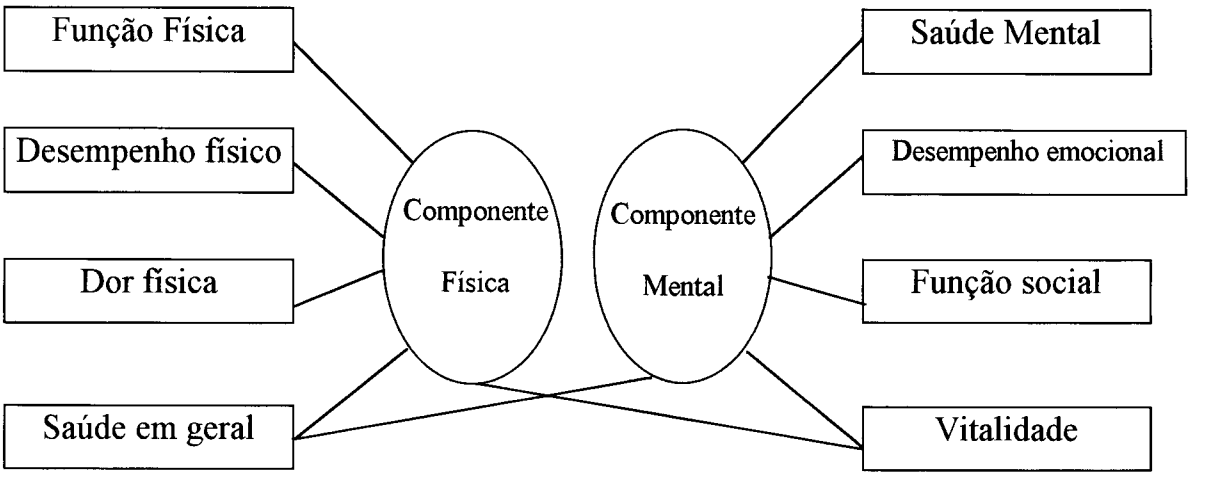
A escala de ***funcionalidade social***, pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente.

A escala de ***saúde mental*** inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental. São elas a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem estar psicológico.

A escala de ***transição*** ou ***mudança de saúde*** pede ao respondente que informe, com base na experiência previamente vivida, a quantidade de mudanças em geral na sua saúde.

Estas oito dimensões podem ser agrupadas em dois conceitos (saúde física e saúde mental) conforme se pode ver pelo diagrama da figura 3.

Figura nº 3 – Modelo componente do factorial SF-36.



No Quadro nº5 são apresentados os conteúdos dos itens de cada escala.

Quadro nº5 – Conteúdos abreviados dos itens da escala do SF-36

ESCALA	PERÍODO	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO	ALTERNATIVAS
FF Função Física	Actual	3a	Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos	• Sim, muito limitado/a, sim um pouco limitado/a, não nada limitado/a
		3b	Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	
		3c	Levantar ou carregar as compras da mercearia	
		3d	Subir vários lanços de escadas	
		3e	Subir um lanço de escadas	
		3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	
		3g	Andar mais de 1 Km	
		3h	Andar várias centenas de metros	
		3i	Andar um centena de metros	
		3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	

ESCALA	PERÍODO	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO	ALTERNATIVAS
DF Desempenho Físico	Nas últimas 4 semanas	4a	Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	• Sempre, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo, nunca.
		4b	Fez menos do que queria	
		4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades	
		4d	Dificuldade, em executar o trabalho ou outras actividades	
DF Dor física	Nas últimas 4 semanas	7	Intensidade das dores	• Nenhumas, muito fracas, ligeiras, moderadas, fortes, muito fortes
		8	Interferência da dor no trabalho normal	• Absolutamente nada, um pouco, moderadamente, bastante, imenso.
SG Saúde geral		1	A sua saúde é :	• Óptima, muito boa, boa, razoável, fraca
		11a	Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	• Absolutamente verdade, verdade, não sei, falso, absolutamente falso.
		11b	Sou tão saudável como Qualquer outra pessoa	
		11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	
		11d	A minha saúde é óptima	
VT Vitalidade	Últimas 4 semanas	9a	Cheio/a de vitalidade	• Sempre, a maior parte do tempo, bastante tempo, algum tempo, pouco tempo, nunca.
		9e	Com muita energia	
		9g	Sentiu-se estafado/a	
		9i	Sentiu-se cansado/a	

ESCALA	PERÍODO	ITEM	CONTEÚDOS ABREVIADO	ALTERNATIVAS
FS Função social	Nas últimas 4 semanas	6	Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais normais	• Absolutamente nada, pouco moderadamente, bastante, imenso.
		10	Número de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais	• Sempre, a maior parte do tempo, bastante tempo, algum tempo, pouco tempo, nunca.
DE Desempenho Emocional	Nas últimas 4 semanas	5ª	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	• Sempre, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo, nunca.
		5b	Fez menos do que queria	
		5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume	
SM Saúde mental	Nas últimas 4 semanas	9b	Sentiu-se muito nervoso/a	• Sempre, a maior parte do tempo, bastante tempo, algum tempo, pouco tempo, nunca.
		9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava	
		9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a	
		9f	Sentiu-se deprimido/a	
		9h	Sentiu-se feliz	
MS Mudança de Saúde		2	Classificação da saúde actual comparada com o que acontecia há um ano	• Muito melhor, com algumas melhoras, aproximadamente igual, um pouco pior, muito pior.

Para podermos quantificar as respostas e avaliar a sua intensidade de variação, fez-se a sua codificação prévia , seguido a opinião do referido autor que quantifica em nível baixo, médio e alto, atribuindo-lhe os seguintes scores.

Niveis	**Score**
Baixo	[0 – 40[
Médio	[40 – 70[
Alto	[70 – 100]

3 – PROCEDIMENTOS

Se de um modo geral a revisão da literatura nos abriu algum caminho para a construção do instrumento de recolha de dados, é de referir que não foi suficiente. Com base na literatura foi elaborada uma listagem dos conteúdos a incluir no pré-questionário, o que significa no fundo "traduzir os objectivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos" Gil (1987, p.126).

Numa fase seguinte elaborou-se o questionário que foi submetido a uma pré-testagem de 6 pessoas da nossa população. Foi pedido aos inquiridos que registassem junto de cada questão as dificuldades, dúvidas ou sugestões que sentissem durante o preenchimento.

Esta fase teve como principal objectivo, detectar questões de difícil compreensão.

A partir das sugestões, da análise das respostas ao pré-questionário, o mesmo sofreu reformulação de acordo com as opiniões recolhidas, dando origem ao questionário final.

Em cada umas das instituições contactou-se pessoalmente quer o Conselho de Administração quer o Conselho Directivo, no sentido de explicar a finalidade do estudo, pedir colaboração e autorização para a sua realização. Posteriormente formalizou-se o pedido por escrito, tendo sido obtida autorização (***Anexo V***).

Foi pedida autorização para a utilização do inventário de avaliação clinica ao Professor Doutor Vaz Serra, e ao professor Doutor Pedro Lopes Ferreira para a utilização do questionários de saúde SF-36, cujas autorizações se encontram em (***Anexo VI***).

4 - VARIÁVEIS

As variáveis referem-se a tudo o que pode assumir diferentes valores, segundo os casos particulares, ou as circunstâncias.

Segundo Fabienne Fortin (1999) variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente. É o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. A variável dependente é muitas vezes chamada à "variável crítica" ou a "variável explicada".

Variável independente - são variáveis manipuladas pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.

Variável intermediária – são variáveis que não são observadas, mas cuja presença é deduzida da relação entre a variável dependente e a variável independente.

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Independentes: Idade; Sexo; Estado Civil, Deslocações, Filhos, Número de Filhos, Escolaridade, Profissão, Aspiração Profissional, Trabalhos Domésticos (ligeiros, moderados, pesados);

- Intermédias: realização profissional e satisfação profissional;

- Dependentes (estado actual):
  - CES-D / Depressão (CES-D);
  - IACLIDE / Depressão (IACLIDE);
  - SF-36 / Estado de Saúde e Qualidade de vida.

IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

> "*Para interpretar e comunicar os dados de um estudo necessita-se de experiência e conhecimento em estatística e investigação, compenetração intelectual, atributos que é impossível apreender num livro de texto*".
>
> Polit e Hungler (1995)

Neste capítulo vamos proceder à apresentação dos resultados obtidos após tratamento e análise.

Dividiu-se o capítulo em duas partes. Na primeira faz-se a caracterização da amostra. Na segunda faz-se a descrição e análise da diferença de género na depressão e desempenho profissional.

De referir que em todas as tabelas, gráficos e quadros, será omitida a fonte, o local e o ano dado que se referem as respostas ao "Questionário".

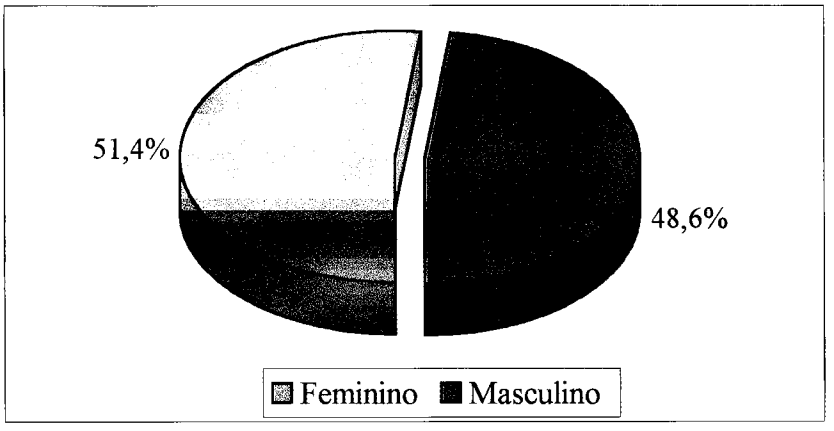
1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos do nosso estudo são 214, tendo em conta os questionários distribuídos, que foram 240 o que corresponde a uma taxa de retorno de 89,05%.

Sexo

Como já referimos os elementos da amostra são 214. Pela análise do seguinte gráfico constata-se que 51,4% (n=110) são do sexo feminino e 48,6% (n=104) são do sexo masculino.

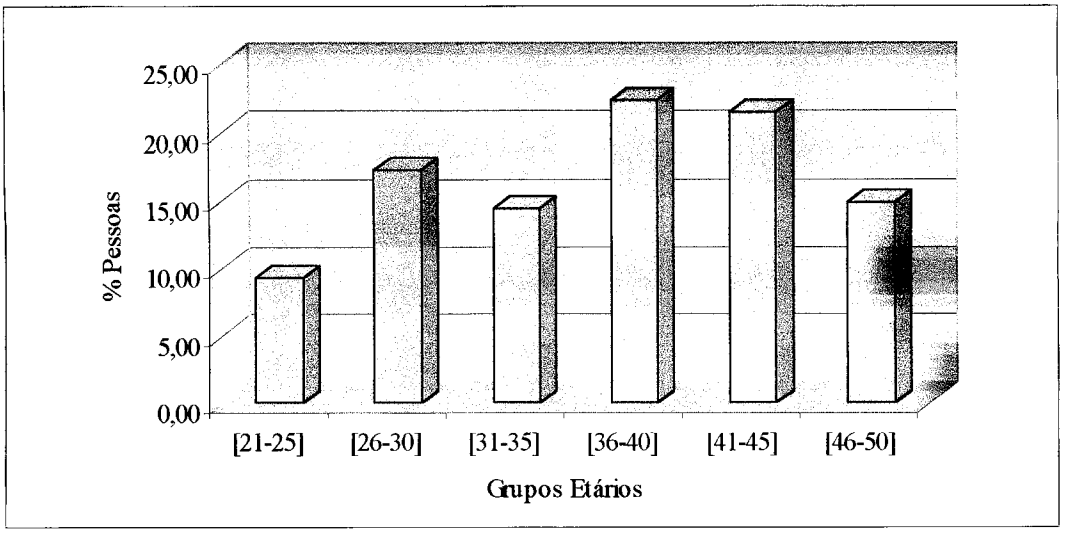
Gráfico nº1 – Representação dos sujeitos por sexo.



Idade

Como se pode observar no gráfico nº2 (Distribuição dos sujeitos por idade) apresentam uma distribuição aproximadamente normal, com uma média de idade de 37 anos e um desvio médio em relação à mesma de 7,5 anos, com maior frequência de idades no grupo etário dos 36 aos 40 anos.

Gráfico nº2 – Distribuição dos sujeitos por idade.



X = 37,0374
Md = 38 anos
Desvio Padrão = 7,59098

Na tabela nº1 podemos observar a distribuição dos elementos da amostra por idade e sexo. Verificamos que no sexo feminino a maior percentagem dos elementos se situam nos grupos etários 36-40 e 41-45 com 12,14% (n=26) em cada classe. No sexo masculino a maior percentagem situa-se no grupo etário 26-30 com a percentagem de 11,21% (n=24).

Tabela n.º 1 - Distribuição dos elementos da amostra por idade e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
G. Etários	n	%	n	%
21 – 25	6	2,80	14	6,54
26 – 30	13	6,10	24	11,21
31 – 35	18	8,41	13	6,1
36 – 40	26	12,14	22	10,27
41 – 45	26	12,14	20	9,34
46 – 50	21	9,81	11	5,14

Média = 37.03 Desvio Padrão = 7.59 Mediana = 38 anos

No sexo feminino a média de idade = 38,32 anos, variância = 53,55 mediana = 38 anos, desvio padrão = 7,31 anos.

No sexo masculino a média de idade = 35,60 anos, variância = 59,45 mediana = 36 anos, desvio padrão = 7,71 anos.

Estado Civil

Como podemos constatar os sujeitos do nosso estudo são na sua maioria casados 73,36% (n=157) seguindo-se os solteiros 22,9% (n=49), os separados ou divorciados 3,27% (n=7) e por último viúvo 0,47% (n=1).

Tabela nº2 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil.

Estado Civil	n	%
Solteiro (a)	49	22,90
Casado(a) ou coabitando	157	73,36
Separado(a)/divorciado(a)	7	3,27
Viúvo(a)	1	0,47
TOTAL	**214**	**100,00**

No que se refere ao estado civil por sexo, conforme podemos observar na tabela 3, maioritariamente são casados com uma relação equitativa entre os dois sexos. 36,4% (n= 78) para o sexo feminino e 36,9% (n=79) para o sexo masculino.

Seguindo-se os solteiros com 11,2% (n=24) para o sexo feminino e 11,7% (n=25) para o sexo masculino.

Tabela n.º 3 - Distribuição dos elementos da amostra segundo o estado civil e sexo .

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Estado Civil	n	%	n	%
Solteiro(a)	24	21.82	25	24.4
Casado(a)	78	70.91	79	75.96
Separado(a)	7	6.36	0	0.00
Viúvo	1	0.91	0	0.00

Deslocações diárias

Por sua vez no que se refere ao percurso diário realizado, constatamos que na maior parte dos casos independentemente do sexo, é feito num período de tempo inferior a 20 minutos, 46,3% (n=99) e 42,1% (n=90) respectivamente no sexo feminino e masculino.

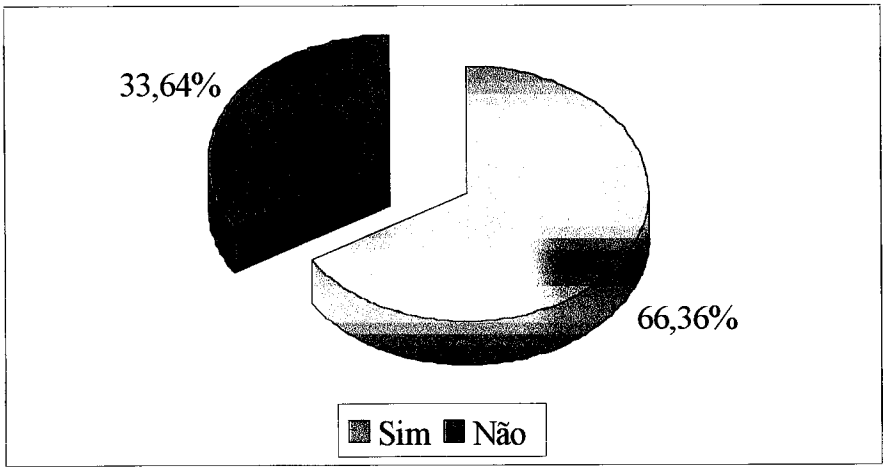
Tabela n.º 4 - Distribuição dos elementos da amostra por tempo gasto em deslocação e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Deslocações Diárias	n	%	n	%
< 20 min	99	90.0	90	86.54
> 20 min	11	10.00	14	13.46

Número de filhos

Em relação ao número de filhos constatamos que dos elementos da amostra 66,36% (n=143) têm filhos e 33,64% (n=71) não têm, como podemos observar no gráfico nº3.

Gráfico nº 3 – Representação dos sujeitos em relação ao número de filhos.



No que se refere ao número de filhos e de acordo com o que nos é dado a observar na tabela n.º 5, a maioria dos elementos da amostra em estudo, quer de um e de outro sexo tem filhos, 71.81% (n=79) e 61.54% (n=64), respectivamente masculino e feminino. Por outro lado é mais expressiva à não existência de filhos no sexo masculino, 38.46 % (n=40).

Tabela n.º 5 - Distribuição dos elementos da amostra pela existência de filhos e sexo.

Sexo	Feminino		Masculino	
Filhos	n	%	n	%
Sim	79	71,81	64	61,54
Não	31	28,19	40	38,46

No que se refere à distribuição do número de filhos pelos elementos da amostra, constatamos, a existência de aproximadamente, dois filhos, por cada um dos inquiridos mas tendencialmente as famílias dos elementos da amostra do sexo feminino, revelam-se mais heterogéneas no que se refere a este particular, como podemos observar na tabela nº6.

Tabela n.º 6 - Distribuição dos elementos da amostra por número de filhos e sexo.

Sexo	Feminino		Masculino	
N.º Filhos	n	%	n	%
1	32	29,01	25	24,03
2	35	31,82	36	34,61
3	10	9,09	3	2,88
4	1	0,90		
5	1	0,90		

Nível de Escolaridade

Pela análise da tabela n.º 7, concluímos que nos elementos da amostra do sexo feminino é mais frequente a licenciatura 37,27% (n=41) e por sua vez, no sexo masculino é o bacharelato que é referenciado com 36,54% (n=38).

Tabela n.º 7 - Distribuição dos elementos da amostra por nível de escolaridade e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Escolaridade	n	%	n	%
Instrução Primária	18	16,36	13	12,50
6.º Ano	10	9,61	6	5,77
9.º Ano	5	4,54	12	11,54
12º Ano	6	5,45	3	2,88
Bacharelato	30	27,27	38	36,54
Licenciatura	41	37,27	32	30,77

Profissão

No que se refere à distribuição dos elementos da amostra em estudo por sexo e profissão, constatamos uma distribuição equilibrada, onde 33,6% (n=72) são Auxiliares de Acção Médica, 35% (n=75) são Enfermeiros e 31,3% (n=67) são Professores.

Na tabela nº8 e gráfico nº4 é feita a representação dos sujeitos por profissão e sexo.

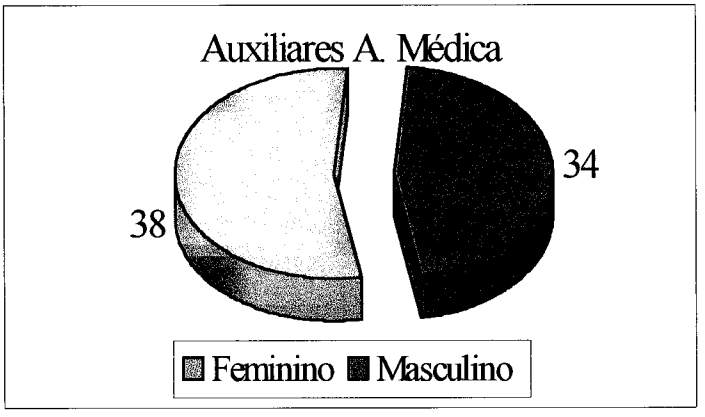
Esta distribuição resultou do emparelhamento entre o sexo e a profissão. Como se pode verificar em relação aos Auxiliares de Acção Médica 38 são do sexo feminino e 34 do sexo masculino. Relativamente aos enfermeiros 37 são do sexo feminino e 38 do sexo masculino.

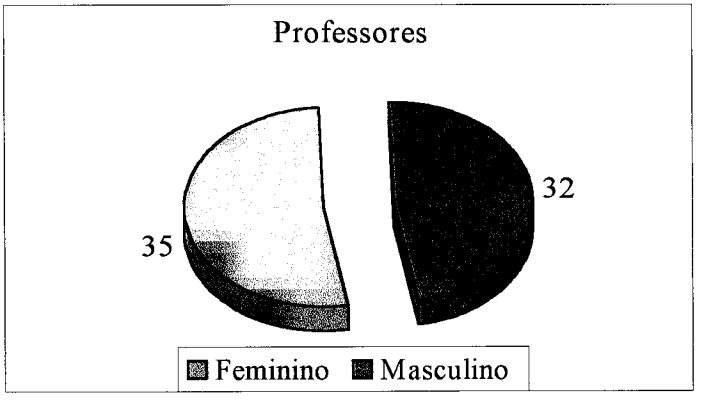
No que diz respeito aos professores 35 são do sexo masculino e 32 do sexo feminino.

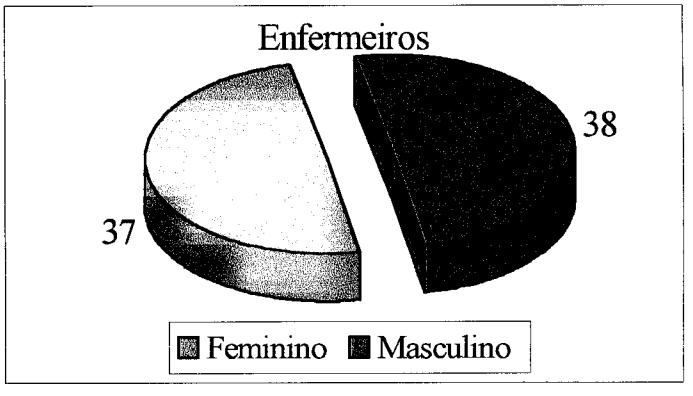
Tabela n.º 8 - Distribuição dos elementos da amostra por profissão e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Profissão	n	%	n	%
Auxiliares de Acção Médica	38	34,54	34	32,69
Enfermeiros	37	33,64	38	36,53
Professores	35	31,82	32	30,78

Gráfico nº 4 – Distribuição dos sujeitos por profissão e sexo.







Aspiração Profissional

Com a análise da tabela n.º9, podemos concluir, que maioritariamente os diferentes intervenientes da amostra em estudo, vieram para a profissão por escolha num total de 86,42% (n=93). De referir que este factor é ainda mais expressivo no sexo feminino com 51,80% (n=57).

Seguidamente é o grupo dos que não tiveram possibilidade de outra escolha, o mais expressivo com 46,66% (n=50), sendo neste particular as opiniões bastante equilibradas por sexo, 24,54% (n=27) e 22,12% (n=23) respectivamente sexo feminino e masculino.

O facto de "sentirem" a profissão como a mais próxima também se tornou bastante expressivo, com 43,38% (n=46) a referirem esta possibilidade, no entanto, é no sexo masculino onde esta é mais evidente com 28,84% (n=30), contra 14,54% (n=16) do sexo feminino.

Dos elementos da amostra só 9,41% (n=10) é que referiram ter vindo para a profissão pelo horário e 8,44% (n=9) pelo salário, sendo este tipo de manifestações bastante equilibrado por sexo, como podemos observar

Tabela n.º 9 - Distribuição dos elementos da amostra por aspiração profissional e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Aspiração Profissional	n	%	n	%
Por Escolha	57	51,80	36	34,62
Mais Próxima	16	14,54	30	28,84
Pelo Salário	4	3,64	5	4,80
Pelo Horário	4	3,64	6	5,77
Não ter outra escolha	27	24,54	23	22,12
Outros	2	1,84	4	3,85

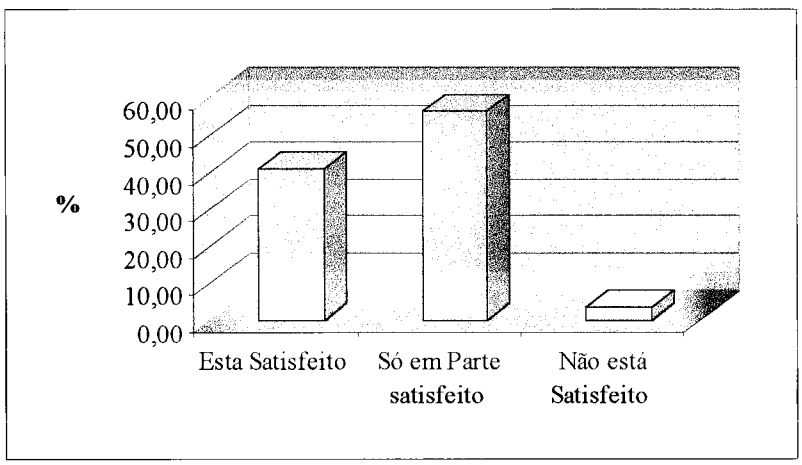
Satisfação profissional

Podemos verificar pela tabela nº10 e gráfico nº5 que dos elementos da amostra, 56,07% (n=120) estão em parte satisfeitos com a profissão, 40,65% (n=87), estão satisfeitos e 3,27% (n=7) não estão satisfeitos.

Tabela nº 10 – Distribuição dos sujeitos segundo a satisfação profissional

Aspiração Profissional	**n**	**%**
Esta Satisfeito	87	40,65
Só em Parte satisfeito	120	56,07
Não está Satisfeito	7	3,27
TOTAL	**214**	**100,00**

Gráfico nº5 – Representação dos sujeitos segundo a satisfação profissional.



A distribuição dos sujeitos segundo a satisfação profissional por sexo, encontra-se no capítulo dos resultados.

Realização Profissional

Da leitura da tabela nº11, ressalta que 59,09% (n=65) assinalou o item "sim" relativamente à realização profissional no sexo feminino e 48,07% (n=50) no sexo masculino. O item "talvez não" foi assinalado por 28,18% (n=31) do sexo feminino e 37,50% (n=39) no sexo masculino respectivamente.

Tabela n.º 11 - Distribuição dos elementos da amostra por realização profissional e sexo.

Sexo	Feminino		Masculino	
Realização Profissional	n	%	n	%
Sim	65	59,09	50	48,07
Talvez Sim	31	28,18	39	37,50
Talvez Não	11	10,0	8	7,69
Não	3	2,73	7	6,74

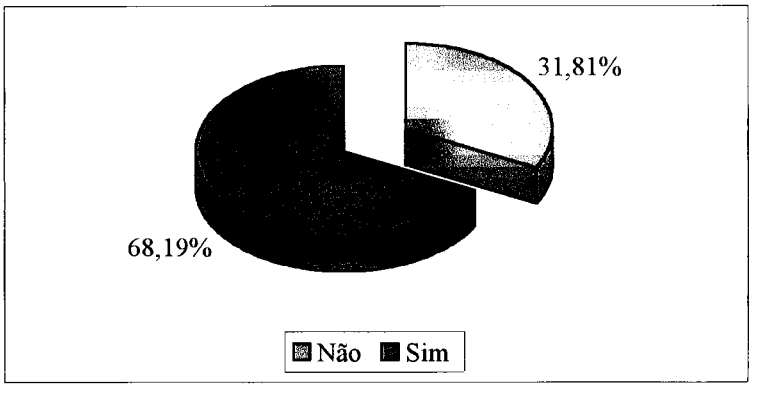
Uso regular de anticoncepcionais orais

Podemos observar pela análise da tabela e do gráfico seguinte que 68,19% (n=75) das mulheres deste estudo usam anticoncepcionais orais e 31,81% (n=35) não.

Tabela nº12 – Distribuição das mulheres que usam anticoncepcionais orais.

Anticoncepcionais Orais	n	%
Não	35	31,81
Sim	75	68,19
Total	**110**	**100,00**

Gráfico nº6 - Representação das mulheres que usam anticoncepcionais orais.



Toma diária de medicação prescrita pelo médico

No que se refere ao costume de tomar diariamente medicação prescrita pelo médico, que as mulheres o fazem de uma forma mais frequente 20% (n=22), contra 5,76% (n=6) dos homens.

Inversamente, 94,24% (n=98) dos elementos da amostra do sexo masculino não toma diariamente medicação prescrita, situação que é igualmente referida por 80% (n=88) das mulheres da amostra.

Tabela n.º 13 - Representação da distribuição dos elementos da amostra por toma de medicação prescrita e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Medicação prescrita	n	%	n	%
Sim	22	20,00	6	5,76
Não	88	80,00	98	94,24

Relativamente ao tipo de medicação que costumam tomar, são os antibióticos e os anti-inflamatórios aqueles que as pessoas referem tomar mais frequentemente num total de 8 no sexo feminino e 3 no sexo masculino, como podemos observar no Quadro nº6.

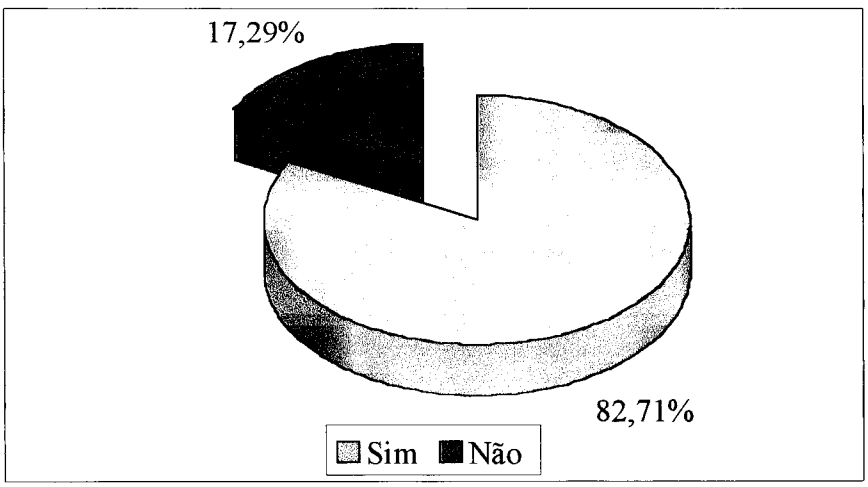
Quadro nº6 – Tipo de Medicação

Medicação	**Feminino**	**Masculino**
Antibióticos/anti-inflamatórios	8	3
Para tensão arterial	5	2
Para o estômago	5	1
Para a asma	5	-
Para os rins	1	-
Para as dores de cabeça	2	-
Para dormir	1	-

Execução de trabalhos domésticos

Pela análise do gráfico nº7, concluímos que 82,71% (n=177) assinalaram o item "sim" ou seja que costuma fazer regularmente trabalhos domésticos e 17,29% (n=37) assinalaram o item "não".

Gráfico nº 7 – Representação dos sujeitos em relação à prática de trabalhos domésticos.



Trabalhos domésticos : "ligeiros"

Através da análise da tabela nº14, verificamos que 51,87% (n=83) dos inquiridos referiram fazer trabalhos domésticos ligeiros todos os dias, 33,75% (n=53) referiu não fazer este tipo de trabalhos diariamente e 14,37% (n=23) nem todas as semanas fazem este tipo de trabalhos.

Tabela nº 14 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos realizados (Ligeiros)

Ligeiros	**n**	**%**
Em regra todos os dias	83	51,87
Nem todos os dias	54	37,75
Nem todas as semanas	23	14,37
TOTAL	**160**	**100**

Trabalhos Domésticos: "moderados"

No que diz respeito à tabela nº15, observamos que 64,41% (n=89) dos inquiridos assinalaram o item "nem todos os dias" executam este tipo de trabalhos, 17,92% (n=24) dos inquiridos dizem "nem todas as semanas" executam este tipo de trabalhos e 15,67 (n=21) é que referem executarem diariamente este tipo de tarefas domésticas.

Tabela nº 15 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos domésticos (moderados)

Moderados	**n**	**%**
Em regra todos os dias	21	15,67
Nem todos os dias	89	64,41
Nem todas as semanas	24	17,92
TOTAL	**134**	**100**

Trabalhos domésticos "pesados"

Através da análise da tabela nº16, constatamos que 70,29% (n=71) dos inquiridos dizem nem todas as semanas executarem este tipo de trabalhos, 28,72% (n=29) referiram a prática deste tipo de trabalhos nem todos os dias e apenas 0,99% (n=1) referiu praticar trabalhos domésticos "pesados" diáriamente.

Tabela nº16 – Distribuição da frequência e tipo de trabalhos domésticos realizados (pesados)

Pesados	**n**	**%**
Em regra todos os dias	1	0,99
Nem todos os dias	29	28,72
Nem todas as semanas	71	70,29
TOTAL	**101**	**100**

Pela análise da tabela n.° 17, constatamos que todos os elementos do sexo feminino, referem a prática regular de trabalhos domésticos, 110 (100%), situação que só é referida por 67 (64,42%) dos elementos do sexo masculino.

Tabela n.° 17 - Distribuição dos elementos da amostra pela realização de trabalhos domésticos e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Trabalhos Domésticos	n	%	n	%
Sim	110	100	67	64,42
Não	0	0,00	37	35,58

No que se refere à prática regular de trabalhos domésticos, constatamos que é do "tipo ligeiro" o que mais frequentemente é realizado num total de 160 elementos, repartidos de uma forma bastante equitativa, pelos diferentes grupos profissionais. Os trabalhos do tipo moderado foram referidos por 134 elementos e do tipo pesado por 101.

Por sua vez no que se refere à realização regular de trabalhos do "tipo moderado", conclui-se, que este é mais frequente nos Enfermeiros 38,1% (n=51), seguido pelos Auxiliares de Acção Médica com 34,3% (n=46) e é menos expressivo nos professores com 27,6% (n=37).

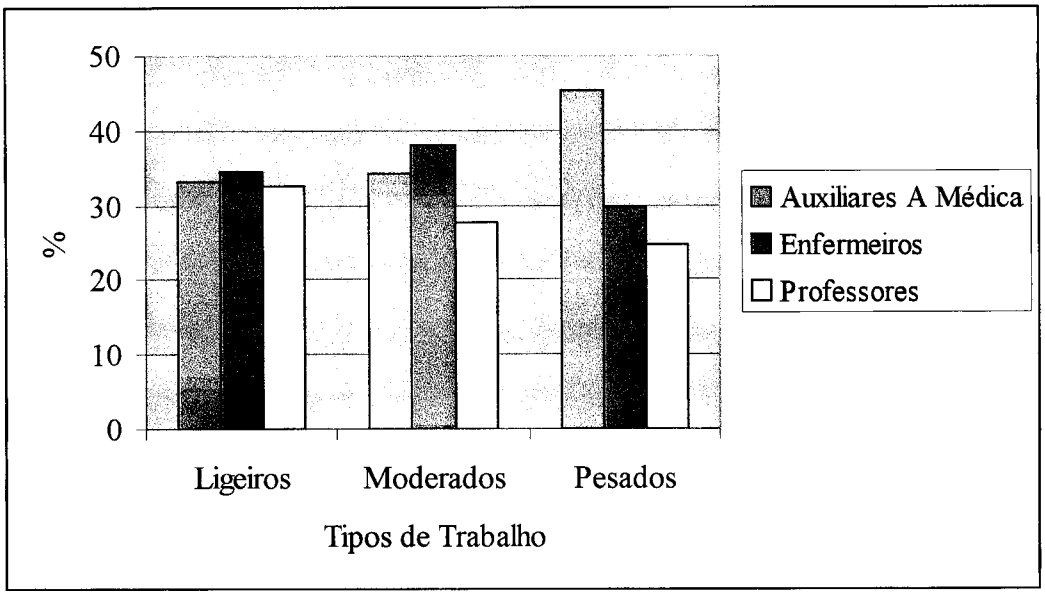
No que se refere aos trabalhos do "tipo pesado", são mais praticados pelos Auxiliares de Acção Médica 45,5% (n=46), seguidos dos Enfermeiros 29,7% (n=30). O grupo profissional dos professores é o menos expressivo com 24,8% (n=25), como podemos observar na tabela e gráficos seguintes.

Tabela n.º 18 - Distribuição do tipo de trabalho realizado por Grupo Profissional.

	SEXO					
	Feminino/Masculino					
Tipo de Trabalho	Ligeiros		Moderados		Pesados	
Grupo Profissional	n	%	n	%	n	%
Auxiliares A Médica	53	33,1	46	34,3	46	45,5
Enfermeiros	55	34,4	51	38,1	30	29,7
Professores	52	32,5	37	27,6%	25	24,8
Totais	160		134		101	

Nota: Os valores percentuais, referem-se aos totais de cada coluna; o mesmo sujeito pode figurar em mais do que uma coluna.

Gráfico nº 8 – Representação do tipo de trabalho realizado por Grupo Profissional.



No que se refere ao tipo de trabalho realizado e à frequência do mesmo por sexo, verificamos que o tipo de trabalho doméstico ligeiro foi referido por 43,1% (n=69) das mulheres, enquanto nos homens apenas o foi por 8,8% (n=14). A realização de trabalhos moderados foi referido por 14,2% (n=19) das mulheres e apenas por 0,7% (n=1) dos homens, como podemos observar na tabela seguinte.

Tabela n.º19 - Distribuição do tipo e frequência do trabalho realizado por sexo.

	SEXO					
	FEMININO			**MASCULINO**		
Freq. dos Trabalhos	Em Regra	Nem	Nem Todas	Em Regra	Nem	Nem Todas
Tipo de Trabalho	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas
Ligeiros	69 (43,1%)	26 (16,3%)	2 (1,3%)	14 (8,8%)	28 (17,5%)	21 (13,1%)
Moderados	19 (14,2%)	73 (54,5%)	8 (6%)	1 (0,7%)	17 (12,7%)	16 (11,9%)
Pesados	1 (1%)	24 (23,8%)	51(50,5%)	0	6 (5,9%)	19 (18,8%)

Nota: Os valores percentuais, foram calculados relativamente ao total de cada linha; o mesmo sujeito pode figurar em mais do que uma linha.

2 – RESULTADOS

Depressão

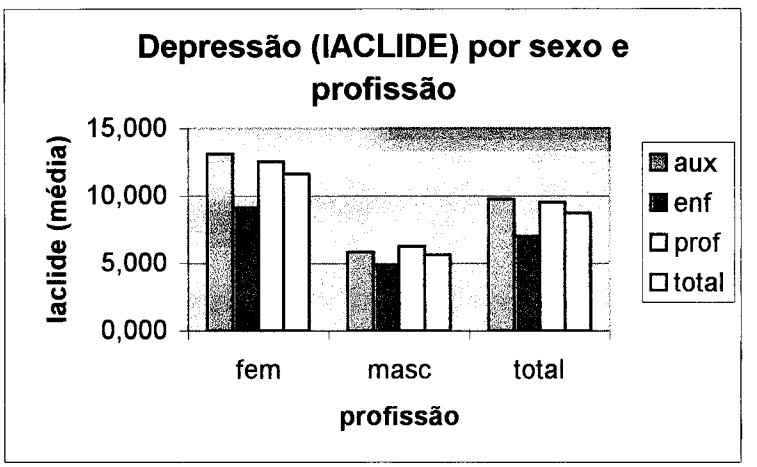
Começamos por apresentar a média de depressão por sexo e profissão segundo os resultados obtidos com o inventário de avaliação da depressão o IACLIDE e com o CES-D-Scale.

Como podemos observar na tabela e gráfico seguinte a média da depressão é sempre superior (praticamente o dobro) no sexo feminino e nos três grupos profissionais.

Tabela nº20 – Média de depressão, por sexo e profissão segundo o IACLIDE.

	Media da depressão	
Profissão	**Feminino**	**Masculino**
Auxiliares A Médica	13,15	5,81
Enfermeiros	9,13	4,86
Professores	12,57	6,21

Gráfico nº 9 - Depressão por sexo e profissão segundo o IACLIDE (médias).

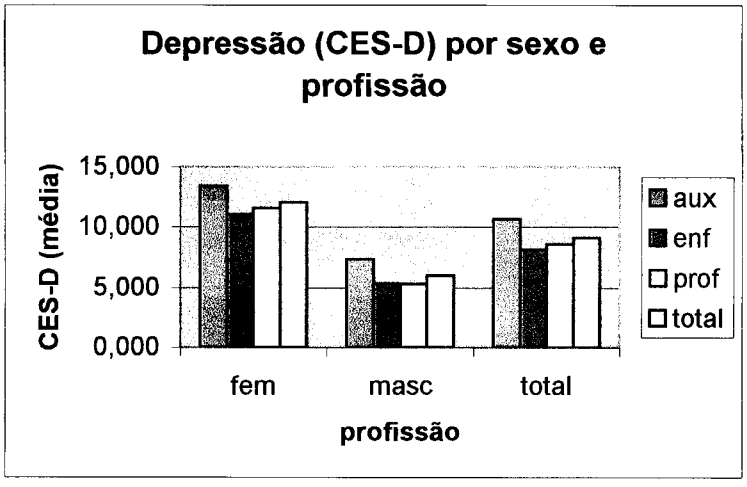


Os resultados do CES-D, relativamente à depressão, são praticamente sobreponíveis aos do IACLIDE, sendo a média da depressão no sexo feminino duas vezes superior (2:1) em relação ao sexo masculino e nos três grupos profissionais. Com uma média ligeiramente superior nos Auxiliares de Acção Médica (média 13,41 no sexo feminino e 7,36 no sexo masculino) em relação aos outros grupos profissionais, como podemos observar na tabela e gráfico seguinte.

Tabela nº21 – Depressão, por sexo e profissão segundo o CES-D (médias).

	Depressão	
Profissão	**Feminino**	**Masculino**
Auxiliares A Médica	13,41	7,36
Enfermeiros	11,02	5,34
Professores	11,57	5,31

Gráfico nº - 10 – Depressão, por sexo e profissão segundo o CES-D (médias).



Dado as pontuações da depressão obtidas com o IACLIDE e o CES-D serem muito semelhantes a partir de agora vamos utilizar os resultados da

depressão obtidos com o IACLIDE. A utilização das pontuações das duas escalas tornava-se para nós complicado e pensamos, de mais difícil compreensão.

Optamos pelo IACLIDE dado este inventário já estar aferido para a nossa população.

Levantamos agora a seguinte questão: estarão correlacionadas as variáveis idade e depressão? Como os nossos dados, ora apresentados, estão no formato nominal ou categorial, vamos proceder a esta avaliação pela aplicação do teste do Qui-quadrado.

Neste sentido e dado que nos confrontamos com a situação de encontrarmos várias frequências esperadas menores que cinco, o que é indesejável sobre o ponto de vista estatístico, entendemos poder aglutinar alguns parâmetros, como sejam :os níveis de depressão leve e moderada e dividir a idade apenas em dois grupos, da forma como apresentamos na tabela n.º 22.

Tabela n.º 22 - Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e idade.

	DEPRESSÃO			
Depressão	**Normal**		**Leve e moderada**	
Idade	n	%	n	%
21 – 35	81	92.04	7	7.96
36 – 50	98	77.78	28	22.22

$\chi^2_{(O)} = 7{,}70997$ **gl** = 1 , $P < 0{,}01$

Neste sentido somos a concluir que existe relação estatisticamente significativa, entre a idade e a depressão .

Contudo, pela análise da tabela n.º 23, podemos inferir, que tendencialmente o nível de depressão leve, tende a manifestar-se a partir dos trinta anos e assume, neste contexto, o valor mais expressivo no grupo etário dos 41 aos 45 anos.

Tabela n.º 23 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e idade.

Sexo / IDADE	SEXO					
	Feminino			Masculino		
	Normal	Leve	Moderada	Normal	Leve	Moderada
21 – 25	4	1	1	14		
26 – 30	11	2		24		
31 – 35	15	2	1	13		
36 – 40	19	6	1	22		
41 – 45	17	8	1	18	2	
46 – 50	13	6	2	9	2	

Assim e ainda no campo das hipóteses vamos levantar mais uma questão: serão estas diferenças significativas por sexo?

Tabela n.º 24 – Relação das variáveis : níveis de depressão e sexo.

	Depressão			
	Normal		Leve e moderada	
Sexo	n	%	n	%
Feminino	79	71.8 2	31	28.48
Masculino	100	96.15	4	3.85

$\chi^2_{(O)}$ =23.1422 **gl** = 1 , P < 0,001

Neste sentido concluímos que existe uma relação estatisticamente significativa entre os géneros e a depressão.

Estado Civil

Os sujeitos deste estudo maioritariamente são casados, com uma relação equitativa entre os dois sexos, seguindo-se os solteiros. No sentido de aferirmos se eventualmente encontramos alguma relação entre o relacionamento conjugal e a depressão, continuamos a seguir os pressupostos anteriores, isto é, continuamos a aglutinar os dados.

Assim, neste caso concreto, dicotomizamos o relacionamento conjugal no sentido da sua existência ou não, conforme podemos ver na tabela n.º 25

Tabela n.º 25 - Distribuição dos elementos da amostra, consoante a situação de existência ou não de relacionamento conjugal e os níveis de depressão.

Relacionamento	**Normal**		**Leve e moderada**	
	n	%	n	%
Existe relacionamento Conjugal	130	82.80	27	17.20
Não existe relacionamento Conjugal	49	85.96	8	14.04

$\chi^2_{(O)} = 0.305697$ **gl** = 1 , **N.S.**

Concluímos assim pela não existência de nenhuma relação estatisticamente significativa, entre o facto de existir ou não relacionamento conjugal e a depressão .

No que se refere à depressão por sexo, e relacionamento conjugal , conforme tabela n.º 26, podemos inferir, que esta – depressão - tende a manifestar-se de forma mais particular entre o grupo dos casados.

Tabela n.º 26 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de relacionamento conjugal.

Sexo / Relacionamento Conjugal	SEXO											
	Feminino						Masculino					
	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro(a)	18	75.0	4	16.6	2	8.33	24	96.00	1	4.00		
Casado(a)	54	72.97	20	25.64	4	5.12	76	96.21	3	3.79		
Separado(a)	6	85.72	1	14.28								
Viúvo	1											

Deslocações Diárias

Por sua vez, no que se refere ao percurso diário realizado, constatamos que na maior parte dos casos, independentemente do sexo, é feito num período de tempo inferior a 20 minutos, 99 (90.0%) e 90 (86.54%) respectivamente do sexo feminino e masculino. (tabela 27).

Por outro lado e no sentido de averiguarmos se existe relação estatisticamente significativa entre o tempo gasto em deslocações diárias e a depressão manifestada, procedemos, nos moldes anteriores ao cruzamento das variáveis que se respeitam.

Tabela n.º 27 - Cruzamento das variáveis : depressão e tempo gasto.

Deslocações Diárias	Normal		Leve e moderada	
	n	%	n	%
≤ 20 minutos	157		32	16.93
> 20 minutos	22		3	12.00

$\chi^2_{(O)}$=0.392467 **gl** = 1 ,**N.S.**.

Somos assim a concluir que não existe nenhuma relação, estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

Pela análise da tabela n.º 28, constatamos que os níveis de depressão caem, na sua maioria, em elementos da amostra, que fazem uma deslocação diária para o local de trabalho, menor ou igual a 20 minutos.

Tabela n.º 28 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e tempo gasto no percurso

Sexo / **Tempo em deslocações**	**SEXO**					
	Feminino			**Masculino**		
	Normal	Leve / Moderada		Normal	Leve/ Moderada	
	n	n	%	n	n	%
≤ 20 minutos	71	23+5	18,79	86	4	4,44
> 20 minutos	8	2+1	27,27	14		

Existência de Filhos

Cruzando as duas variáveis, numa perspectiva de aferir se entre as duas variáveis: número de filhos e a depressão, existe alguma relação estatisticamente significativa, concluímos que de facto as duas variáveis não se influenciam, pelo menos, a níveis estatisticamente significativos

Tabela n.º 29 - Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e existência ou não de filhos.

Existência de Filhos	**Normal**		**Leve e Moderada**	
	n	%	n	%
Sim	116	81,12	27	18,88
Não	63	88,74	8	11,26

$\chi^2_{(O)} = 2{,}01028$ **gl** = 1 , N.S..

Embora anteriormente tenhamos referido, que entre a existência de filhos e os níveis de depressão manifestados, não se revelem resultados estatisticamente significativos, pela análise da tabela seguinte (n.°30), constatamos que os níveis de depressão : leve e moderada, são mais frequentes nas mulheres que têm filhos.

Tabela n.° 30 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e número de filhos.

Sexo / Existência de Filhos	SEXO											
	Feminino						Masculino					
	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	56		20	25.31	3	3.79	60		4	6.25		
Não	23		5	16.12	3	9.67	40					

Contudo, cruzando a depressão manifestada pelos elementos do sexo feminino, com o facto de existirem filhos ou não, concluímos que não existe relação estatisticamente significativa.

Quando anteriormente referíamos que os níveis de depressão, leve e moderada, são mais frequentes nas mulheres que têm filhos, pela análise da tabela n.° 31, podemos afirmar que tal situação acontece – com maior frequência - nas mulheres com um ou dois filhos.

Tabela n.° 31 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e número de filhos existente.

Sexo / Número de Filhos	SEXO											
	Feminino						Masculino					
	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 2	47		17	25.37	3	4.47	57		4	6.55		
3 – 5	9		3	25.00	0		3					

Escolaridade

Para cruzarmos estas duas variáveis escolaridade e sexo, tivemos que – numa perspectiva de reunir os valores necessários por célula, dividir o nível de escolaridade em dois momentos : até ao nono ano e acima do nono ano.

Operacionalizado o teste do Qui-quadrado, constatamos que entre as duas variáveis não existe relação estatística.

Tabela n.º 32 - Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e escolaridade

Escolaridade	**Normal**		**Leve e moderada**	
	n	%	n	%
Até ao nono ano	49	76,56	15	23,44
Superior ao nono ano	130	86,67	20	13,33

$\chi^2_{(O)} = 3{,}34784$ **gl** = 1 , N.S.

A tabela n.º 33, reflecte-nos a distribuição dos elementos da amostra em estudo, pelos diferentes níveis de depressão e grau de escolaridade.

Podemos observar que a depressão tende a manifestar-se quer no sexo feminino, quer no masculino em elementos da amostra que possuem habilitação literária inferior ao 9º ano.

Tabela n.º 33 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e nível de escolaridade

Sexo	SEXO											
	Feminino						Masculino					
Nível de	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
Escolaridade	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instrução Primária	11		7	38.88	0		13		0		0	
6.º Ano	7		3	30.00	0		5		1	16.66	0	
9.º Ano	2		3	60.00	0		11		1	8.33	0	
12º Ano	5		0		1	16.66	3		0		0	
Bacharelato	24		4	13.33	2	6.66	37		1	2.63	0	
Licenciatura	30		8	19.50	3	7.31	31		1	3.12	0	

Profissão

No que se refere à profissão e nível de depressão, cruzamos as duas variáveis, no sentido de aferir, até que ponto estas, se influenciam.

Assim, operacionalizando o teste do Qui-quadrado, constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes profissões e a depressão .

Tabela nº 34 :- Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e Profissão

Profissão	Normal		Leve e moderada	
	n	%	n	%
Auxiliares de Acção Médica	56		16	22,22
Enfermeiros	68		7	9,33
Professores	55		12	17,91

$\chi^2_{(O)} = 4{,}63$ **gl** = 2 , N.S.

Com a análise da tabela n.° 35 constatamos que o nível de depressão, leve e moderada tende a manifestar-se de forma mais expressiva nos Auxiliares de Acção Médica, do sexo feminino, respectivamente 14 (36,8%) do total da população feminina deste grupo profissional.

Por sua vez no grupo profissional dos Enfermeiros, os níveis de depressão leve e moderada, é igual a 7 (18,91%) ,no grupo profissional dos professores, 10 (28,57%) , manifestaram níveis de depressão leve e moderada.

Tabela n.° 35 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e Profissão

Sexo / Profissão	SEXO					
	Feminino			Masculino		
	Normal	Leve e Moderada		Normal	Leve Moderada	
Auxiliares de Acção Médica	24	14	36.8%	32	2	5.88%
Enfermeiros	30	7	18.91%	38	0	0.00%
Professores	25	10	28.57%	30	2	6.25%

Aspiração Profissional

No gráfico n°11 e tabela n°36, estão representados os elementos da amostra por aspiração profissional, profissão e sexo.

Verificamos que relativamente à aspiração profissional no grupo profissional dos enfermeiros, as mulheres foram para a profissão como 1ª escolha com uma percentagem 81,8% e os homens 42,1% também referiram ser a 1ª escolha.

No grupo profissional dos professores 65,71% das mulheres foi a sua 1ª escolha, enquanto que nos homens foi menos expressivo com um percentagem de 56,25%.

A profissão mais próxima foi referida por 20% das professoras e 31,25% dos professores.

No grupo profissional dos Enfermeiros 31,58% dos homens referiram ser a profissão mais próxima da que aspiravam, contra 13,51% das mulheres.

Situação idêntica referida pelos Auxiliares onde 20,59% dos homens referiram ser a mais próxima da que aspiravam assim como 13,16% das mulheres.

É de salientar que no grupo profissional dos Auxiliares de Acção Médica 60,53% das mulheres e 38,24% dos homens referiram ter ido para esta profissão por não ter outra alternativa.

No grupo profissional dos enfermeiros 21,05% dos homens e 2,70% das mulheres também assinalaram este item, ou seja sem outra alternativa.

No grupo profissional dos professores foi pouco expressivo apenas 8,57% das mulheres e 6,25% dos homens assinalaram o item, sem alternativa.

Gráfico nº11 – Representação dos elementos da amostra por aspiração profissional/ profissão e sexo

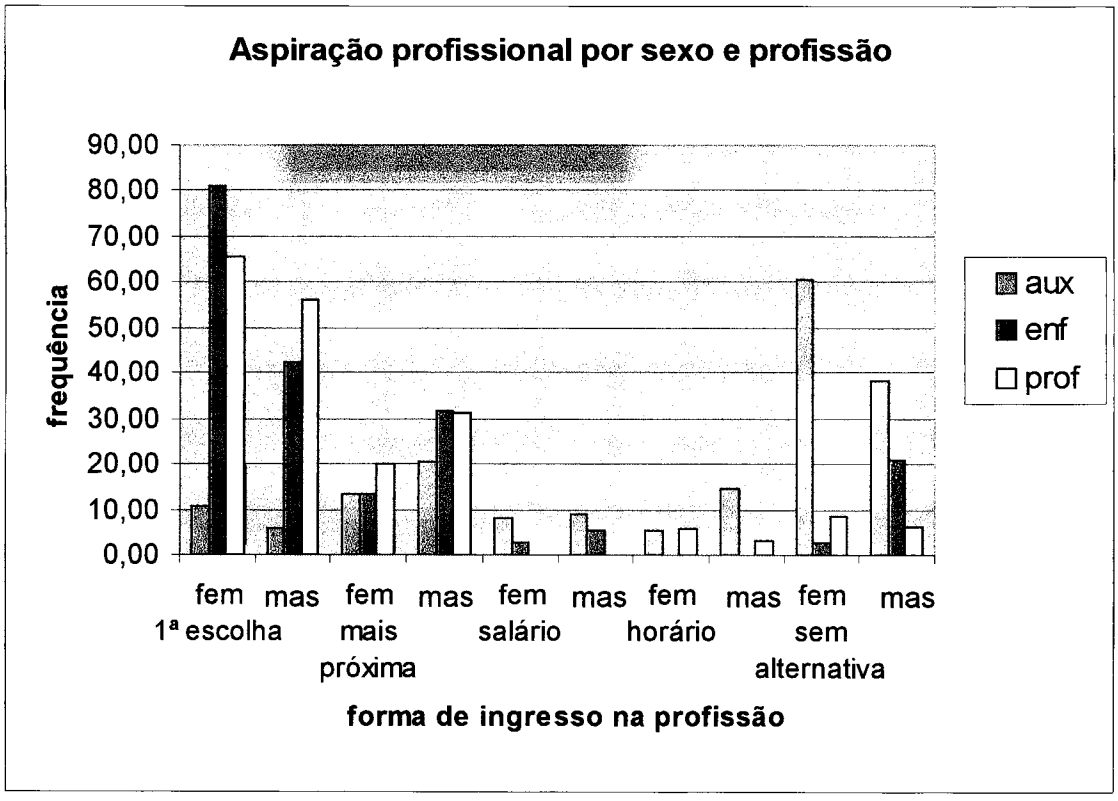


Tabela nº36 – Distribuição dos elementos da amostra por aspiração profissional / profissão e sexo.

	escolha		próxima		salário		horário		sem alternat	
Profissão	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc
Aux. A. M.	10,53	5,88	13,16	20,59	7,89	8,82	5,26	14,71	60,53	38,24
Enfermeiros	81,08	42,11	13,51	31,58	2,70	5,26	0,00	0,00	2,70	21,05
Professores	65,71	56,25	20,00	31,25	0,00	0,00	5,71	3,13	8,57	6,25
TOTAL	51,82	34,62	15,45	27,88	3,64	4,81	3,64	5,77	24,55	22,12

Pela análise do gráfico nº12 e tabela nº37, constatamos que a média da depressão é superior nos elementos da amostra do sexo feminino, em todos os grupos profissionais.

Também podemos verificar que a média de depressão é superior nos elementos da amostra cujo motivo de ingresso na profissão foi a mais próxima da que aspiravam, sendo a média no grupo profissional dos Enfermeiros igual a 19,60 e no grupo profissional dos Professores igual a 17,86.

Constatamos que a depressão é superior nos elementos de amostra que sentem a profissão como a mais próxima comparativamente com os elementos que não tiveram outra alternativa.

Gráfico nº12 – Representação da depressão por tipo de aspiração profissional, sexo e profissão.

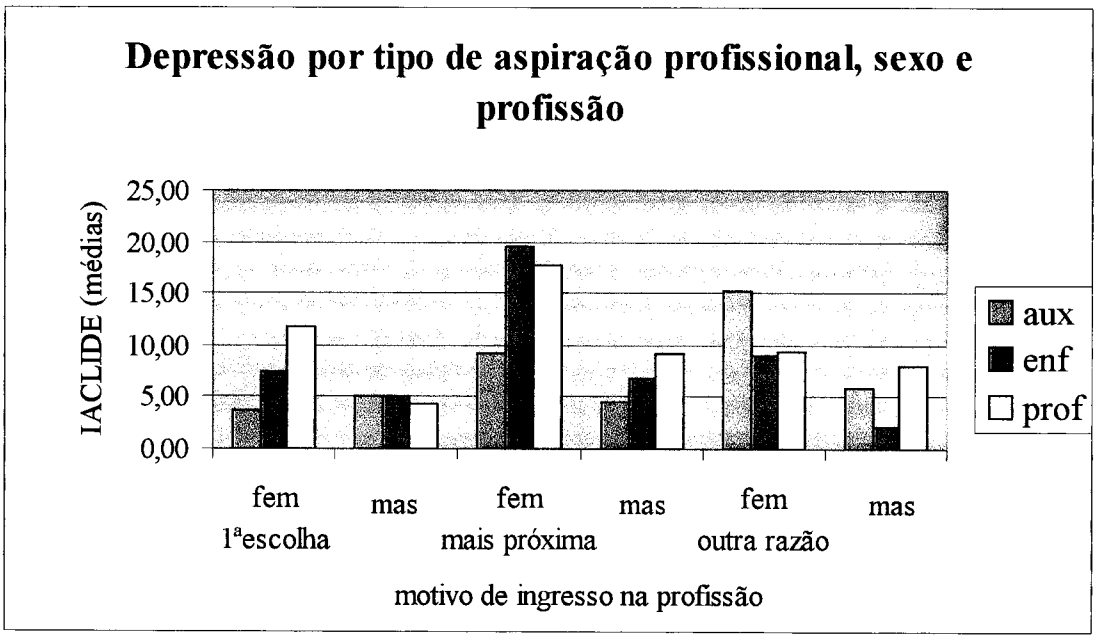


Tabela nº37 – Distribuição da depressão por tipo de aspiração profissional, sexo e profissão.

Profissão	1ªescolha		mais próxima		outra razão	
	fem	masc	fem	masc	fem	masc
Aux. A. Médica	3,75	5,00	9,20	4,43	15,21	5,86
Enfermeiros	7,40	5,00	19,60	6,92	9,00	2,20
Professores	11,65	4,28	17,86	9,20	9,40	8,00
TOTAL	8,86	4,64	15,82	7,10	14,03	4,97

No gráfico nº13 e tabela nº38 podemos observar a depressão por aspiração profissional e sexo no total da amostra. Constatamos que a média de depressão é sempre superior no sexo feminino independentemente do motivo de ingresso na profissão.

Quer no sexo masculino quer no sexo feminino a média da depressão é superior nos elementos da amostra cujo ingresso na profissão é considerado a mais próxima.

Gráfico nº13 – Representação da depressão por aspiração profissional e sexo.

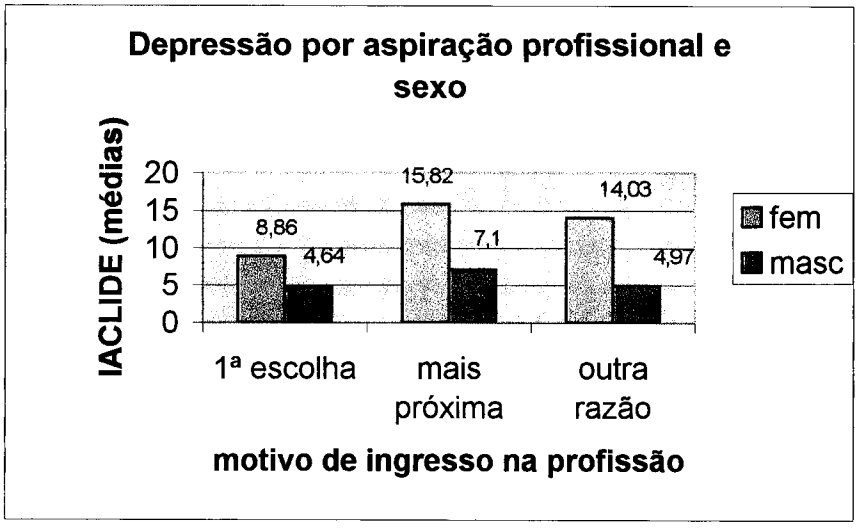


Tabela nº38 – Distribuição da depressão por aspiração profissional e sexo.

	1ª Escolha	Mais Próxima	Outra Razão
Feminino	8,86	15,82	14,03
Masculino	4,64	7,1	4,97

Pela análise da tabela n.º 39, constatamos que os níveis de depressão : leve e moderada, encontram-se de uma forma mais acentuada nos elementos da amostra do sexo feminino, que não tiveram oportunidade de escolher a profissão,11 (40,74%) . É de salientar o nível de depressão - leve e moderada nos elementos da amostra do sexo feminino, que responderam ser a profissão mais próxima da que aspiravam e 8 (50,00%) dos elementos da amostra que apresentam depressão 10 (17,54%) foram para a profissão por escolha.

No que respeita ao sexo masculino o nível de depressão - leve - em 2 (6,66%), também foram para a profissão por a sentirem mais próxima. e 1 (4,34%) dos casos referiu ter ido para a profissão por não ter tido outra opção.

Tabela n.º 39 – Distribuição dos níveis de depressão por sexo e Aspiração profissional.

Sexo	SEXO					
	Feminino			Masculino		
Aspiração Profissional	Normal	Leve e Moderada		Normal	Leve e Moderada	
Por Escolha	47	10	17.54%	36	0	
Mais Próxima	8	8	50.00%	28	2	6.66%
Pelo Salário	3	1	25.00%	5	0	
Pelo Horário	4	0		6	0	
Não ter outra escolha	16	11	40.74%	22	1	4.34%
Outros	1	1	100.00%	3	1	25.00%

No sentido de aferirmos que tipo de relação estatística poderá haver entre estas duas variáveis. Contudo, importa referir que os factores : salário, horário e outros, foram suprimidos, dada a sua pouca expressão neste contexto

e não tínhamos à partida os valores essenciais para podermos cruzar estas variáveis.

Tabela n.º 40 - Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e aspiração profissional

	Depressão		
Profissão	Normal	Leve e moderada	
Por Escolha	83	10	10,75%
Mais Próxima	36	10	21,74%
Não ter outra escolha	38	12	24,49%

$\chi^2_{(O)} = 5.05663$ **gl** = 2 , **P** < 0,10

Assim, aplicando o teste do Qui-quadrado, não podemos assumir - para o nível de significância, que nos propusemos admitir que entre as duas variáveis haja uma influência estatisticamente significativa, dado que o valor de $\chi^2_{(O)}$ 5.05663 é menor que o valor de $\chi^2_{(t)}$ 5,99, na realidade o valor encontrado fica muito próximo do valor crítico.

Satisfação Profissional

No que se refere à satisfação profissional, constatamos que maioritariamente os elementos inquiridos estão em parte satisfeitos com a profissão que desempenham - 60 (54,54%) e 60 (57,70%), respectivamente do sexo feminino e masculino. Contudo, 47 (42,73%) e 40 (38,46%) estão satisfeitos.

O grupo dos não satisfeitos é manifestamente insignificante no contexto da amostra e retrata-se por 3 (2,73%) elementos do sexo feminino e 4 (3,84%) do sexo masculino.

Entre os dois sexos e no que se refere ao nível de satisfação profissional também não há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 41 – Distribuição dos elementos da amostra por satisfação profissional e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Satisfação Profissional	n	%	n	%
Está Satisfeito	47	42,73	40	38,46
Está em parte Satisfeito	60	54,54	60	57,70
Não Está Satisfeito	3	2,73	4	3,84

$\chi^2_{(O)} = 0.538274$ **gl** = 2 , **N.S.**

Pela análise da tabela n.º 42, constatamos que o nível de depressão leve e moderada se manifesta em 9 (19,14%) dos elementos inquiridos do sexo feminino que referem estar satisfeitos, e 21 (35,00%) dos que manifestaram depressão leve ou moderada estão apenas em parte satisfeitos com a profissão. Paralelamente, 3 (5,00%) dos inquiridos do sexo masculino que se revelaram em parte satisfeitos, também apresentaram níveis de depressão leve.

Por outro lado, 1 (33,33%) dos elementos do sexo feminino e 1 (25,00%) dos elementos do sexo masculino que referiram não estar satisfeitos, manifestaram níveis de depressão leve.

Tabela nº 42 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e satisfação profissional.

Sexo	**SEXO**					
	Feminino			**Masculino**		
Satisfação Profissional	Normal	Leve e Moderada		Normal	Leve e Moderada	
Está Satisfeito	38	9	19.14%	40	0	
Está em parte Satisfeito	39	21	35.00%	57	3	5.00%
Não Está Satisfeito	2	1	33.33%	3	1	25.00%

Por outro lado e cruzando os dados no sentido que representa a tabela n.º43, constatamos que entre as variáveis - satisfação e os níveis de depressão, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa.

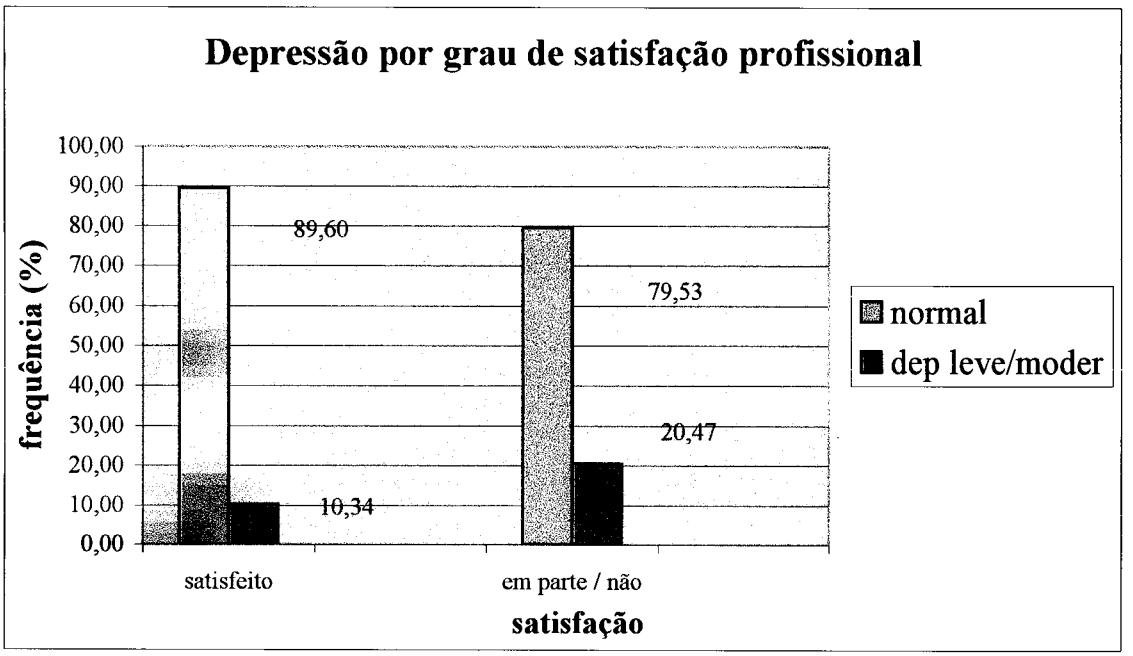
Tabela n.º 43 - Cruzamento das variáveis - níveis de depressão e satisfação profissional

Satisfação Profissional	Normal	Leve e moderada	
Está Satisfeito	78	9	10,34%
Está em parte Satisfeito	96	24	20,00%
Não Está Satisfeito	5	2	28,57%

$\chi^2_{(O)}$ 4.22627 **gl** = 2 , N.S.

No entanto pelo comportamento das pontuações médias, como se pode constatar através do gráfico nº 14 construído com base nos dados que se apresentam na tabela (*Anexo VII*), o grupo de indivíduos em parte satisfeitos e não satisfeitos apresentam depressão em valores de aproximadamente o dobro (20,47) relativamente aos indivíduos satisfeitos (10,34).

Gráfico nº 14 – Representação da depressão por grau de satisfação profissional.



No gráfico nº15, que foi elaborado com base nas tabelas (*Anexo VIII*) observamos a depressão e satisfação profissional segundo as pontuações obtidas no IACLIDE e no CES-D.

A depressão quer nas mulheres quer nos homens é superior nos elementos que se encontram em parte / não satisfeitos com a profissão.

Gráfico nº15 – Representação da depressão e satisfação profissional.

Entendemos também levantar a hipótese se entre os diferentes grupos profissionais: Auxiliares de Acção Médica, Enfermeiros e Professores, existem níveis de satisfação diferentes.

Sob o ponto de vista da estatística descritiva, podemos concluir que os Enfermeiros são os que mais revelaram não estar satisfeitos 3 (4%) .

Por outro lado este grupo profissional, tende a revelar-se em parte satisfeito 51 (68%) ao invés dos Auxiliares de Acção Médica, que é o grupo profissional que revela maior nível de satisfação, com 40 (55,55%) a referirem que estão satisfeitos e 30 (41,67%) que se manifestaram em parte satisfeitos. Os professores assumem uma perspectiva com a mesma tendência dos Enfermeiros, isto é, tendem a revelar-se parcialmente satisfeitos 39 (58,21%) e só 26 (28%) se revelaram satisfeitos.

Sob o ponto de vista da estatística analítica, com a aplicação do teste do Qui-quadrado, podemos consolidar as nossas afirmações e afirmar que entre as duas variáveis há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 44 - Cruzamento das variáveis: Profissão e níveis de satisfação

Satisfação Profissional	Está Satisfeito		Está em parte Satisfeito		Não Está Satisfeito	
Auxiliares Acção Médica	40	55,55%	30	41,67%	2	2,78%
Enfermeiros	21	28,00%	51	68,00%	3	4,00%
Professores	26	38,80%	39	58,21%	2	2,99%

$\chi^2_{(O)}$ 11.7571 **gl** = 4 , **P** < 0.02

REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

A tabela n.º 45, representa-nos o nível de realização profissional por sexo, e, podemos concluir que entre os dois sexos não há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 45 - Distribuição dos elementos da amostra por realização profissional e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Realização Profissional	n	%	n	%
Sim	65	59,09	50	48,07
Talvez Sim	31	28,18	39	37,50
Talvez Não	11	10,0	8	7,69
Não	3	2,73	7	6,74

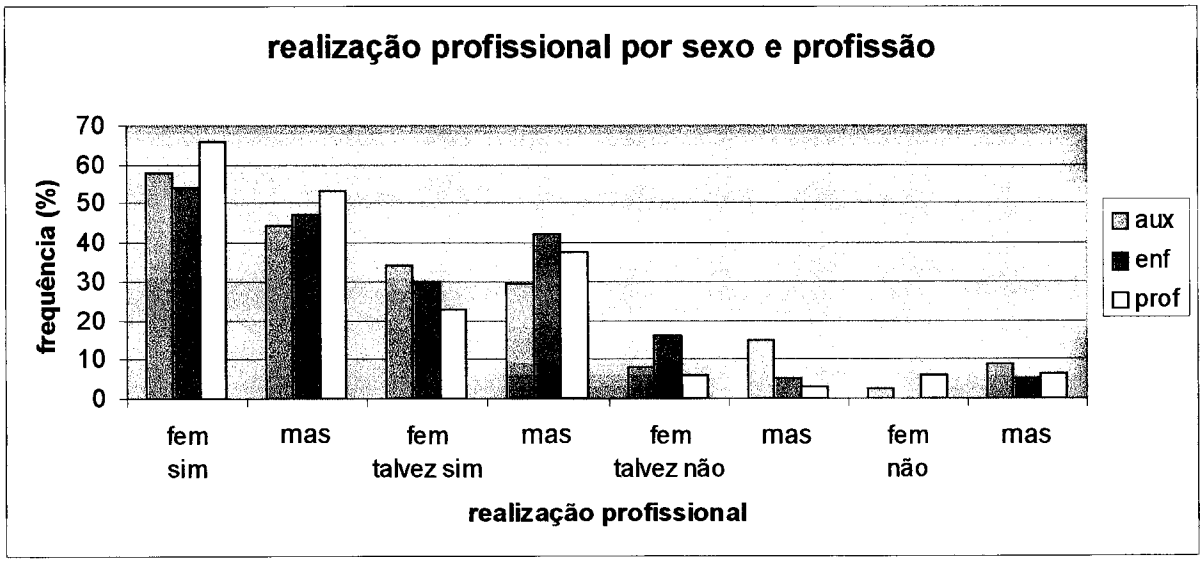
$\chi^2_{(O)}$ 4.78002 **gl** = 3 , **N.S.**

No Gráfico nº16, construído com base nos dados da tabela (*Anexo IX*) onde está representada a realização profissional por sexo e profissão, podemos concluir que os Professores são o grupo profissional que se sente mais realizado, com a percentagem de 58% para as mulheres e 44,12% para os homens.

Seguindo-se o grupo das Auxiliares de Acção Médica com uma percentagem de 54% nas mulheres e 44,12% nos homens.

No grupo profissional dos Enfermeiros 54% das mulheres e 47,37% dos homens também assinalaram este item.

Gráfico nº16 - Representação da realização profissional por sexo e profissão.



De acordo com o que nos é dado a observar na tabela n.º 46, onde cruzamos as variáveis - realização profissional e níveis de depressão, somos a concluir que entre as mesmas não existem diferenças estatisticamente significativas. Contudo 8(27,59%) dos elementos que apresentaram depressão referiram não se sentirem realizados em termos profissionais, como podemos constatar pela análise da tabela.

Tabela n.º 46 - Cruzamento das variáveis : Níveis de depressão e realização profissional.

Realização Profissional	Normal	Leve e Moderada	
Sim e Talvez Sim	158	27	17,08%
Não e Talvez Não	21	8	27,59%

$\chi^2_{(O)} = 3{,}09306$ **gl** = 1 , N.S.

A tabela n.º 47, reflecte-nos o nível de depressão por realização profissional e por sexo. No sexo feminino tendem a concentrar-se os elementos da amostra que se sentem realizados profissionalmente e manifestam níveis de depressão, respectivamente 13 (20%). Por outro lado 2 (5,12 %) dos elementos do sexo masculino, que manifestaram níveis de depressão moderados, referiram igualmente que talvez se sintam realizados profissionalmente

Dos 8 (25,8) dos elementos do sexo feminino que apresentam depressão leve e 3 (9,67%) dos que apresentam depressão moderada referiram que talvez se sintam realizados com a profissão

È de salientar que 6 (88,78%) das mulheres que apresentam depressão disseram« talvez não» e « não» se sentirem realizadas com a profissão.

Tabela n.º 47 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e Realização profissional.

Sexo	**SEXO**									
	Feminino					**Masculino**				
Realização	Normal	Leve		Moderada		Normal	Leve		Moderada	
Profissional	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%
Sim	51	13	20	1	1,53	50	0	0	0	0
Talvez Sim	20	8	25,8	3	9,67	37	2	5,12	0	0
Talvez Não	6	3	27,27	2	18,18%	7	1	12,50	0	0
Não	2	1	33,33	0	0,00	6	1	14,28	0	0

Toma de Anticoncepcionais

A tabela n.º 48 representa a situação de uso, ou não, de forma regular de anticoncepcionais orais, de onde podemos salientar que 21 (28%), das mulheres que os usam, manifestaram depressão leve e 4 (5,34%) depressão moderada.

Tabela n.º 48 :Distribuição dos níveis de depressão no sexo feminino e situação de toma de anticoncepcionais orais

Sexo	**SEXO**					
	FEMININO					
Anticoncepcionais orais	Normal		Leve		Moderada	
Não	29	82,85%	4	11,43%	2	5,71%
Sim	50	66,00%	21	28,00%	4	5,34%

Nota : Os valores percentuais dizem respeito ao total de mulheres

Pela aplicação do teste do Qui-quadrado, conforme tabela seguinte, constatamos que não existe nenhuma relação estatisticamente significativa, entre a situação de tomar, ou não, regularmente, anticoncepcionais orais e o nível de depressão manifestado.

Tabela n.º 49 - Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e uso regular de anticoncepcionais orais.

Anticoncepcionais orais	Normal		Leve e Moderada	
Não	29	82,85%	6	17,15%
Sim	50	66,67%	25	33,33%

$\chi^2_{(O)} = 3.09067$ **gl** = 1 , P< 0.10

Toma de Medicação

No que se refere ao costume de tomar diariamente medicação prescrita pelo médico, que as mulheres o fazem de uma forma mais frequente 22 (20%), contra 6 (5,76%) dos homens.

Inversamente, 98 (94,24%) dos elementos da amostra do sexo masculino não toma diariamente medicação prescrita, situação que é igualmente referida por 88 (80%) das mulheres da amostra.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, no que respeita a toma diária da medicação prescrita pelo médico.

Tabela n.º 50 - Distribuição dos elementos da amostra por toma de medicação prescrita e sexo.

Sexo	**Feminino**		**Masculino**	
Medicação prescrita	n	%	n	%
Sim	22	20,00	6	5,76
Não	88	80,00	98	94,24

$\chi^2_{(O)} = 9.51975$ **gl** = 1 , P < **0.01**

Tabela n.º 51 - Cruzamento das variáveis : níveis de depressão e toma regular de medicação

Toma de Medicação	Normal		Leve e moderada	
Sim	12	42,85%	16	57,14%
Não	167	89,7%	19	10,21%

$\chi^2_{(O)} = 39.1764$ **gl** = 1 , P < 0.001

Tabela n.º 52 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de toma regular de medicação

Sexo	SEXO											
	Feminino						Masculino					
Toma de	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
Medicação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	8	36.36	11	50.00	3	27.27	4	66.67	2	33.33	0	0
Não	71	80.68	14	16.66	3	3.57	96	97.95	2	2.04	0	0

Realização de Trabalhos Domésticos

Pela análise da tabela n.º 53, constatamos que todos os elementos do sexo feminino, referem a prática regular de trabalhos domésticos, 110 (100%), situação que só é referida por 67 (64,42%) dos elementos do sexo masculino.

Entre os dois sexos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela n.º 53 - Distribuição dos elementos da amostra pela realização de trabalhos domésticos e sexo.

Sexo	Feminino		Masculino	
Trabalhos Domésticos	n	%	n	%
Sim	110	100	67	64,42
Não	0	0,00	37	35,58

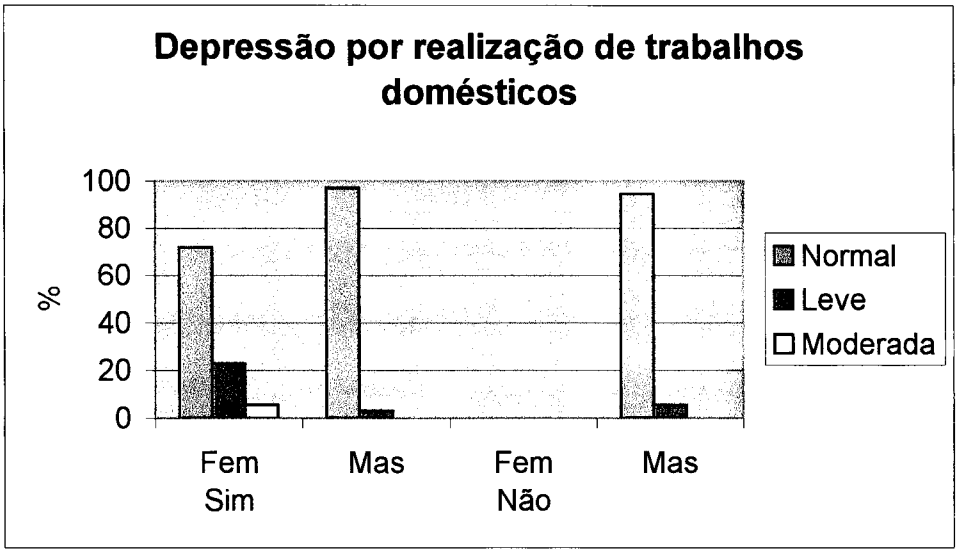
$\chi^2_{(O)} = 47.3153$ **gl** = 1 , P < 0,001

Obviamente, como todas as mulheres trabalham, os níveis de depressão, encontrados e que temos vindo a referir caem neste item - o da realização de trabalhos domésticos regulares. Por outro lado nos 67 (64,42%) homens que revelaram a prática regular de trabalhos domésticos, só 2 (2,98%) é que pertencem a este grupo, ficando os restantes 2 (5,40%) no grupo dos que referiu não praticar regularmente trabalhos domésticos, como podemos observar na tabela n°54 e gráfico n°17.

Tabela n.º 54 - Distribuição dos níveis de depressão por sexo e situação de prática regular de trabalhos domésticos

Sexo	SEXO											
Trabalhos	Feminino						Masculino					
Domésticos	Normal		Leve		Moderada		Normal		Leve		Moderada	
Regulares	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	79	71.81	25	22.74	6	5.45	65	97,02	2	2.98	0	0
Não	0		0	0	0	0	35	94,6	2	5.40	0	0

Gráfico nº17 – Representação da depressão por realização de trabalhos domésticos.



Na tabela seguinte, n.º 55 aferimos se entre as duas variáveis : prática regular de trabalhos domésticos e níveis de depressão encontrados existe alguma relação estatisticamente significativa. Assim, face aos valores do Qui-quadrado observado somos a concluir que entre as duas variáveis existe relação estatisticamente significativa.

Tabela n.º 55 - Cruzamento das variáveis: níveis de depressão e prática regular de trabalhos domésticos

Trabalhos Domésticos	Normal	Leve e moderada	
Sim	144	33	18,64%
Não	35	2	5,40%

$\chi^2_{(O)} = 3.92063$ **gl** = 1 , P < 0,02

Nota: não se fez a correcção de yates pois a frequência mínima esperada é de 6.05 ou seja superior a 5.

Pela análise da tabela n.º 56, constatamos que há diferenças estatisticamente significativas por sexo, no que se refere à prática regular de trabalhos ligeiros domésticos.

Sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos referir que as mulheres tendem a realizar este tipo de trabalho de forma diária, respectivamente 69 (43,1%) e inversamente os homens a fazê-lo de forma não diária 49 (30,6%).

Tabela nº 56 - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos ligeiros.

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	69 (43,1%)	28 (17,6%)
Masculino	14 (8,80%)	49 (30,6%)

$\chi^2_{(O)} = 36.6008$ **gl** = 1 , P < 0,001

Pela análise da tabela nº 57, no que se refere a prática regular de trabalhos moderados, concluímos, que as mulheres tendem a realiza-lo de uma forma não diária, 81 (60,4%), perspectiva que igualmente se constata no sexo masculino com 33 (24,6%).

Constatamos, que entre os dois sexos existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela nº 57 - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos moderados.

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	19 (14,17%)	81 (60,4%)
Masculino	1 (0,74%)	33 (24,60%)

$\chi^2_{(O)} = 5.15319$ **gl** = 1 , P< 0,02

Pela análise da tabela n.°58, constatamos que não é habitual a prática regular de trabalhos pesados de uma forma diária. Acontece que estes são feitos de uma forma não diária e com maior frequência no sexo feminino 75 (74,2%).

Nesta situação as diferenças entre os dois sexos não são estatisticamente significativas.

Tabela nº 58 - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos pesados.

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	1 (1.00%)	75(74,2%)
Masculino	0	25 (24,7%)

$\chi^2_{(O)} = 0.332237$ **gl** = 1 , P < 0,05

No que se refere à prática regular de trabalho ligeiro e a frequência do mesmo por sexo e grupo profissional - tabela n.° 59 - concluímos que este assume maior expressão ao nível das professoras , com 25 (48,2%) seguindo-se as Auxiliares de Acção Médica 24 (45,3%) e por último as Enfermeiras 20 (36,4%) que exercem de uma forma regular trabalhos domésticos do tipo ligeiro.

Inversamente, na população masculina, são os Enfermeiros 6 (10,9%) que referiram com maior frequência a prática deste tipo de trabalhos, seguido dos professores 6 (10,9%) e por último os Auxiliares de Acção Médica com 3 (5,6%).

Tabela n.º 59 - Distribuição do tipo de **trabalho ligeiro** e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional.

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Freq. Dos Trabalhos	Em Regra	Nem	Nem Todas	Em Regra	Nem	Nem Todas
Grupo Profissional	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas
Auxiliares A Médica	24 (45,3%)	12 (22,7%)	0	3 (5,6%)	9 (17%)	5 (9,4%)
Enfermeiros	20 (36,4%)	8 (14,5%)	1 (1,8%)	6 (10,9%)	9 (16,4%)	11 (20%)
Professores	25 (48,2%)	6 (11,5%)	1 (1,9%)	5 (9,6%)	10 (19,2%)	5 (9,6)

Nota : Os valores percentuais, foram calculados relativamente ao total de cada linha.

No que se refere aos trabalhos moderados, que não é uma prática diária e particularmente mais frequente no sexo feminino e de uma forma mais específica nas Auxiliares de Acção Médica 30 (65,2%), secundando-se as enfermeiras 25 (49%) e por último as professoras embora com uma percentagem muito próximo do dos enfermeiros, (48,7%).

No que se refere à prática diária de trabalhos do tipo moderado, encontramos uma frequência bastante equilibrada nos três grupo profissionais do sexo feminino, embora com menor expressão no grupo das Auxiliares de Acção Médica.

Por outro lado a tendência para esta prática no sexo masculino é bastante esporádica.

Tabela nº 60 Distribuição do tipo de trabalho moderado e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Freq. dos Trabalhos	Em Regra	Nem	Nem Todas	Em Regra	Nem	Nem Todas
Grupo Profissional	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas
Auxiliares A Médica	5 (10,9%)	30 (65,2%)	1 (2,2%)	0	6 (13%)	4 (9,7%)
Enfermeiros	8 (15,7%)	25 (49%)	3 (5,9%)	1 (1,9%)	8 (15,7%)	6 (11,8%)
Professores	6 (16,2%)	18 (48,7%)	4 (10,8%)	0	3 (8,1%)	6 (16,2%)

Nota : Os valores percentuais, foram calculados relativamente ao total de cada linha.

Também no que respeita aos trabalhos do tipo pesado, referido de uma forma mais evidente no sexo feminino, constatamos que não é uma prática diária e tende a acontecer de uma forma esporádica e bastante similar entre os elementos da amostra de ambos os sexos e dos diferentes grupos profissionais.

Tabela n.º 61 – Distribuição do tipo de **trabalho pesado** e frequência do mesmo realizado por sexo e grupo profissional

	SEXO					
	FEMININO			**MASCULINO**		
Freq. dos Trabalhos	Em Regra	Nem	Nem Todas	Em Regra	Nem	Nem Todas
Grupo Profissional	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas	Todos os dias	Todos os dias	as Semanas
Auxiliares A Médica	1 (2,2%)	11 (23,9%)	23 (50%)	0	3 (6,5%)	8 (17,4%)
Enfermeiros	0	6 (20%)	15 (50%)	0	3 (10%)	6 (20%)
Professores	0	7 (28%)	13 (52%)		0	5 (20%)

Nota : Os valores percentuais, foram calculados relativamente ao total de cada linha.

ESCALA DE SAÚDE SF-36

Desempenho Físico

A tabela n°62, retrata-nos o nível de desempenho físico por sexo.

Neste sentido somos a concluir que os homens tendem a manifestar um nível de desempenho físico alto 93 (89,43%), tendência de certa maneira também manifestada pelo sexo feminino mas em menor frequência 72 (65,46%). Por outro lado enquanto que os níveis de desempenho físico :baixo e médio, nos homens é pouco expressivo 3 (2,88%) 8 (7,69%) respectivamente, nas mulheres estes valores são mais expressivos.

Pela aplicação do teste do Qui-quadrado, concluímos que entre os dois sexos há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 62 – Distribuição dos níveis de Desempenho Físico por Sexo

Sexo	FEMININO		MASCULINO	
Desempenho Físico	n	%	n	%
Baixo	23	20,90	3	2,88
Médio	15	13,64	8	7,69
Alto	72	65,46	93	89,43

$\chi^2_{(O)} = 20.0353$ **gl** = 2 , P < 0,001

No que se refere ao desempenho físico por grupo profissional, concluiu-se pela não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos profissionais e o nível de desempenho físico manifesto.

Contudo sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos concluir que os Enfermeiros são o grupo profissional com maior desempenho físico 62 (82,6%) e inversamente os professores manifestam maior frequência 11 (16,41%) ao nível do desempenho físico baixo. Por sua vez os Auxiliares de Acção Médica são maioritários 10 (4,7%) ao nível do desempenho físico médio.

Tabela n.º 63 – Distribuição dos níveis de Desempenho Físico por Grupo Profissional

Desempenho Físico	Baixo		Médio		Alto	
G. Profissional	n	%	n	%	n	%
Auxiliar de A Médica	8	11,11	10	13,88	54	75,00
Enfermeiros	7	9,33	6	8,00	62	82,60
Professores	11	16,41	7	10,41	49	73,13

$\chi^2_{(O)} = 3.23093$ 4 **gl** = 4 N.S.

Cruzando o nível de desempenho físico com o tipo de depressão e fazendo-o meramente sob o ponto de vista da estatística descritiva, concluímos que 16 (14,5%) das mulheres que manifestaram tipo de depressão leve,

apresentam um nível de desempenho baixo, mas inversamente as restantes 9 (8,18%) que manifestaram níveis de depressão leve, apresentam níveis de desempenho médio em 5 (4,54%) dos casos e alto em 4 (3,63%).

As 6 (4,43%) que apresentaram depressão moderada apresentam em 4 (3,63%) dos casos nível de desempenho físico baixo e em 2 (1,80%) dos casos médio.

Por sua vez das 79 (71,80%) das mulheres que se manifestaram normais em termos de resposta à depressão em 3 (2,72%) dos casos manifestaram nível de desempenho baixo e em 8 (7,27%) nível de desempenho físico médio, contudo e maioritariamente 68 (61,81%) das mulheres manifestaram nível de desempenho alto.

Paralelamente, no que se refere ao sexo masculino, conclui-se que dos 4 (3,84%) dos casos que manifestaram níveis de depressão leve, 1 (0,96%) dos casos apresenta um desempenho físico fraco e 3 (2,88%)um nível de desempenho médio. Os restante 93 (89,42%) apresentam um nível de desempenho físico alto. (tabela n.° 64).

Tabela n.° 64 Distribuição da relação entre o tipo de resposta Desempenho Físico e os níveis de depressão por sexo

	SEXO											
	FEMININO						**MASCULINO**					
Desempenho Físico	**Baixo**		**Médio**		**Alto**		**Baixo**		**Médio**		**Alto**	
Tipo de Depressão	n	%	n	%	n	%						
Normal	3	2,72	8	7,27	68	61,81	2	1,92	5	4,80	93	89,42
Moderada	4	3,63	2	1,80	0	0	0	0	0	0	0	0
Leve	16	14,5	5	4,54	4	3,63	1	0,96	3	2,88	0	0

Saúde em Geral

No que diz respeito à resposta à saúde geral, conclui-se que das 25 (22,73%) das mulheres que apresentaram depressão leve, manifestam uma resposta do tipo baixo/médio 18 (16,36%) e 7 (6,36%) respectivamente, que é em resumo o tipo de resposta apresentado pelos 6 (5,45%) elementos que apresentaram níveis de depressão moderado nas proporções de 4 (3,63%) e 2 (1,81%).

As mulheres com níveis de depressão normal tendem a dar uma resposta do tipo médio/alto, 31 (28,18%) e 45 (40,90%), apenas 3 (2,72%) destas situações apresentaram um nível de resposta baixo.

No que se refere ao sexo masculino os 4 (1,9%) dos homens com níveis de depressão leve, apresentam uma resposta à saúde em geral de nível médio.

Por outro lado os 100 (96,15%) dos homens que manifestaram uma resposta normal à depressão tendem, a exemplo das mulheres, manifestar um nível médio/alto 39 (37,5%) e 59 (56,73%), inversamente 2 (1,92%) apresentaram um nível baixo no que se a resposta à saúde em geral.

Tabela n.º 65 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta Saúde em Geral e os níveis de depressão por sexo

	SEXO					
	FEMININO			**MASCULINO**		
Resposta à Saúde Tipo de Depressão	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Leve	18 (16,36%)	7 (6,36%)	0	0	4 (3,84%)	0
Moderada	4 (3,63%)	2 (1,81%)	0	0	0	0
Normal	3 (2,72%)	31 (28,18%)	45 (40,90%)	2 (1,92%)	39 (37,5%)	59 (56,73%)

Na tabela n.º 66, cruzamos o sexo com a resposta ao nível de saúde em geral e concluímos pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos o nível de resposta alcançado no que se refere este item. Podemos ainda afirmar sob o ponto de vista da estatística descritiva, que o sexo feminino tende a manifestar resposta de nível baixo, 25 (22,73%) ao invés do sexo masculino que tende a manifestar respostas do nível alto 59 (56,73%).

Tabela n.º 66 – Distribuição dos níveis de Saúde em Geral por sexo

Sexo	FEMININO		MASCULINO	
Saúde em geral	n	%	n	%
Baixo	25	22,73	2	1,92
Médio	40	36,36	43	41,35
Alto	45	40,91	59	56,73

$\chi^2_{(O)} = 21.4343$ **gl** = 2 , P < 0,001

No que se refere ao nível de saúde em geral, manifestado pelos diferentes grupos profissionais, concluímos: os Enfermeiros são os que manifestam maior nível com 40 (53,33%), por outro lado são os Auxiliares de Acção Médica os que manifestam o nível mais baixo 14 (19,44%).

Entre os diferentes grupos profissionais e o nível de saúde em geral manifesto, não há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 67 – Distribuição dos níveis de Saúde em Geral por Grupo Profissional

Saúde em Geral / **G. Profissional**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Auxiliar de A Médica	14 (19,44%)	28 (38,88%)	30 (41,66%)
Enfermeiros	4 (5,33%)	31 (41,33%)	40 (53,33%)
Professores	9 (13,43%)	24 (35,82%)	34 (50,74%)

$\chi^2_{(O)} = 7.24810$ 4 **gl** = 4 , N.S.

Função Física

Por sua vez e no que respeita aos níveis de Função Física e como podemos observar na tabela n.º 68, concluímos que entre os dois sexos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela n.º68 Distribuição dos níveis de Função Física por sexo

Sexo Função Física	FEMININO	MASCULINO
Baixo	14 (12,72%)	0 (0,0%)
Médio	20 (18,18%)	10 (9,62%)
Alto	76 (69,09%)	94 (90,38%)

$\chi^2_{(O)} = 19.0860$ **gl** = 2 , P <0,001

Por outro lado e sob o ponto de vista da estatística descritiva e ainda no que se refere ao nível de resposta da Função Física, no seu cruzamento com o nível de depressão manifesto, por sexo, concluímos que no sexo feminino, maioritariamente os elementos da amostra que apresentaram uma resposta normal a depressão, paralelamente apresentam uma resposta à função física alta, 67 (60,90%), destes 10 (9,09%) manifestaram uma resposta de nível médio e 2 (1,81%) baixa.

Por sua vez e ainda os elementos do sexo feminino que apresentaram níveis de depressão leve, distribuem-se de uma forma equilibrada em termos de resposta à função física : 9 (8,18%) manifestaram um nível baixo, 8 (,7,27%) distribuíram-se equitativamente pelos níveis médio e alto.

Dos elementos da amostra do sexo feminino que apresentaram níveis de depressão moderada 3 (2,72%) apresentaram uma resposta baixa ao nível da função física, 2 (1,81%) e 1 (0,90%) respectivamente médio e alto.

Ao nível dos elementos do sexo masculino que apresentaram um nível de depressão leve 2 (1,92%) apresentaram um nível de resposta à função física médio e 2 (1,92%) alto. Contudo e dos que apresentaram uma resposta normal a depressão 92 (88,46%) manifestaram um nível alto de resposta à função física e 8 (7,69%) uma resposta de nível médio.

Tabela n.º 69 - Distribuição da relação entre o tipo de resposta Função Física e os níveis de depressão por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Função fisica **Tipo de Depressão**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Leve	9 (8,18%)	8 (7,27%)	8 (7,27%)	0	2 (1,92%)	2 (1,92%)
Moderada	3 (2,72%)	2 (1,81%)	1 (0,90%)	0	0	0 (0,00%)
Normal	2 (1,81%)	10 (9,09%)	67 (60,90%)	0	8 (7,69%)	92 (88,46%)

Pela análise da tabela nº 70 concluímos que entre os diferentes grupos profissionais apresentaram um tipo de resposta ao nível da função física com diferenças estatisticamente significativas. Sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos concluir que nos Auxiliares de Acção Médica, são mais frequentes as respostas do tipo médio baixo, respectivamente 17 (23,61%) e 8 (7,27%) ao inverso dos Enfermeiros e Professores onde são mais frequentes as respostas do tipo alto 65 (86,6%) e 58 (85,56%) respectivamente.

Tabela n.º 70 - Distribuição dos níveis de Função Física por Grupo Profissional

Função Física **G. Profissional**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Auxiliar de A Médica	8 (7,27%)	17 (23,61%)	47 (65,27%)
Enfermeiros	2 (2,66%)	8 (10,66%)	65 (86,6%)
Professores	4 (5,97%)	5 (7,46%)	58 (85,56%)

$\chi^2_{(O)} = 14.1734$ 4 **gl** = 4 ,P< 0,01

Dor Física

Ao nível da resposta à dor física concluímos pela aplicação do teste do Qui-quadrado que entre os dois sexos as diferenças manifestadas são estatisticamente significativas.

Analisando a tabela n.°71, concluímos que no sexo feminino são mais frequentes as respostas de nível médio e baixo 42 (38,18%) e 20 (18,18%) respectivamente, ao invés do sexo masculino que tendencialmente apresenta respostas do nível médio e alto 19 (18,26%) e 83 (79,80%) respectivamente.

Tabela n.°71 – Distribuição dos níveis de Dor Física por sexo

Sexo **Dor Física**	**FEMININO**	**MASCULINO**
Baixo	20 (18,18%)	2 (1,92%)
Médio	42 (38,18%)	19 (18,26%)
Alto	48 (43,63%)	83 (79,80%)

$\chi^2_{(O)} = 32.6080$ **gl** = 2 , P< 0,001

Com a análise da tabela n.° 72 no que se refere o cruzamento de tipo de resposta por dor física com o nível de depressão manifesto, constatamos que 14(12,72%) dos elementos da amostra do sexo feminino que registaram depressão de nível médio, apresentam uma resposta a dor física baixa, enquanto que 9 (8,18%) elementos do mesmo grupo apresentam uma resposta a dor física de nível médio, apenas 2 (1,8%) das mulheres que manifestaram nível leve de depressão, apresentam uma resposta de nível alto a dor física.

Ainda em referência aos elementos do sexo feminino que apresentaram um nível de depressão normal tendem a apresentar uma resposta a dor física de nível alto médio, 46 (41,81%) e 31 (28,18%), só 2 (1,81%) deste grupo é que apresentaram uma resposta a dor física de nível baixo.

Paralelamente e referindo-nos ao sexo masculino com depressão do tipo leve, manifestaram tendencialmente uma resposta a dor física de nível médio e 1(0,46%) de nível alto.

Conquanto, os elementos do sexo masculino que apresentaram depressão de nível leve 3 (2,88%) apresentaram uma resposta de nível médio a dor física e 1 (0,96%) uma resposta de nível alto.

Por outro lado e também em referência ao sexo masculino e particularmente aos elementos da amostra que apresentaram uma resposta normal à depressão, maioritariamente, 82 (78,84%) manifestaram uma resposta de nível alto a dor física, enquanto que 16 (15,38%) se identificaram com o nível médio e 2 (1,92%) com o nível baixo.

Tabela n.º 72 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta Dor Física e os níveis de depressão manifestos por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Dor Física / **Tipo de Depressão**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Leve	14 (12,72%)	9 (8,18%)	2 (1,81%)	0	3 (2,88%)	1 (0,96%)
Moderada	4 (3,63%)	2 (1,81%)	0	0	0	0
Normal	2 (1,81%)	31 (28,18%)	46 (41,81%)	2 (1,92%)	16 (15,38%)	82 (78,84%)

Pela avaliação da tabela n.º 73, suportando-nos na avaliação do teste do Qui-quadrado e no que se refere ao cruzamento dos diferentes níveis de resposta a dor física, concluímos, no que se refere este item, que não há diferenças estatisticamente significativas por grupo profissional.

Tabela n.º 73 – Distribuição dos níveis de Dor Física por Grupo Profissional

Dor Física / **G. Profissional**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Auxiliar de A Médica	10 (13,88%)	23 (31,94%)	39 (54,16%)
Enfermeiros	6 (8,0%)	20 (26,66%)	49 (65,33%)
Professores	6 (8,95%)	18 (26,88%)	43 (64,17%)

$\chi^2_{(O)} = 2.74496$ **gl** = 4 , N.S.

Vitalidade

No que se refere ao nível de vitalidade manifesto por sexo, concluímos que as diferenças são estatisticamente significativas. Sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos referir que o nível de resposta a este item é frequentemente mais baixo 21 (19,09%) nas mulheres o que só aconteceu em 1 (0,96 %) dos homens.

A resposta a este item (vitalidade) pelo sexo feminino é tendencialmente de nível médio 48 (43,63%), ao invés do sexo masculino que tende a ser de nível alto 76 (73,08%).

Tabela n.º 74 - Distribuição dos níveis de Vitalidade por Sexo

Sexo / **Vitalidade**	**FEMININO**	**MASCULINO**
Baixo	21 (19,09%)	1 (0,96%)
Médio	48 (46,63%)	27 (25,96%)
Alto	41 (37,28%)	76 (73,08%)

$\chi^2_{(O)} =$ 34.3907 **gl** = 2 ,P< 0,001

Com a análise da tabela n.º75, concluímos que os elementos do sexo feminino que apresentaram um nível de depressão médio, tendem a dar uma resposta à vitalidade no sentido médio baixo, 14 (12,72%) e 11 (10,0%) respectivamente.

Todos 6 (5,45%) dos elementos que apresentaram um nível de depressão moderada, tiveram uma resposta baixa a nível da vitalidade.

No que se refere ao sexo masculino e em particular os elementos da amostra que manifestaram um nível de depressão leve, distribuíram-se mais equitativamente no que se refere este item, tendo 1 (0,96%) dado uma resposta baixa, 2 (1,92%) uma resposta média e 1 (0,96%) uma resposta alta

Ainda em referência ao sexo masculino, mas aos elementos da amostra que apresentaram uma resposta normal ao nível da depressão, conclui-se que estes tendem a dar uma resposta do tipo alto a vitalidade 75 (72,11%) e um terço deste 25 (24,03%) uma resposta de nível médio.

Inversamente, ao que se constata no sexo feminino, nenhum dos elementos do sexo masculino se referenciou com o nível baixo no que se refere a resposta a vitalidade.

Tabela n.º 75 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta Vitalidade e os níveis de depressão manifestos por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Resposta à Saúde / Tipo de Depressão	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Leve	11 (10,0%)	14 (12,72%)	0	1 (0,96%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)
Moderada	6 (5,45%)	0	0	0	0	0
Normal	4 (3,63%)	34 (30,90%)	41 (37,27%)	0	25 (24,03%)	75 (72,11%)

No cruzamento do tipo de resposta obtida no parâmetro vitalidade por grupo profissional concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas, contudo, e, sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos inferir que o tipo de resposta baixo é mais frequente nos Auxiliares de Acção Médica 10 (13,88%) contra 7 (9,33%) dos Enfermeiros e 5 (7,46%) dos Professores.

Paralelamente o tipo de resposta "alta" é simultaneamente mais frequente neste grupo profissional com 42(58,33%) O tipo de resposta de nível médio é aproximadamente equitativo, embora menos expressivo nos Auxiliares de Acção Médica, 20(27,77%).

Tabela n.º 76 – Distribuição dos níveis de Vitalidade por Grupo Profissional

Vitalidade / G. Profissional	Baixo	Médio	Alto
Auxiliar de A Médica	10 (13,88%)	20 (27,77%)	42 (58,33%)
Enfermeiros	7 (9,33%)	29 (38,66%)	39 (52,00%)
Professores	5 (7,46%)	26 (38,80%)	36 (53,73%)

$\chi^2_{(O)} = 3.41624$ **gl** = 4, N.S.

Função Social

No que se refere a Função Social as diferenças são estatisticamente significativas por sexo.

Sob o ponto de vista da estatística descritiva podemos inferir que no sexo feminino há uma tendência mais acentuada para o nível baixo 14 (6,5%) e médio 29 (13,6%) ao que correspondem apenas 4 (1,9%) e 11 (5,1%)no sexo masculino.

Tabela n.º 77 – Distribuição dos níveis de Função Social por sexo

Sexo **Função Social**	**FEMININO**	**MASCULINO**
Baixo	14 (12,72%)	4 (3,84%)
Médio	29 (26,35%)	11 (10,57%)
Alto	67 (60,90%)	89 (85,57%)

$\chi^2_{(O)} = 16.6029$ **gl** = 2 , P < 0,001

Correlacionando o nível de depressão manifesto, com o nível de Função Social, concluímos que no sexo feminino os elementos da amostra que apresentaram um nível de depressão leve, tendem a apresentar um nível médio e baixo de Função Social 17 (15,45%) e 7 (6,36%).

Todas as mulheres que apresentaram um nível de depressão moderada manifestaram um nível baixo de função social 6 (5,45%).

As mulheres que manifestaram um nível de depressão normal, maioritariamente, 66 (60,0%) apresentaram um nível alto de função social, apenas 1 (0,90%) deste grupo, manifestou um nível de função social baixo.

Nos elementos da amostra do sexo masculino que apresentaram nível de depressão leve 2 (1,92%) apresentaram uma resposta baixa à função social.

Tabela n.º 78 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta Função Social e os níveis de depressão manifestos por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Função SOCIAL / **Tipo de Depressão**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Leve	7 (6,36%)	17 (15,45%)	1 (0,90%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	1 (0,96%)
Moderada	6 (5,45%)	0	0	0	0	0
Normal	1 (0,90%)	12 (10,90%)	66 (60,0%)	2 (1,92%)	10 (9,61%)	88 (84,61%)

Desempenho Emocional

No que se refere ao desempenho emocional, não se constatam diferenças significativas entre os três grupos profissionais.

Os Professores são os que apresentam valores mais baixos de desempenho emocional 12 (17,91%) e os Enfermeiros os mais altos 50 (66,66%).

Auxiliares de Acção Médica, Enfermeiros e Professores, apresentam valores muito próximos a nível baixo 9 (12,5%) , 10 (13,33%) e 12 (17,91%) respectivamente.

O grupo profissional mais expressivo relativamente ao desempenho emocional a nível médio, são os Auxiliares de Acção Médica com 18 (25%). É neste nível que as assimetrias são mais acentuadas, com os Professores a atingir metade do valor 9 (13,43%) conseguido pelo grupo profissional, anteriormente referido.

Tabela n.º 79 – Distribuição dos níveis de Desempenho. Emocional por Grupo Profissional

Desempenho Emocional / **Grupo Profissional**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Auxiliar de A Médica	9 (12,5%)	18 (25%)	45 (62,5%)
Enfermeiros	10 (13,33%)	15 (20%)	50 (66,66%)
Professores	12 (17,91%)	9 (13,43%)	46 (68,65%)

$\chi^2_{(O)} = 3{,}39170$ **gl** = 4 , N.S.

Referíamos anteriormente que não há diferenças estatisticamente significativas por grupo profissional e nível de desempenho. emocional manifestado, contudo, o nível de desempenho. emocional apresenta diferenças estatisticamente significativas por sexo.

Tabela n.º 80 Distribuição dos níveis de Desempenho Emocional por sexo

Sexo **D. Emocional**	**FEMININO**	**MASCULINO**
Baixo	25 (22,72%)	6 (5,76%)
Médio	25 (22,72%)	17 (16,34%)
Alto	60 (54,54%)	81(77,88%)

$\chi^2_{(O)} = 16.1411$ **gl** $= 2$,$P < 0,001$

Cruzando o nível de depressão com o nível de desempenho emocional manifestados, constatamos que mais de metade 14 (12,72%) das mulheres que apresentaram depressão leve, apresentam simultaneamente nível de desempenho emocional baixo e as restantes 7 (6,36%) médio e 4 (3,63) alto.

Das 5 (4,54%) das mulheres que apresentaram depressão moderada apresentaram também um nível baixo de desempenho emocional, enquanto que 1 (0,90%) apresentou um nível alto.

Nas mulheres que apresentaram uma resposta normal a depressão, na sua grande maioria 55 (50,90%) também apresentaram um nível alto de desempenho emocional. Contudo, 6 (5,45%) das mulheres que apresentaram um nível normal de depressão manifestaram um desempenho emocional baixo e 18 (16,36%) médio.

Nos homens, com depressão do tipo leve 2 (1,92%) apresentaram um desempenho emocional baixo, 1 (0,96%) médio e 1 (0,96%) alto.

Ainda nos homens e com depressão normal, a exemplo das mulheres apresentaram um desempenho emocional alto 80 (76,92%), enquanto que 16 (15,38%) apresentaram um desempenho emocional médio e 4 (3,84%) baixo.

Tabela n.º 81 – Distribuição da relação entre o tipo de resposta Desempenho Emocional e a depressão por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Desempenho emocional Tipo de Depressão	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**
Leve	14 (12,72%)	7 (6,36%)	4 (3,63%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	1 (0,96 %)
Moderada	5 (4,54%)	0	1 (0,90%)	0	0	0
Normal	6 (5,45%)	18 (16,36%)	55 (50,90%)	4 (3,84%)	16 (15,38%)	80 (76,90%)

Saúde Mental

No que se refere à Saúde Mental e de acordo com o que nos é dado a observar na tabela n.º82, concluímos que os Enfermeiros, são o grupo profissional que tendem a reflectir os melhores escores de saúde mental dado que só 4 (5,33%) manifestaram nível baixo de saúde mental e paralelamente 60 (80,00%) manifestaram nível alto.

Auxiliares de Acção Médica e Professores andam muito próximos nos escores alcançados, à excepção do nível médio onde a frequência dos Auxiliares de Acção Médica é maior com 15 (20,83%).

Entre os diferentes grupos profissionais não se constatam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 82– Distribuição dos níveis de Saúde Mental por Grupo Profissional

Saúde mental Profissão	Baixo	Médio	Alto
Auxiliar de A Médica	8 (11,11%)	15 (20,83%)	49 (68,05%)
Enfermeiros	4 (5,33%)	11 (14,66%)	60 (80,00%)
Professores	7 (10,44%)	11 (16,41%)	44 (65,67%)

$\chi^2_{(O)} = 4.45878$ **gl** = 4 , N.S.

Entre o sexo masculino e feminino as diferenças são estatisticamente significativas no que se refere à saúde mental.

As mulheres tendem a apresentar níveis baixos e médios de saúde mental 16 (14,54%) e 30 (27,27%) contra 3 (1,4%) e 12 (5,6%) dos homens.

O nível alto de saúde mental é mais frequente nos homens 89 (85,57%), contra 64 (58,18%) nas mulheres.

Tabela n.º 83 – Distribuição dos níveis de Saúde Mental por sexo

Sexo Saúde Mental	FEMININO	MASCULINO
Baixo	16 (14,54%)	3 (2,88%)
Médio	30 (27,27%)	12 (15,53%)
Alto	64 (58,18%)	89 (85,57%)

$\chi^2_{(O)} = 20.5419$ **gl** = 2 ,P<0,001

No cruzamento sexo, nível de depressão e nível de saúde mental, constatamos que o nível médio e baixo é mais frequente nas mulheres que apresentaram depressão do tipo leve, respectivamente 14 (12,72%) e 11 (10,0%). Também as mulheres que apresentaram depressão de nível moderado, tendem a manifestar um nível baixo de saúde mental 4 (3,63%).

Dos homens que apresentaram depressão do tipo leve, 2 (0,9%) apresentaram um nível baixo de saúde mental, 1 (0,90 %) um nível médio e 1 (0,90 %) um nível alto.

O nível de saúde mental alto, como anteriormente referimos é mais frequente nos homens 88 (84,61%), contra 63 (57,27%) das mulheres.

Tabela n.º 84 - Distribuição da relação entre o tipo de resposta saúde mental e a depressão por sexo

	SEXO					
	FEMININO			MASCULINO		
Resposta à Saúde Tipo de Depressão	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Leve	11 (10,0%)	14 (12,72%)	0	2(0,9%)	1 (0.96 %)	1 (096%)
Moderada	4 (3,63%)	1 (0.90 %)	1 (0.90 %)	0	0	0
Normal	1 (090%)	15 (13,63%)	63 (57,27%)	1 (0,96%)	11 (10,57%)	88 (84,61%)

3 - COMPARAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EQUACIONADAS NAS HIPOTESES E AS VARIÁVEIS DEPENDENTES DESTE ESTUDO

Para testar as nossas hipóteses utilizamos um teste paramétrico, o teste do Qui-quadrado, uma vez que os dados deste estudo se encontram no formato nominal ou categorial.

H_1 – Há diferença significativa entre os dois sexos, na frequência da depressão.

Pelo relacionamento das variáveis sexo e depressão (rever tabela nº24) concluímos que existe uma relação altamente significativa entre os géneros e a depressão ($P< 0,001$).

H_2 – Há relação entre a idade e a frequência da depressão.

Através da análise do relacionamento entre a variável idade e depressão (rever tabela nº22) verificamos pela aplicação do teste do Qui-quadrado que há diferença significativa entre a idade e a depressão.

H_3 – Há relação entre a profissão e a depressão associada ao género.

No que se refere ao relacionamento entre a profissão e a depressão (observar tabela nº34) operacionalizando o teste do Qui-quadrado concluimos não existir diferença estatisticamente significativa.

H_4 – O relacionamento conjugal interfere com frequência de depressão.

Concluímos pela não existência de nenhuma relação estatisticamente significativa entre o facto de existir ou não relacionamento conjugal e a depressão (rever tabela nº25).

H_5 – O número de filhos relaciona-se com a depressão.

Pelo cruzamento destas duas variáveis (rever tabela nº29) concluímos não existir nenhuma relação significativa.

H_6 – O nível de instrução está relacionado com a frequência de depressão.

Operacionalizado o teste de Qui-quadrado, constatamos que entre estas duas variáveis: nível de instrução e a depressão não existe nenhuma relação estatística (rever tabela nº32).

H_7 – A profissão interfere com a satisfação entre o género.

Com a aplicação do teste Qui-quadrado verificamos que relacionando as variáveis profissão e satisfação (tabela nº44) existe relação significativa ($P< 0,02$).

H_8 – Há relação entre o uso de anticoncepcionais e a frequência de depressão.

Pelo relacionamento destas duas variáveis : anticoncepcionais e depressão constatamos não existir nenhuma relação estatisticamente significativa (tabela nº49).

H_9 – Há relação entre a toma de medicação e a depressão entre os géneros.

Pelo relacionamento das variáveis toma de medicação e sexo (tabela nº50) concluímos existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($P< 0,001$).

No que se refere ao cruzamento da variável toma de medicação e depressão constatamos existir uma relação altamente significativa ($P < 0,001$). (rever tabela nº 51).

H_{10} – Há diferenças entre o género e a realização de trabalhos domésticos.

Relacionando as variáveis sexo e realização de trabalhos domésticos pela operacionalização do teste de Qui-quadrado concluímos existir diferenças altamente significavas ($P< 0,001$).

H_{11} – Os estilos de vida tais como a realização de trabalhos domésticos interferem com a depressão.

Pelo relacionamento da variável realização de trabalhos domésticos e depressão (rever tabela nº53) concluímos existir relação significativa ($P< 0,02$).

H_{12} – Há diferença entre as mulheres e os homens em relação ao desempenho físico.

Pelo relacionamento destas variáveis (observar tabela nº62), concluímos que entre os dois sexos, aplicando o teste do Qui-quadrado existem diferenças muito significativas ($P < 0,001$).

H_{13} – Há diferença entre a mulheres e homens em relação ao desempenho emocional.

Constatamos que cruzando as variáveis sexo e desempenho emocional (tabela nº80) existem diferenças altamente signficativas ($P<0,001$).

H_{14} – Há diferença entre a mulheres e homens em relação à função física.

Pelo cruzamento destas duas variáveis (tabela nº68) concluímos que entre os dois sexos as diferenças são muito significativas. ($P < 0,001$).

H_{15} – Há diferença entre mulheres e homens em relação à saúde em geral.

Pelo relacionamento destas variáveis (tabela nº66), concluímos existir diferenças significativas entre o género e a saúde em geral ($P<0,001$).

$\mathbf{H_{16}}$ – Há diferença significativas entre o género e a vitalidade.

Relacionando estas duas variáveis (tabela nº74) vitalidade e sexo, concluímos pela a existência de diferenças altamente significativas (P<0,001).

V – DISCUSSÃO

Neste capítulo, tomando por base o estudo que desenvolvemos, iremos realçar os aspectos que se revelaram mais significativos e sobre alguns adiantar algumas sugestões que nos pareçam pertinentes.

Na primeira parte deste capítulo procedemos a uma reflexão sobre a actualidade e interesse do estudo. Na segunda discutem-se alguns aspectos relacionados com a validade do mesmo e suas limitações. Na terceira apresentamos a discussão dos resultados.

1 – ACTUALIDADE E INTERESSE DO ESTUDO

Que nas sociedades modernas há relação entre a depressão e a mulher é uma ideia generalizada, principalmente nos técnicos de saúde.

Dificilmente elementos deste sector profissional atribuem ao homem este diagnóstico mesmo estando presentes sintomas nucleares como o humor depressivo, entre outros.

É certo que esta ideia é fruto do resultado de alguns estudos, quer nacionais quer internacionais, efectuados nesta área.

A autora desta pesquisa quis verificar se existem diferenças de prevalência da depressão entre mulheres e homens que escolheram uma profissão.

E, ainda tentar saber de que forma se comportam mulheres e homens em termos de desempenho físico, emocional e a nível de desempenho profissional.

Já que a doença influencia as relações interpessoais, reduz de forma significativa a capacidade de trabalho afectando o rendimento, a todos os níveis, do agregado familiar.

Frequentemente retarda-se a intervenção adequada na "depressão" porque muitos doentes ainda têm relutância em referir os sintomas depressivos ou em enfrentar o estigma do diagnóstico.

Se bem que a doença "depressão" seja uma doença tratável passa muitas vezes despercebida e amiudadamente, as consequências sociais da depressão também são ignoradas.

À mulher que trabalha é-lhe exigido mais o cuidar da família e da casa, ficando esta com pouco tempo para si.

Ao homem a sociedade exige mais o papel do sustento familiar, o que faz com que este comparativamente com a mulher tenha mais tempo de lazer.

2 – VALIDADE

No sentido de avaliar as diferenças de género na depresão optou-se por estudar três grupos profissionais (de ambos os sexos) Enfermeiros, Professores e Auxiliares de Acção Médica, partindo do pressuposto que os Enfermeiros e os Professores terão escolhido uma profissão e uma carreira. Ou, então os que não tiveram oportunidade de escolha estarão, numa profissão próxima daquela que aspiravam. O que regra geral não terá acontecido com os Auxiliares de Acção Médica.

Era nossa pretensão fazer o estudo em pessoas que tivessem escolhido uma profissão e em domésticas. Mas, dada a natureza do estudo: "Diferenças de Género", não era possível, nestas condições, conseguir uma amostra significativa de homens com a profissão de "Domésticos".

Sendo um estudo descritivo e exploratório pretende identificar as diferenças de género na depressão em três grupos profissionais e desempenho profissional.

Para que este estudo tivesse validade externa dever-se-ia auscultar a opinião de sujeitos de vários pontos do país. No entanto as limitações em tempo e humanas não o permitiram.

Contudo, este estudo baseou-se num modelo de associações e estabelece hipóteses acerca das relações entre variáveis dependentes e independentes, tendo servido para testar a probabilidade de se verificar as hipóteses formuladas.

Para medir as nossas variáveis dependentes: depressão e estado de saúde foram utilizados questionários e inventários já testados e aferidos para a nossa população, nomeadamente o IACLIDE e o SF-36. A outra escala por nós

utilizada foi o CES-D, ainda não aferida para a nossa população, mas adaptada e já utilizada noutros estudos.

Com os procedimentos utilizados na elaboração do questionário (como atrás já referimos), na recolha de dados, na selecção da amostra e no tratamento estatístico dos dados pretendeu-se assegurar a validade interna deste estudo.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos principais resultados pretende reflectir sobre o trabalho realizado, evidenciar os dados significativos que foram encontrados e estabelecer comparações com as opiniões dos autores por nós consultados.

Iniciamos com a discussão dos resultados referentes ao "Questionário" ou seja relativo as variáveis independentes.

Recorda-se que os dados desta categoria permitiram a caracterização da amostra em estudo.

Consideram-se importantes estes resultados e poderão ter um peso significativo em todos os argumentos da discussão.

Termina-se com a discussão dos resultados relativos aos testes estatísticos de comprovação das hipóteses.

Ao longo desta discussão quando utilizarmos o termo "Depressão" não nos estamos a referir a um diagnóstico médico mas sim ao resultado da pontuação obtida no IACLIDE e no CES-D.

Os sujeitos deste estudo relativamente ao *sexo* são constituídos por 51,4% do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino. Resultado este esperado pois pretendíamos ter uma amostra semelhante em ambos os sexos.

Vários estudos epidemiológicos, já referidos no suporte teórico, Paykel (1991), Robin (1991), Kessler et al (1993), Kessler (1994), Weissman e Klerman (1997), Kornstein (1997) demostraram a existência de uma maior incidência de depressão na mulher, sendo a média entre os sexos na razão de dois para um.

No nosso estudo podemos verificar isso mesmo, quer com a pontuações obtidas no IACLIDE, quer no CES-D.

A prevalência da depressão no sexo feminino é superior à do sexo masculino. Sendo de 28,48% no sexo feminino e 3,85% no sexo masculino.

Existe relação altamente significativa entre o género e a depressão.

No que se refere à ***idade***, os sujeitos deste estudo possuem idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos. É uma população jovem apresentando uma média de idades de 37,03 anos para ambos os sexos. Sendo a média de idade no sexo feminino de 38,32 e no sexo masculino 35,60 anos.

Em relação à ***idade*** e ***depressão***, dois estudos um de Burke (1990) e outro de Kessler (1991) encontraram nas mulheres um início mais precoce da depressão em relação ao homem.

Um outro estudo mais recente, Russel Kuzel (1997) concluiu que a depressão pode surgir em qualquer idade, mas é no final da terceira década que as pessoas parecem mais sensíveis.

Bleiker et al (1993); Heidrich (1994), citado por Marques Teixeira (1999), em relação à idade e depressão afirmam que parece existir uma relação segundo uma forma curvilínea com um pico na meia idade e pontos mais baixos na infância e na terceira idade.

No nosso estudo concluímos que o nível de depressão tende a manifestar-se na mulher a partir dos 30 anos e atinge a sua maior incidência no grupo etário dos 41 aos 45 anos.

Não nos parece que esta diferença tenha a ver com o facto das mulheres deste estudo terem uma média de idade superior à dos homens ($\cong$ 3 anos).

Quanto ao ***estado civil*** a maior parte dos sujeitos do nosso estudo são casados 70,91% no sexo feminino e 75,96% no sexo masculino, com uma percentagem muito semelhante entre os dois sexos.

No que se refere ao ***estado civil*** e ***depressão*** as mulheres casadas apresentam uma maior incidência de doenças mentais (incluindo a depressão), do que as solteiras, exceptuando-se as mulheres separadas ou divorciadas, como concluiu Bruce e Kim (1992).

Weissman (1995) chegou à conclusão que as mulheres divorciadas têm apresentado uma taxa de incidência de depressão superior.

O presente estudo, no referente à ***depressão*** por ***sexo*** e ***estado civil***, constata-se que a depressão tende a ser superior nas mulheres casadas 25,64% e nas divorciadas 14,28%. Enquanto que nos homens 4% dos que apresentam depressão são solteiros e 3,79% são casados.

O casamento para os homens parece ser, de algum modo, protector enquanto que para a mulheres isso não acontece, Bruce e Kim (1992) citado por Marques Teixeira (1999).

Relativamente às ***deslocações diárias,*** ou seja, o tempo gasto de casa até ao local de trabalho, os resultados são muito semelhantes no sexo feminino e masculino, 90% para os primeiros e 86,54% para os segundos.

No que se refere às ***deslocações diárias*** e à ***depressão***, constatamos que a depressão cai na sua maioria, em elementos da amostra, que fazem uma deslocação diária para o local de trabalho menor ou igual a vinte minutos. O que nos leva a concluir que residem em meio urbano.

Horwath e Weissman (1995) num estudo efectuado chegaram à conclusão que a depressão é duas vezes superior nas mulheres que residem em meios urbanos.

No que diz respeito ao ***número de filhos***, a maioria dos elementos da amostra em estudo tem filhos: 71,81% dos sujeitos do sexo feminino e 61,54% do sexo masculino.

No referente à distribuição do número de filhos pelos elementos da amostra, verificamos que a maioria tem dois filhos: 31,82% no sexo feminino e 34,61% no sexo masculino.

Analisando os dados do nosso estudo constatamos que a depressão parece ser mais frequente nas mulheres que têm filhos, e mais nas que têm um ou dois filhos.

A bibliografia consultada também refere que ter filhos pequenos em casa é um factor de risco para a depressão, Yonkers (1995).

Em relação à ***habilitações literárias***, verificamos que 30,51% dos elementos da amostra do sexo feminino possui habilitações literárias igual ou inferior ao 9º ano e no sexo masculino 29,81%.

Por sua vez no sexo feminino é mais frequente a licenciatura 37,27%, contra 30,77% no sexo masculino.

Situação que se inverte em relação ao bacharelato sendo este mais frequente no sexo masculino 36,54% enquanto que no sexo feminino é de 27,27%.

No tocante às ***habilitações literárias*** e ***depressão*** concluímos que a depressão assume-se de forma mais expressiva quer no sexo feminino quer no sexo masculino em elementos da amostra que possuem habilitações literárias iguais ou inferiores ao 9º ano de escolaridade.

Yonkers (1995), refere como factor de risco para a depressão o nível de instrução abaixo do ensino secundário.

Assim, das mulheres em estudo 38,88% que manifestaram depressão, possuem como habilitações literárias a instrução primária, 30% o 6º ano e 60% possuem o 9º ano. Dos homens que manifestaram depressão 16,66% possuem como habilitações literárias 6º ano e 8,33% o 9º ano de escolaridade.

A ***profissão*** foi outra das variáveis deste estudo.

A nossa amostra é constituída por Enfermeiros, Professores e Auxiliares de Acção Médica de ambos os sexos. Resultado este que já era esperado, pois os elementos da amostra foram emparelhados quanto à profissão e sexo (rever gráfico nº4).

A depressão foi sempre superior nas mulheres dos três grupos profissionais.

Contudo, o grupo profissional dos Auxiliares de Acção Médica, manifestaram uma percentagem superior: 36,8% nas mulheres e de 5,88% nos homens.

No que se refere aos Professores 28,57% do sexo feminino apresentaram depressão e 6,25% do sexo masculino.

No grupo dos enfermeiros a depressão encontrada foi apenas no sexo feminino com a percentagem de 18,91%.

Para os enfermeiros o estar na profissão mais próxima da que aspiravam parece ser protector para a depressão.

Pois é o grupo profissional com maior percentagem de elementos nesta situação e no entanto não manifestaram níveis de depressão.

No que se refere à ***aspiração profissional*** por ***sexo*** e ***profissão*** concluímos que a depressão é superior nos elementos da amostra do sexo feminino.

A depressão é ainda mais expressiva numa percentagem de 50% nos elementos da amostra do sexo feminino que foram para profissão por ser a mais próxima da que aspiravam.

As mulheres que responderam "não ter outra escolha", destas 40,74% apresentaram depressão.

No sexo masculino 6,66% dos que apresentam depressão responderam estar na profissão mais próxima e 4,34% não ter tido outra escolha.

Comparando a aspiração profissional nas diferentes profissões concluímos (ver gráfico nº12), que nos Auxiliares de Acção Médica é mais frequente uma escolha forçada do que uma escolha motivada ou vocacionada. Também foi neste grupo profissional que se verificaram níveis de depressão superior.

Concluímos que a escolha da profissão parece ser protectora para a depressão. É certo que não podemos aceitar esta hipótese pelos resultados obtidos, mas tendencialmente a depressão é superior nas mulheres que não escolheram a profissão.

No que se refere à ***satisfação profissional***, constatamos que os elementos inquiridos estão na sua maioria só em parte satisfeitos com a profissão quer num quer noutro sexo 54,54% (n=60) no sexo feminino e 57,70% (n=60) no sexo masculino.

O nível de depressão tende a ser superior em elementos de amostra que estão apenas em parte satisfeitos com a profissão.

Destes 35% do sexo feminino e 20% do sexo masculino apresentam depressão.

No grupo dos satisfeitos com a profissão só as mulheres 19,14% é que apresentaram depressão.

No que se refere ao nível de satisfação por profissão, foram os enfermeiros os que mais revelaram não estar satisfeitos 4%. E os Auxiliares de Acção Médica foram os que revelaram estar mais satisfeitos 55,55%. Entre a Profissão e os níveis de satisfação há diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à ***realização profissional*** concluímos que quer no sexo feminino quer no sexo masculino a depressão é superior em elementos da amostra que responderam "talvez não" e "não" se sentem realizados com a profissão. (rever tabela nº47). No sexo feminino dos que responderam talvez não, manifestaram depressão 27,27% e no sexo masculino 12,50%.

Dos que responderam não se sentirem realizados com a profissão 33,33% dos sujeitos do sexo feminino manifestaram depressão e no sexo masculino 14,28%.

Tendencialmente a realização profissional também parece ser protector para a depressão.

Quanto a realização profissional e profissão as mulheres tendem a sentir-se menos realizadas com a profissão.

Em relação à toma de ***anticoncepcionais*** e ***depressão***, verificamos que 66,67% (n=50) das mulheres da nossa amostra que usam anticoncepcionais (tabela nº48), não revelaram depressão, contra 33,33% (n=25) que revelaram depressão leve e moderada. Das que não usam anticoncepcionais apenas 17,15% (n=6) manifestaram depressão.

Embora inicialmente tivessemos dito que não estudaríamos causas biológicas, quisemos saber como se comportavam as mulheres em termos de toma de anticoncepcionais e depressão. A este respeito Marques Teixeira (1999) refere que existe na mulher uma predisposição depressiva, não se tratando de um efeito directo dos contraceptivos orais, mas antes de um efeito diferido a partir da actuação sobre uma vulnerabilidade específica.

No que se refere à ***toma de medicação*** prescrita pelo médico, podemos constatar que as mulheres o fazem de uma forma mais frequente num total de 20% (n=22) e nos homens apenas 5,76% (n=6).

No que diz respeito à toma de medicação prescrita pelo médico e depressão (ver tabela nº50) existem diferenças significativas entre os dois sexos. Uma interrogação se nos coloca: será que as mulheres tomam medicação para queixas somáticas ou inversamente a mulher porque tem depressão toma mais medicação?

Com este estudo constatamos que a depressão se manifesta mais quer no sexo feminino quer no sexo masculino, nos sujeitos da amostra que costumam tomar medicação prescrita pelo médico. Embora o tipo de medicação que referenciaram tomar nada ter a ver com o tratamento da depressão (ver Quadro nº6).

No que se refere a realização de ***trabalhos domésticos***, todos os elementos do sexo feminino referem a prática regular de trabalho doméstico (100%), enquanto que no sexo masculino esta prática só é referida por 64,42%.

No que se refere à prática de ***trabalho doméstico*** e ***depressão***, como todas as mulheres trabalham os níveis de depressão caiem neste item com um total de 28,17% (n=31). Enquanto que no sexo masculino 2,98% (n=2) dos que manifestaram depressão costumam fazer trabalhos domésticos regulares e 5,40% (n=2) não referiram a prática regular de trabalho doméstico. Entre a prática regular de trabalhos domésticos e a depressão existem diferenças significativas entre os géneros.

Os trabalhos domésticos aumentam o stress a fadiga física e sobretudo diminui o tempo livre para a mulher dedicar a si própria o que pode levar a que esta tenha mais depressão.

Existem diferenças estatisticamente significativas por sexo no que se refere à prática regular de trabalho doméstico ligeiros.

Escala de Saúde SF-36

Esta foi outra das variáveis dependentes considerada neste estudo.

No que se refere à variável ***desempenho físico***, os homens tendem a manifestar um nível de desempenho físico alto 89,43%, (n=93) e as mulheres 65,46% (n=72) um nível baixo.

Concluímos que entre os dois sexos há diferenças estatisticamente significativas.

Cruzando o nível de ***desempenho físico*** com a ***depressão*** concluímos que nos sujeitos da amostra com depressão o nível de desempenho físico das mulheres tende a ser baixo (tabela nº65) .

Quanto ao desempenho físico e profissão os enfermeiros são o grupo profissional com maior desempenho físico 38,66% (n=62) ao invés dos professores que manifestam um desempenho físico de nível baixo 16,41% (n=11).

No que se refere a ***saúde em geral*** por ***sexo***, concluímos pela existência de diferenças significativas entre os dois sexos.

Podemos ainda afirmar sob o ponto de vista da estatística descritiva, que o sexo feminino tende a manifestar resposta de nível baixo 22,73% (n=25) ao invés do sexo masculino que tende a manifestar respostas do nível alto 56,73% (n=59). No que se refere ao nível de saúde em geral, manifestado pelos diferentes grupos profissionais, não há diferenças significativas.

No cruzamento ***da função física*** e ***depressão por sexo***, concluímos que no sexo feminino, maioritariamente os elementos da amostra que apresentam uma resposta normal à depressão, paralelamente apresentam uma resposta à função física alta 69,09% (n=76).

Os elementos da amostra do sexo feminino que apresentam níveis de depressão leve e moderada, apresentam uma resposta média ou baixa a nível da função física.

No referente aos níveis de função física por grupo profissional as diferenças são significativas. Nos Auxiliares de Acção Médica são mais frequentes as respostas do tipo médio e baixo. Enquanto que nos professores e enfermeiros são mais frequentes as respostas do tipo alto.

No que respeita aos níveis de ***função física*** por ***sexo***, concluímos que entre os dois sexos as diferenças são significativas.

Quanto a ***dor física*** por sexo concluímos que no sexo feminino são mais frequentes as respostas de nível médio e baixo 56,36% ao invés do sexo masculino que tendencialmente apresenta respostas do nível médio e alto 98,06%.

As diferenças manifestadas relativamente à dor física entre os dois sexos são estatisticamente significativas.

Cruzando o tipo de dor física com a depressão, concluímos que as mulheres com depressão tendem a dar uma resposta a dor física de nível médio e baixo.

Pelo relacionamento da ***vitalidade*** por ***sexo*** a resposta a este item, pelo sexo feminino é de nível médio 43,6% ao invés no sexo masculino tende a ser de nível alto 73,08%,

As diferenças entre os dois sexos são estatisticamente significativas.

Concluímos que os elementos da amostra do sexo feminino que apresentam níveis de depressão tendem a dar uma resposta ao nível da vitalidade baixa.

Ao invés no sexo masculino os que manifestaram depressão, distribuíram-se de forma mais equitativa. Tendo 1 dado uma resposta de nível baixo, 2 de nível médio e 1 de nível alto.

No cruzamento do parâmetro vitalidade por grupo profissional concluímos que o tipo de resposta baixo é mais frequente nos Auxiliares de Acção Médica. Apresentando os Enfermeiros e os Professores uma resposta do tipo médio e alto.

No que se refere à ***função social*** por ***sexo*** as diferenças são estatisticamente significativas entre o género.

Relacionando a depressão com o nível de função social, concluímos que no sexo feminino os elementos de amostra que apresentaram depressão tendem a manifestar nível médio e baixo de função social, o que também se verificou no sexo masculino.

As mulheres sem depressão manifestaram um nível alto de função social com a percentagem de 60%.

No que se refere ao ***desempenho emocional*** e ***sexo*** as diferenças são altamente significativas ($P< 0,001$) .

Cruzando a depressão com o nível de desempenho emocional as mulheres com depressão tendem a manifestar um nível de desempenho emocional baixo.

Os homens com depressão tendem a manifestar um desempenho emocional a nível baixo, médio e alto.

No que se refere à ***saúde mental*** por grupo profissional não se verificam diferenças significativas.

Entre o género e a saúde mental as diferenças são estatisticamente significativas.

O nível alto de saúde mental é mais frequente nos homens 41,65% contra 29,9% nas mulheres.

No cruzamento sexo/depressão/saúde mental, constatamos que o nível médio e baixo é mais frequente nas mulheres que apresentam depressão.

Dos homens que apresentaram depressão (que são quatro) : 2 apresentam um nível baixo de saúde mental; 1 um nível médio e 1 um nível alto.

Os principais resultados da comparação entre a variável dependente (depressão e estado de saúde) em função das variáveis independentes equacionadas, são os seguintes:

- Quanto ao sexo e à depressão verificam-se diferenças estatísticas significativas pelo comportamento da variável podemos inferir que à relação entre o sexo e a depressão;
- Quanto à idade e à depressão, também se verificam diferenças significativas, logo podemos concluir que interfere com a depressão;

- Quanto à escolha da profissão e à depressão, não se verificam diferenças estatísticas, pelo que se considera não haver relação com a depressão;
- Quanto ao estado civil e depressão, não se verificaram diferenças significativas;
- Quanto ao número de filhos e a depressão não se verificaram diferenças significativas;
- Quanto ao nível de instrução e depressão, verificamos que entre as duas variáveis não existe nenhuma relação estatística;
- Quanto à profissão e satisfação, constatou-se existir relação significativa;
- Quanto ao uso de anticoncepcionais e depressão não se verificaram diferenças significativas;
- Quanto à toma de medicação e depressão entre o género verificaram-se diferenças altamente significativas;
- Quanto à realização de trabalhos domésticos e depressão concluímos existir diferenças significativas;
- Quanto as diferenças de género e desempenho físico existem diferenças muito significativas;
- Quanto à diferença de género e desempenho emocional existem diferenças altamente significativas;
- Quanto à diferença de género e à função física concluímos pela existência de diferenças significativas;
- Quanto à diferença de género e saúde em geral, podemos inferir pela existência de diferenças altamente significativas;
- Quanto à diferença de género e a vitalidade concluímos existirem diferenças muito significativas.

Através destes resultados que permitiram analisar o comportamento das variáveis intervenientes nas hipóteses formuladas neste estudo, foi possível constatar que os resultados se orientam para a rejeição de cinco hipóteses (H_3, H_4, H_5, H_6, H_8) e para a aceitação de dez (H_1, H_2, H_9, H_{10}, H_{11}, H_{12}, H_{13}, H_{14}, H_{15}, H_{16}).

VI – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Os resultados deste estudo levam-nos a concluir pela diferença de género na depressão.

Os níveis de depressão obtidos tanto com a aplicação do IACLIDE como com a do CES-D, foram sempre superiores nas mulheres.

Esta depressão manifestou-se de forma mais expressiva nas mulheres casadas, com filhos e, nas que têm um nível de instrução mais baixo.

Os procedimentos estatísticos, anteriormente, descritos em função da variável dependente ***depressão*** e ***estado de saúde*** permitiram constatar que os resultados se orientam para a aceitação das seguintes hipóteses:

- Há diferença significativa entre os dois sexos na frequência de depressão;
- Há relação entre a idade e a depressão associada ao género;
- A profissão interfere com a satisfação profissional entre o género;
- Há relação entre a toma de medicação e a depressão;
- Há diferenças entre o género e a realização de trabalhos domésticos;
- Os estilos de vida, tais como a realização de trabalhos domésticos interferem com a depressão entre o género.

Podemos também constatar que a escolha da profissão, a satisfação e a realização profissional, parecem ser factores que protegem a mulher da depressão.

Estes dados apontam para a importância dos factores sociais, culturais e psicológicos na génese da depressão.

Para a mulher exercer a profissão por si escolhida, fazendo, certamente, o que gosta, vai permitir-lhe um nível mais elevado de auto-estima e auto-conceito pelo grau de satisfação pessoal e realização profissional que este facto origina.

Por outro lado, este estado de espírito pode contribuir, significativamente, para fazer face às inúmeras solicitações do seu dia a dia, de mãe, esposa, dona de casa e de pessoa.

De salientar a constatação de Vendrell (1988) que afirma, que só o suporte social proveniente do ambiente de trabalho (supervisores, chefes e colegas) seria, significativamente, útil para reduzir o stress e nós acrescentamos, para reduzir os níveis de depressão.

Quanto à nossa variável dependente ***saúde em geral***, no que se refere ao desempenho físico, desempenho emocional, função física, dor física, saúde em geral e à vitalidade verificamos diferenças significativas entre o género.

As mulheres, comparativamente, aos homens manifestam níveis de desempenho mais baixos.

Relacionando com a depressão estes níveis de desempenho tendem ainda a ser mais baixos. Não sendo este nenhum dado novo já que a depressão afecta os indivíduos a todos os níveis.

Afigura-se-nos a necessidade de adoptar medidas eficazes para dotar o país com maiores e melhores recursos, em termos de infraestruturas, mais recursos humanos e meios técnicos adequados à prevenção e tratamento desta afecção.

Segundo Paiva M. e al (1996) citado por Brito C. (1998) *"...85% das depressões são observadas pelo clínico geral razão pela qual os cuidados primários constituem o local privilegiado de identificação da depressão. No entanto, 60% dessas depressões não são diagnosticadas....*

Torna-se, portanto, de suma importância a formação contínua dos clínicos gerais no sentido de melhor diagnosticar e mesmo tratar a doença depressiva."

Esta pesquisa vem reforçar o conhecimento de que algumas depressões passam despercebidas, sendo necessário melhorar o nível de informação e de consciencialização de todos (especialmente médicos e enfermeiros) para minorar as consequências de tão grave afecção.

Seria desejável alertar técnicos da equipa de saúde, capazes de dar apoio psicológico e social, para a necessidade de promoverem condições favoráveis à melhoria do relacionamento quer nos serviços, quer no ambiente familiar e social, permitindo aos profissionais das equipas a manutenção do equilíbrio emocional, contribuindo para uma melhor saúde mental e consequente qualidade de vida.

VII - BIBLIOGRAFIA

ABEIJON, Fernandez; DOLORES, Mª; et al (1989): Depression en la enfancia y adolescencia, Ver. Rol de Enfermeria, Barcelona, 12 (134) Out., p. 28-32.

ABRANTES, A. et al (1989) – Manual de Métodos de Investigação em saúde, Luis Nunes, Lisboa.

APOLINÁRIO, J. M. Marques (1992): Qualidade: ontem uma oportunidade, hoje um imperativo. Dirigir. Lisboa ISSN 0871-7354 nº26, p.67-70.

ATHAYDE, J. Schnerberger (1979): Elementos de Psicopatologia, 3ªed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

BERNARDO, Fr. O.P.(1992): Qualidade de vida humana a promover. Dirigir. Lisboa. ISSN 0871-7354 nº26, p. 63-66.

BISCAIA, Jorge (1992): Qualidade de vida em vida com limites. Acção Médica. Porto ISSN 0870-0311 nº3, p.3-14.

BOWLING, Ann (1994): La medida de la salud – Revision de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson, S.A., ISBN 84-311-0671-9.

BUSFIELD, Joan (1996): – Men, Women, and Madness, Understandling Gender and Mental Disorder. London 287pag.

CALLERO, Mª José (1990): Control de calidade assistentecial. Rol. Barcelona. ISSN 02150-5020 nº 154, p. 33-34.

CARDOSO, Rui Mota (1998): A Outra metade da Medicina, Climep Editores, Lisboa pag. 69-77.

CASTRO, Pedro V. (1997): Depressão em Notícias – Lisboa, MediAlerta, p. 2 e 3.

CORDEIRO, J.C. Dias (1986): Manual de Psiquiatria Clínica, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

COULEHAN J.L; SCHULBERG H.C.; BLOCK M.R.; et al (1992) – Medical Comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. Arah Gen Psychiatry, 49 (2): 91-100

CRISTIANE, Brems (1995): Women and Depression: a comprehensive analysis – Handbook of depression Second Edition. Guilford-539-565.

DAHLEURUP, Drude (1987): Confusing concepts – confusing reality: a theoretical discussion of the patriarchal state, in sassoon, Anne Showstak (1987) Women and the state. The shifting boundarias of public and private, Londres: Century Huthing Ltd.

DOMINGOS, Ana Maria et al (1987): Uma forma de estrutura e ensino aprendizagem. Lisboa: Livros Horizontes. 3° vol.

FALLOWFIELD, Lesley (1990): The quality of life – The missing measurement in health care. Londres: Souvenir Press.

FERREIRA, Pedro Lopes (1991): Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. Revista Critica de Ciências Sociais. Coimbra n° 33 p. 93-112.

FERREIRA, Pedro Lopes (1995) – Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. – Trabalho apresentado ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Coimbra.

FONSECA, A. Fernandes da (1985): Psiquiatria e Psicopatologia, Vol. 1, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

FORTIN, M. F. (1999) : O Processo de investigação: da concepção à realização, Lusociência.

FRANCK Ayd J.R. (1993): Lexicon of Psychiatry, neurology and neurociences.

FREUDENBERG, H.J. (1974): Burn-out institutionnel. Annales Médico – Psychologiques, 143, (7), 646-651.

GANIRIA, Moisés; FLAHERTY, Joseph A. (1995): Depressão, in: FLAHERTY, Joseph A. e outros – Psiquiatria: diagnóstico e tratamento, 2ª ed. Porto Alegre, Artes, Médicas, p. 54-86.

GHAZI, Assad M.D.(1992): Apresentações atipicas de perturbação maniaco – depressiva – Psiquiatria na prática médica, Vol 5,11-13.

GIL, António Carlos (1991): Como elaborar projectos de pesquisa. 3° ed. S. Paulo: Editora Atlas. – ISBN 85-229-0724-x.

GIL, António Carlos (1991): Métodos e técnicas de pesquisa social. 3° ed. S.Paulo: Editora Altas. ISBN 85-224-0725-8.

GOMES, António Alves e Outros (1986): Para reconhecer um síndrome na praxis clínica, in: GOMES, António Alves e Outros – Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na práxis do clínico geral, Lisboa, Laboratório UCB, p.281-292.

HOLMES, T.H, and Rahe, (1967): The social readjustment rating scale, J. Psychosomatic research, 11:213.

JONASDOTTIR, Anna G. (1993): El poder del amor – Le importa el sexo a la damocracia ? Universitat de valência, Instituto da la Mujer, Madrid, Ediciones cátedra, S.A.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.(1995): Medicina psiquiátrica de emergência, Porto Alegre, Artes Médicas.

KESSLER R.C.; BROW R.L. et al (1981) Sex diferences in psychiatric helpseeking: evidence from four large-scale surveys. J. Health Soc Behav 22:49-64.

KESSLER R.C.; MCGONALE K.A.; SWARTZ M, et al (1993): Sex and depression the national comorbidity Survey: Lifetime Prevalence, chronicity and recurrence J. Affect Disord, 29:85-96.

LAFER, Beny (1996): Transtornos do humor, in: ALMEIDA, Osvaldo Pereira de e outros – Manual de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

LAMAS, M. (1986): La antropologia feminista y la categoria gênero. Nueva Antropologia, México, Vol. 8 nº 30 p.25-26.

LAROUCHE, L.M (1985) – Approche Globale du bur-out, ou sindrome d'epuisement profissionnel. Annales Médico-Psychologiques, 143, (7). 605.

LELLO, José Lello Edgar (1987): Dicionário Enciclopédico Luso Brasileiro, Porto, Lello e Irmão

MONTEGOMERY, Stuart A. (1995) – Ansiedade e depressão, 2ª Ed. Clinepsi editores: Lisboa.

PINTO VAZ, António (1992): Cadernos de Bio-Ética 4: O que é a qualidade de vida ?. Coimbra. Gráfica de Coimbra, Lda. Dezembro.

POLIT, D. HUNGLER, B (1990) – Investigacion Científica en Ciências de La Salud, 2ª Edição, Mexico, Interamericana.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.(1995): Fundamentos de pesquisa em enfermagem, 3º ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

RIBEIRO, José Luís Pais (1994): A importância da qualidade de vida para psicologia da Saúde. Análise Psicológica. ISSN 0870-8231 nº 2-3; p.179-188.

ROBINS L.N.; REGIER D.A. (eds) (1991) Psychiatric Disorders in América: The Epidemiologic catchment Area Study – New York, Free Press.

ROCKVILLE, M. D. (1993): Depression Guideline Panel. Depression in primary care – Detection and diagnosis (clinical practica Guideline - Department of Health and Human Services) Vol.1.

RODLOFF, Lenore Sawyer (1977) – The CES-D Scale: A Self – Report Depression Scale for Research in the General Population. Vol.1 nº3 385-401.

SHORTER, Edward (1975) – Formação da família moderna. Terramar- Edição Original : Basic Books, Nova Iorque.

SPECTOR, Nelson (1997) – Manual para a redacção de teses, dissertações e projectos de pesquisa. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

SPIEGEL, M. (1994) – Estatística, Schaum McGraw – Hill, L. S. Paulo 3ª ed.

STOMEL M.; GIVEN B.A. et al (1993): Gender bias in the measurement propertes of center for epidemiologia. Studies Depression Scale (CES-D) Psychiatry Resercarch 49 (3): 239-50 dec. Colleg of nursing, Michigan State University (MSU) East, Lansing 48824-1317.

SUBIRATS, Marina; TOMÉ, Amparo (1992): La educação de niñas, Institut de Ciências de L'Educacion, Universidade Antonoma de Barcelona.

TAYLOR, Cecília Morat (1992): Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness, 13ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

THASE ME, Rlynolds CF, Fraz E, et al.(1994) Do depressed men and Women despord similary to cognitive behavior therapy ? Am J Psyahiatry 151:500-505.

VAZ SERRA, Adriano (1989) – Stress. Coimbra Médica, 10 (131)131-141.

VAZ SERRA, Adriano (1994): IACLIDE Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica

VAZQUEZ, Carmelo (1990): Transtornos del estado de animo (1): Aspectos Clínicos – Psicologia Médica, Psicopatologia, y Psiquiatria 901-929.

YONKERS, K. A. (1995): Recognition of depression in obstetric / gynecology prácticas. p.

ARTIGOS :

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3° ed Washington.

ANDREW C. Leon, Phd; KLERMAN, G. L. (1993): Continuing Female Predominance in depressive Illnes American Journal of Public Health. Vol. 83, n°5, p.754-757.

ANTHONY J. C., PETRONIS K.R. (1992): Suspected Risk factors for depression among adults 18-44 Years Old. Epidemiology 2 p.123-132.

BECK, A. T.(1987): Cognitive models of depression, Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol.1, p.5-37.

BRUCE, M. e KIM, K. (1992): Differences in the effects of divorce on major depression in men and Womem. Journal of Clinical Psychiatry 149(7). 914-7.

BURKE K.C., BURKE J.D., et Al. (1990) Age at ouset of selected mental disorders in five community populations. Arch Gen Psichiatry. 47:511-518.

CATHERINE de Angelis (1990): An Introducion to Clinical Research, Oxford University Press.

CUSHWAY, D. et al (1996) – Development of a stress scale for mental healht profissionals. British Journal of Clinical Psychology, n°5, p.279-295.

DAVID Michelson et al (1996) – Bone Mineral Density in Women With Depression – The New England Journal of Medicine P. 1176-1181.

EATON, W. W. (1989) - The incidence of specific Dis/DSM - III mental disorders: Data from the Nim II Epidemiologic catchment Area Program. Acta Psychiatrica Scandinavia, 79, p.163-178.

EL-MALLAKH, Rif S. et al (1997) – Orientações sobre depressão na prática de cuidados de saúde primários. Postgraduate Medicine vol. 7, n° 6, p.20-28.

ENDICOTT, Jean ; WEISSMAN, M.M. et al (1997): O que diferencia a depressão nas mulheres Patient care / Fevereiro p.44-55.

HORWATH, E. Wald; WEISSMAN, Myrina M. (1995): Epidemiology of Depression and Anxiety Disorders, Textbook in Psychiatric Epidemiology – Edited By Tsuang.

HOUSE (1980), citado por VENDRELL, Luis T.F. (1988): Sindorme de Burn out: Enfermeria, grupo de alto riego. Revista Rol n°11 p.53-56.

KAPLAN, A. (1986): The Self-in-relation: Implications for depression in Women, Psychoterapy p.242-234.

KENDLER, K.S.; KESSLER, R.C.; NEALE, M. C.; et al (1993): The Prediction of major depression in Women: Toward an integrated etiologic model Am J. Psichiatry, 150:1139-1148.

KORNSTEIN S.G. (1997): Gender Differences in depression: Implications for treatmente, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 58,12-18.

KUZEL Russel (1997): Tratamento da depressão Postgraduate Medicine Vol.7, nº2, p.51-60.

LEIBENLUFT, Ellen M.D. (1998) – Why are so many women depressed ? Scientific American Vol.9 nº2 p.31-35.

LEPINE, J. P. (1998) – Depressão: Morbilidade e custos de Saúde. Anamnesis, nº 68, p. 12.

MALCOLM, Lader M.D. (1996): Tendências actuais da terapêutica da depressão. UPDATE nº92, p.34-38.

MARQUES-TEIXEIRA, J. (1999) – A depressão e a mulher na sociedade Moderna, Vol. 1, nº1, Maio Junho.

MAYANA, Golomb, M.D.; ABRAHAN M. et al (1995): Gender Differences in Personality Disorders. Am J. Psychiatry; 152:4; p.579-582.

PAYKEL, ES (1991) – Depression in Women. British Journal of Psychiatry, 158 (suppll. 10) 22-29.

PINA, Carlos; BRITO (1998) – Diagnóstico e tratamento da drepressao : Recomendações da Agency for Health care Policy and research. Anamnesis nº 66, p. 4-8.

PINA, Carlos; BRITO (1998) – Diagnóstico e tratamento da depressão: Recomendações da Agency for Health care Policy and Research. Anamesis, nº 67 p. 4-6.

OMS (1993) – Pour une formation miceu adaptée das professionnels de la santé. Série raports, tchenciques, n°838, Genéve.

SCHATZBERG, Alan F.M.D. (1997): The dynamics of Sex: Gender differences in psychiatric dioorders. Journal of Clínical Psychiatry. Vol. 58, p.3-4.

WEISSEMAN, M. M; BLAND R.C.; CANINO G.J.; et al (1996): Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Jama, 276:293-299.

WEISSMAN M.M.; BLAND. R. et al.(1993): Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives J. Affect Disord 29:77-84.

WEISSMAN M.M.; KLERMAN G.L. (1977): Sex differences and the epidemiology depression. Arah Gen Psychiatry 34:98-111.

WEISSMAN Myrna M.; OLFSON Mark (1995): Depression in Women: Implications for health care Research; Science, Vol. 269, p.799-801.

WEISSMAN, M. e OLFSON, M. (1995): Depression in Women: Implications for health care Research. Science, n°269. p 799-801.

WEISSMAN, M.M.; KLERMAN,G. L. (1977): Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry, 34:98-111.

YONKERS K.A. (1997) – The Association Between Premenstrual Dysphoric Disorder and Other Mood Disorders. Vol. 58 (suppl.15) J. Clin Psychiatry p.19-25.

VII - ANEXOS

Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados "Questionário"

Universidade do Porto

Faculdade de Medicina

Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental

Questionário

Maria Fernanda Queiroga Pereira da Silva

Setembro, 1998

Ex$^{mo(a)}$ Senhor$^{(a)}$

Encontro-me a realizar um projecto de investigação em Saúde Mental na Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, no âmbito das perturbações depressivas.

O objecto de pesquisa prende-se com as diferenças em frequência dessas afecções entre os dois sexos, bem como com a relação que possa existir com o desempenho profissional e estilo de vida.

Este questionário pretende obter informações com vista à concretização desse trabalho.

Como depreende , tornar-se imprescindível a sua opinião, pelo que peço a colaboração no preenchimento deste questionário e a devolução do mesmo até ao dia __/___/___.

Expresso a garantia de confidencialidade das respostas e a disponibilidade para o/a informar dos resultados obtidos a partir deste estudo.

Peço-lhe ainda e, desde já, agradeço que :

- não escreva dados não solicitados;
- não assine o questionário.

Certa da sua preciosa colaboração, agradeço reconhecida

Atenciosamente subscrevo-me

Mª Fernanda Queiroga Pereira da Silva

As perguntas seguintes referem-se ao momento actual

1 – Qual a sua idade ? Data de Nascimento ___/___/___ ☐☐ anos

2 – Sexo

a. ☐ - Feminino
b. ☐ - Masculino

3 – Relacionamento conjugal:

a. ☐ - Solteiro(a)
b. ☐ - Casado (a) ou coabitando
c. ☐ - Separado(a) / divorciado(a)
d. ☐ - Viúvo (a)

4 – Deslocações Diárias:

O percurso diário da residência ao local de trabalho é feito em :

a. ☐ - Até 20 minutos, aproximadamente
b. ☐ - Sensivelmente mais do que 20 minutos

5 – Filhos (incluem-se os filhos adoptivos ou criados como se o fossem):

a. ☐ - Sim Quantos? _____
b. ☐ - Não

6 – Nível de Escolaridade : *(nível mais alto que completou)*

a. ☐ - Instrução primária completa
b. ☐ - 6° Ano (antigo 2° Ano)
c. ☐ - 9° Ano (antigo 5° Ano)
d. ☐ - 12° Ano
e. ☐ - Bacharelato
f. ☐ - Licenciatura

7 – Profissão _____ Categoria Profissional_____

Relativamente à profissão, que desempenha assinale o que melhor se adequa à sua situação actual.

7.1 – Aspiração Profissional

a. ☐ - Veio para a sua actual profissão *por escolha*, por corresponder a uma aspiração antiga.

b. ☐ - Veio para a sua actual profissão por ser a *mais próxima* daquela a que aspirava.

c. ☐ - Veio para a sua actual profissão pelas *vantagens práticas* de:
- ☐ - Salário
- ☐ - Horário
- ☐ - Outros_____

d. ☐ - Veio para a sua actual profissão por acaso, por *não ter outra escolha.*

7.2 – Satisfação profissional

Em relação à profissão que desempenha neste momento

a. ☐ - *Esta satisfeito* com a profissão
b. ☐ - Está *só em parte satisfeito* (há coisas que concorda e coisas que discorda)
c. ☐ - *Não está satisfeito* (está desiludido ou arrependido).

7.3 – Realização profissional

Considera que a profissão que desempenha actualmente o ajuda a sentir-se realizado ?

a. ☐ - Sim (no presente e no futuro)
b. ☐ - Talvez sim
c. ☐ - Talvez não
d. ☐ - Não

8 – Usa regularmente anticoncepcionais orais :

a. ☐ - Sim
b. ☐ - Não

9 – Costuma tomar diariamente medicação prescrita pelo médico:

a. ☐ - Sim
b. ☐ - Não

Se sim, refira qual :_____

_____

_____

10 – Costuma fazer regularmente trabalhos domésticos em sua casa?

a. ☐ - Sim
b. ☐ - Não

Se sim, de que tipo e qual a frequência :

a. ☐ - Ligeiros (por ex. cozinhar, limpar o pó) assinale um dos quadros:
   - ☐ - Em regra todos os dias
   - ☐ - Nem todos os dias, mas várias vezes por semana
   - ☐ - Nem todas as semanas
b. ☐ - Moderados (por exp. aspirar, limpar a casa, passar a ferro) assinale um dos quadros:
   - ☐ - Em regra todos os dias
   - ☐ - Nem todos os dias, mas várias vezes por semana
   - ☐ - nem todas as semanas
c. ☐ - Pesados (por ex. esfregar o chão, arrastar moveis, lavar parede e vidros) assinale um dos quadros:
   - ☐ - Em regra todos os dias
   - ☐ - Nem todos os dias, mas várias vezes por semana
   - ☐ - nem todas as semanas

Verifique, por favor, se respondeu a todas as perguntas.

Muito obrigado

Anexo II - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

(@Copyright A. Vaz Serra. 1994)

Nome:_____ Data:___/___/199__

Idade:_____ anos Estado Civil:_____ Telefone :_____

Habilitações:_____ Profissão:_____

Naturalidade:_____ Residência:_____

Total=_____ Biol_____ Cogn=_____ IP=_____ DT=_____

F_1=_____ F_2=_____ F_3=_____ F_4=_____ F_5=_____

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadro respectivo ☐ aquela que se aproxime mais do seu estado actual.

1. - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre ☐
   - Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho ☐
   - Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer ☐
   - Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho ☐
   - Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho. ☐

2. - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume ☐
   - Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ☐
   - No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ☐
   - Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ☐
   - Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros. ☐

3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume ☐

- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual ☐
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume ☐
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual ☐
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação. ☐

4. - Presentemente, no contacto com outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns ☐

- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos ☐
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos ☐
- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes ☐
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e ando a sentir, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos. ☐

5. - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito ☐

- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas ☐
- Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido ☐
- Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado ☐
- Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida. ☐

6. - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive ☐

- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso ☐
- Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso ☐
- Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas ☐
- Sinto-me incapaz de fixar seja o que for. ☐

7. - Não me sinto mais infeliz do que o costume ☐
   - Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente ☐
   - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes ☐
   - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz ☐
   - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz ☐

8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir ☐
   - Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer ☐
   - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 – 2 horas antes de conseguir adormecer ☐
   - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada ☐
   - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa ☐

9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume ☐
   - Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço ☐
   - Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada ☐
   - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa ☐
   - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa. ☐

10.- A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre ☐
   - Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro ☐
   - No momento actual sinto, bastante vezes, falta de confiança no futuro ☐
   - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro ☐
   - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro. ☐

11.- Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite ☐

- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir ☐
- Presentemente ando a acordar ao fim de 4 - 5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir ☐
- Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir ☐
- Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia. ☐

12.- Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado ☐

- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos ☐
- Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos ☐
- Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos ☐
- Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos. ☐

13.- Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia ☐

- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar ☐
- Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer ☐
- Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer ☐
- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for. ☐

14.-O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre ☐

- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume a evitar conviver com as outras pessoas ☐
- No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas ☐
- Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas ☐
- Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for. ☐

15.- No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração ☐

- Sinto por vezes dificuldade em que concentrar no que estou a fazer ☐
- Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo ☐
- Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço ☐
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for. ☐

16.-Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual ☐

- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho ☐
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas ☐
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil ☐
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível. ☐

17.- Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes ☐

- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para toma qualquer decisão ☐
- No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão ☐
- Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las ☐
- Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas. ☐

18.- A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre ☐

- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho ☐
- Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente ☐
- Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação ☐
- Perdi por completo a alegria de viver. ☐

19.- No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo ☐

- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida ☐
- No momento presente não me importaria de morrer ☐
- Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha ☐
- Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida. ☐

20.- Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume ☐

- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso ☐
- Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume ☐
- Sinto-me, sem motivo justificatico, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas tarefas usuais ☐
- Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia. ☐

21.- Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso ☐

- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas ☐
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu ☐
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito ☐
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas. ☐

22.- Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume ☐

- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer ☐
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer ☐
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer ☐
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for. ☐

23.- A capacidade de manter activo é a mesma do costume ☐

- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual ☐
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada ☐
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer ☐
- Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama sem fazer nada. ☐

Anexo III - Escala CES-D

Versão Portuguesa da CES – D

(João Barreto, 1993)

Nome:_____ Data:___/___/199__

Idade:_____ anos Estado Civil:_____ Telefone :_____

Habilitações:_____ Profissão:_____

Naturalidade:_____ Residência:_____

Pontuação :_____

Instruções

Tem aqui uma lista de coisas que poderia ter sentido ou feito durante a semana passada.

Por favor, indique se essas coisas sucederam muitas ou poucas vezes.

Marque com um X a casa apropriada.

Versão Portuguesa da CES-D (João Barreto,1993)

Durante a Semana Passada	nunca	uma vez ou outra	bastantes vezes	quase sempre
	quase nunca	pouco	Bastante	muito
	menos de 1 dia	1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 7 dias
1. Incomodei-me com coisas que geralmente não me dão preocupação.				
2. Estive sem vontade de comer, tive falta de apetite.				
3. Senti que não podia livrar-me da tristeza, nem mesmo com a ajuda da família ou dos amigos.				
4. Senti que eu era uma pessoa tão boa como outra qualquer.				
5. Tive de me esforçar muito para prestar atenção ao que estava a fazer.				
6. Senti-me infeliz e abatido.				
7. Senti que tudo o que eu fazia, era com grande esforço				
8. Senti muita esperança no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha falhado.				
10. Senti-me assustado.				
11. Dormi mal.				
12. Estava feliz e bem disposto.				
13. Eu andava a falar menos do que é meu costume.				
14. Senti-me muito só.				
15. As pessoas eram antipáticas para mim				
16. Andava com gosto pela vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Fui incapaz de "arrancar" com as minhas tarefas.				

Anexo IV - Escala de Saúde SF-36

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ACERCA DESTE QUESTIONÁRIO

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

OBRIGADO PELO SEU TEMPO E AJUDA

Copyright © 1994. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. All rights reserved.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

		Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a.	Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b.	Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c.	Levantar ou acartar as compras de mercearia	1	2	3
d.	Subir vários lanços de escada	1	2	3
e.	Subir um lanço de escadas	1	2	3
f.	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g.	Andar mais de 1 Km	1	2	3
h.	Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i.	Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j.	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

Copyright © 1994. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. All rights reserved.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a resposta for *Não*

		SIM	NÃO
a.	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b.	Fez menos do que queria	1	2
c.	Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d.	Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a resposta for *Não*

		SIM	NÃO
a.	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b.	Fez menos do que queria	1	2
c.	Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

Copyright © 1994. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. All rights reserved.

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.
Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.
Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

Copyright © 1994. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. All rights reserved.

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

		Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a.	Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
b.	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
c.	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d.	A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Copyright © 1994. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. All rights reserved.

Anexo V - Autorização do Conselho de Administração do HDC e Conselho Directivo da Escola E/B 2/3 Nadir Afonso de Chaves

Autorizo
99.01.06

Ao Sr. Dr. Director para informação.
98.12.21

...AL DISTRITAL DE CHAVES
EXP...
...ÇÃO X
...O N.º 2913/Adm
98/12/17

Exmo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Distrital de Chaves

Maria Fernanda Queiroga Pereira da Silva, Enfermeira Chefe do quadro do HDC, aluna do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; encontra-se a elaborar um trabalho de dissertação final, no âmbito das perturbações depressivas. O objecto da pesquisa prende-se com as diferenças em frequência dessas afecções entre os dois sexos, bem como com a relação que possa existir com o desempenho profissional e estilo de vida.

Pretendo utilizar para o estudo dois grupos profissionais desta Instituição, num total de 60 enfermeiros e 60 auxiliares de acção médica.

Utilizarei como instrumento de colheita de dados um questionário com vista à caracterização da amostra, o Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (IACLIDE) do Professor Vaz Serra, Questionário de Estado de Saúde (SF-36), adaptado pelo professor Pedro Lopes Ferreira, versão Portuguesa da CES-D adaptado pelo professor João Barreto e Check List Afectivo, adaptado pelo professor Ramiro .

Com vista à concretização deste estudo, solicito a V. Exª autorização para o preenchimento dos referidos inventários e escalas, pelos Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica.

Com respeitosos cumprimentos, pede deferimento

Chaves, 17 de Dezembro de 1998

Maria Fernanda Q. P. Silva
(Mª Fernanda Queiroga Pereira da Silva)

Informação:
A Direcção de Serviços de Enfermagem é de parecer que o pedido pode ser deferido.
Azevedo
98/12/29

Anexos : Fotocópia do questionário, inventário e escala.

Exmo Senhor
Presidente do Conselho Directivo da
Escola E/B 2.3 Nadir Afonso de Chaves

Maria Fernanda Queiroga Pereira da Silva, aluna do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; encontra-se a elaborar um trabalho de dissertação final, no âmbito das perturbações depressivas. O objecto da pesquisa prende-se com as diferenças em frequência dessas afecções entre os dois sexos, bem como com a relação que possa existir com o desempenho profissional e estilo de vida.

Pretendo utilizar para o estudo 60 professores dessa Instituição.

Utilizarei como instrumento de colheita de dados um questionário com vista à caracterização da amostra, o Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (IACLIDE) do Professor Vaz Serra, Questionário de Estado de Saúde (SF-36), adaptado pelo professor Pedro Lopes Ferreira, versão Portuguesa da CES-D adaptado pelo professor João Barreto e Check List Afectivo, adaptado pelo professor Ramiro .

Com vista à concretização deste estudo, solicito a V. Exª autorização para o preenchimento dos referidos inventários e escalas, pelos Professores .

Com respeitosos cumprimentos, pede deferimento

Chaves, 17 de Dezembro de 1998

(Mª Fernanda Queiroga Pereira da Silva)

Anexos : Fotocópia do questionário, inventário e escala.

Anexo VI - Autorização para a Utilização do IACLIDE e do SF-36

S. R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Av. Bissaya Barreto
e
Praceta Prof. Mota Pinto
3049 COIMBRA CODEX

Telefones { Bloco Central/Bloco de Celas { 400400 / 400500 / 400600 / 403939
Maternidade Dr. Daniel de Matos - 403060
Telefax N.º (039) 23907

Ex.ma Senhora
Dra. Maria Fernanda Queiroga Pereira Silva
Escola Superior de Enfermagem
Dr. José Timóteo Montalvão Machado
Rua dos Aregos nº5, Apartado 163
5400 CHAVES

Em resposta ao pedido que me formulou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo a que seja utilizado o **IACLIDE** (**I**nventário de **A**valiação **Cl**ínica da **De**pressão) no trabalho que pretende realizar, enviando-lhe nesta data um exemplar da escala e as disquetes com o programa de cotação automática. Peço-lhe que compreenda que, por motivos de agenda pessoal, não me foi possível responder ao seu pedido com a brevidade que desejaria.

Este programa é enviado em duas disquetes e, após colocar o disco 1, deve abrir a *dialog box* "**Run**" do Windows e escrever **A:\setup**. O programa instala-se completamente por si, dando a possibilidade de mostrar um ícone sobre o qual, fazendo um click, o programa é aberto.

Gostaria de conhecer posteriormente os resultados finais a que chegarem para ir tendo *feed-back* sobre os meus questionários.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 21 de Dezembro de 1998

O Director da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.

(Professor Doutor Adriano Vaz Serra)

UC — Mod. 105 — 50.000 ex. — Tip. Comercial — Coimbra — 4/98

Centro de Estudos
e Investigação em Saúde

Exmª Senhora
Enfª Maria Fernanda Pereira da Silva
Escola Superior de Enfermagem
Dr. José Tomóteo Montalvão Machado
Rua dos Aregos 5
Apartado 163
5400 CHAVES

Coimbra, 15 de Março de 1999

Exmª Senhora Enfª Maria Fernanda Pereira da Silva:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Gostaria, no entanto, que me fornecesse uma cópia do relatório do seu trabalho logo que concluído. Além disto, porque uma das funções do responsável em cada país pelo SF-36 é tentar compilar os dados de vários estudos que possam contribuir para a determinação de valores normais a nível nacional, agradecia que, logo que tenha terminado a introdução dos seus dados me facultasse uma cópia em disquete com os dados do SF-36 e com variáveis de contexto. Obviamente, estes dados nunca serão usados isoladamente e apenas serão divulgados valores agregados

Caso necessite de algum esclarecimento sobre este instrumento de qualidade de vida, por favor não hesite em contactar-me. Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

(Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira)

Universidade de Coimbra
Centro de Estudos e Investigação em Saúde
Faculdade de Economia
Av. Dias da Silva, 165
3000 COIMBRA
Tel. e Fax +351. (0)39. 7000507

Anexo VII - Distribuição da depressão por grau de satisfação

satisfação profissional

	1-satisfeito				2- em parte				3- não			
	1-fem		2-masc		1- fem		2- masc		1-fem		2- masc	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
aux	21	55	19	56	18	47	12	35	0	0	2	6
enf	12	32	9	24	23	62	28	74	2	5	1	3
prof	15	43	11	34	19	54	20	63	1	3	1	3

	satisfeito		em parte		não	
	fem	masc	fem	masc	fem	masc
aux	55,26	55,88	47,37	35,29	0,00	5,88
enf	32,43	23,68	62,16	73,68	5,41	2,63
prof	42,86	34,38	54,29	62,50	2,86	3,13

Anexo VIII - Distribuição da depressão e satisfação profissional, pontuações no IACLIDE e no CES-D.

depressão e satisfação profissional

pontuações no IACLIDE e CES-D

	1-satisfeito		2- em parte		3- não	
	1-fem	2-masc	1- fem	2- masc	1-fem	2- masc
n	48	39	60	60	3	4
IACLIDE	8,396	4,282	13,850	6,083	19,000	11,000
CES-D	9,938	5,051	14,483	6,483	16,667	7,500

	1-satisfeito		2+3 - em parte / não	
	1-fem	2-masc	1-fem	2- masc
n	48	39	63	64
IACLIDE	8,396	4,282	14,095	6,391
CES-D	9,938	5,051	13,635	6,547

	satisfeito		em parte/não	
	fem	masc	fem	masc
IACLIDE	8,396	4,282	14,09	6,391
CES-D	9,938	5,051	13,64	6,547

ERRATA

Pág.	*Linha*	*onde se lê*	*deve ler-se*
16	1	afectados	afectadas
24	9	Weinssman	Weissman
26	1	Siocialização	Socialização
27	1	**da**	de
29	13	Essas	Esses
33	19	RIBEIRO	Ribeiro
37	5	irradiação	irradicação
39	2	afectados	afectadas
53	24	seguido	seguindo
54	23	questionários	questionário
76	21	os géneros	o género
78	15	tabela nº 27	tabela nº4
94	16	(88,78%)	(78,78%)
97	7	27,27	13,64
135	24	à	há

Pág.99 - **Tabela nº 56** - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos ligeiros.

Onde se lê

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	69 (43,1%)	28 (17,6%)
Masculino	14 (8,80%)	49 (30,6%)

Deve ler-se

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	69 (71,14%)	28 (28,86%)
Masculino	14 (22,22%)	49 (77,78%)

Pág. 100 - **Tabela nº 57** - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos moderados.

Onde se lê

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	19 (14,17%)	81 (60,4%)
Masculino	1 (0,74%)	33 (24,60%)

Deve ler-se

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	19 (19,00%)	81 (81,00%)
Masculino	1 (2,94%)	33 (97,06%)

Pág. 100 - **Tabela nº 58** - Cruzamento das variáveis : sexo e prática regular de trabalhos pesados.

Onde se lê

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	1 (1.00%)	75(74,2%)
Masculino	0	25 (24,7%)

Deve ler-se

Sexo	Diariamente	Não diariamente
Feminino	1 (1.31%)	75(98,68%)
Masculino	0	25 (100,0%)