

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E SAÚDE MENTAL:  
DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES**

**Isabel Cristina Reis Picado**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E SAÚDE MENTAL:  
DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES**

**Isabel Cristina Reis Picado**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**

## **Agradecimentos**

Começo por um especial agradecimento à Professora Doutora Joana Calado, pelo conhecimento que me foi transmitindo ao longo do tempo, pela disponibilidade e apoio, e pela paciência que teve comigo ao longo destes meses de trabalho.

De seguida, um especial agradecimento ao Tiago, pelo apoio incondicional, pelo encorajamento, por me fazer pensar que iria conseguir, por me transmitir calma, por acreditar em mim, e pela paciência que teve comigo.

Agradeço muito aos meus pais e à minha irmã, por tudo aquilo que me puderam e foram proporcionando ao longo do tempo, de modo que eu pudesse chegar até este ponto, sempre acreditando em mim e nas minhas capacidades para chegar longe.

Aos meus amigos, que me proporcionaram momentos de diversão e relaxamento em períodos de *stress*.

Agradeço a todos os professores e professoras que me proporcionaram muito do conhecimento que tenho hoje, e que me permitiram ter uma boa educação e cultura.

A todas as pessoas que participaram neste estudo, demonstrando gentileza e interesse no mesmo.

E, ainda, um agradecimento a todos os autores e autoras, psicólogos e psicólogas que trabalharam tão arduamente ao longo dos anos para que a Psicologia pudesse ganhar o estatuto que tem hoje - e que se encontra a crescer -, e que me proporcionaram e continuarão sempre a proporcionar mais e melhor no sentido do exercício das minhas futuras funções.

## Resumo

Este estudo insere-se na temática dos Traços de Personalidade e Saúde Mental, na sua diferenciação em termos dos sexos, no âmbito da Psicologia Clínica. O principal objetivo desta investigação prende-se com a exploração das relações entre as variáveis Sexo, Traços de Personalidade e Saúde Mental, procurando contribuir com dados científicos sobre a população geral portuguesa. Existem estudos que procuram documentar as relações que se encontram entre essas variáveis, mas pouco se tem estudado em termos do contexto português. A amostra do estudo é constituída por 330 adultos da população geral; 202 participantes são do sexo feminino (61.20%) com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos ( $M = 40.64$  anos;  $DP = 13.34$  anos), 128 participantes são do sexo masculino (38.80%) com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ( $M = 41.91$  anos;  $DP = 14.10$  anos). Os instrumentos utilizados são o Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI) e o Inventário de Saúde Mental (MHI-5). Os resultados demonstram que as mulheres pontuam mais em Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade, e que não há diferenças entre os sexos ao nível da Extroversão e da Abertura à Experiência. As mulheres apresentam um resultado mais baixo em termos de Saúde Mental comparativamente com os homens. Verifica-se que a Saúde Mental se relaciona inversamente com o Neuroticismo e diretamente com a Extroversão. Destacam-se diferentes padrões de traços de personalidade preditores de saúde mental: nas mulheres, são os traços Amabilidade ( $\beta = .44$ ), Extroversão ( $\beta = .34$ ), Conscienciosidade ( $\beta = .33$ ) e Neuroticismo ( $\beta = -.13$ ), que explicam 96% do resultado; nos homens, são os traços Conscienciosidade ( $\beta = .40$ ), Amabilidade ( $\beta = .31$ ) e Extroversão ( $\beta = .29$ ), que explicam 97% do resultado. Estes dados aumentam a compreensão sobre a influência que os traços de personalidade podem ter na saúde mental de mulheres e homens, sugerindo implicações práticas ao nível da prevenção e intervenção psicológica, procurando melhorar a saúde mental da população em geral.

**Palavras-chave:** Traços de Personalidade; Saúde Mental; Diferenças de Sexo; Psicologia Clínica.

## *Abstract*

This study is part of the theme of the Personality Traits and Mental Health, in its differentiation in terms of the genders, within the scope of Clinical Psychology. The main objective of this research is to explore the relationships between the variables Sex, Personality Traits and Mental Health, seeking to contribute with scientific data on the Portuguese population at large. There are studies that seek to document the relationships that are found among these variables, but little has been studied in terms of the Portuguese context. The study sample consisted in 330 adults from the general population; 202 participants are female (61.20%), aged 18-82 years ( $M = 40.64$  years,  $SD = 13.34$  years), 128 participants are male (38.80%), aged 18-83 years ( $M = 41.91$  years,  $SD = 14.10$  years). The instruments used are the Inventory of Five Personality Factors (NEO-FFI) and the Mental Health Inventory (MHI-5). The results show that women score higher on Neuroticism, Agreeableness and Conscientiousness, and that there are no differences between the sexes on Extroversion and Openness to Experience. Women have a lower Mental Health score compared to men. It is verified that Mental Health is inversely related to Neuroticism and directly related to Extroversion. Different patterns of personality traits predicting mental health are highlighted: in women, are the traits Agreeableness ( $\beta = .44$ ), Extroversion ( $\beta = .34$ ), Conscientiousness ( $\beta = .33$ ) and Neuroticism ( $\beta = -.13$ ), which explain 96% of the result; in men, are the traits Conscientiousness ( $\beta = .40$ ), Agreeableness ( $\beta = .31$ ) and Extroversion ( $\beta = .29$ ), which explain 97% of the result. These data increase the understanding of the influence that personality traits can have on the mental health of women and men, suggesting practical implications for prevention and psychological intervention, seeking to improve the mental health of the general population.

**Keywords:** Personality Traits; Mental health; Sex Differences; Clinical Psychology.

## Índice

Resumo	i
<i>Abstract</i>	ii
Índice	iii
Índice de quadros	iv
<i>Introdução</i>	1
<b>1. Fundamentação teórica</b>	3
<b>1.1. Os Traços de Personalidade e as Diferenças de Sexo</b>	3
<b>1.2. A Saúde Mental e as Diferenças de Sexo</b>	11
<b>1.3. Os Traços de Personalidade, a Saúde Mental e as Diferenças de Sexo</b>	16
<b>2. Objetivos e Hipóteses</b>	22
<b>3. Método</b>	23
<b>3.1. Participantes</b>	23
<b>3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra do sexo feminino e do sexo masculino</b>	23
<b>3.2. Instrumentos</b>	25
<b>3.2.1. Questionário Sociodemográfico</b>	25
<b>3.2.2. Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI)</b>	26
<b>3.2.3. Inventário de Saúde Mental (MHI-5)</b>	27
<b>3.3. Procedimento</b>	28
<b>3.3.1. Procedimento Estatístico</b>	28
<b>4. Resultados</b>	29
<b>4.1. Identificar os Traços de Personalidade característicos de cada um dos Sexos (Objetivo 1)</b>	29
<b>4.2. Identificar diferenças de Sexo relativamente à variável da Saúde Mental (Objetivo 2)</b>	30
<b>4.3. Identificar as relações entre a Saúde Mental, os Traços de Personalidade, e os Sexos (Objetivo 3)</b>	31
<b>4.4. Explorar quais os Traços de Personalidade que predizem a Saúde Mental em mulheres e homens (Objetivo 4)</b>	33
<b>5. Discussão</b>	34
<i>Conclusão</i>	44
Referências Bibliográficas	47
Anexo	51

## Índice de quadros

Quadro 1. <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Sexo Feminino</i>	24
Quadro 2. <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Sexo Masculino</i>	25
Quadro 3. <i>Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito das Mulheres e dos Homens nos Cinco Traços de Personalidade do NEO-FFI</i>	30
Quadro 4. <i>Estatística de Teste t- de Student sobre a Comparação entre Mulheres e Homens em termos do MHI-5 Total</i>	31
Quadro 5. <i>Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Dimensões do NEO-FFI e o MHI-5 Total na Amostra Geral</i>	32
Quadro 6. <i>Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Dimensões do NEO-FFI e o MHI-5 Total nas Mulheres e nos Homens</i>	32
Quadro 7. <i>Análise de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores de Saúde Mental (MHI-5 Total) em Mulheres e Homens</i>	33

## *Introdução*

O presente estudo insere-se numa investigação de âmbito mais lato sobre “Personalidade e Psicopatologia”, no âmbito da Psicologia Clínica, desenvolvida na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Tendo isto em conta, o tema escolhido para o presente estudo assenta na diferenciação entre os sexos no âmbito dos Traços de Personalidade e da Saúde Mental, em termos da população geral.

O interesse por este tema partiu daquilo que se verificam ser as crenças e considerações do senso comum acerca da sua perceção da realidade, nomeadamente em termos das diferenças que mulheres e homens apresentam na sua personalidade e modo de funcionamento, e do modo como isso se relaciona com a sua saúde mental.

O senso comum frequentemente comenta como mulheres e homens são diferentes em termos da sua personalidade e modo de funcionamento. As mulheres são classificadas como mais ansiosas, emocionais, sensíveis e amáveis. Os homens, por sua vez, são classificados como mais agressivos, frios/distantes, racionais e ativos.

Muitos estudos têm procurado estudar as diferenças de sexo ao nível dos traços de personalidade, nomeadamente ao nível do Modelo dos Cinco Fatores, demonstrando tanto evidências consistentes, como algumas evidências inconsistentes (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo, Wang, & Rocklin, 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004). No entanto, poucas evidências se encontram em termos das diferenças de sexo no contexto português.

Para além disso, também parece ser ideia do senso comum de que são as mulheres que apresentam uma saúde mental mais baixa, mais fraca e debilitada, pelo modo como lidam com os problemas e exteriorizam as emoções. É importante perceber aquilo que caracteriza a saúde mental de mulheres e homens, e de que modo estes lidam e se comportam perante as situações negativas. Neste sentido, alguns estudos têm procurado explorar aquilo que diferencia os sexos em termos da saúde mental, nomeadamente ao nível da incidência de diferentes perturbações (e.g., Astbury, 2001; Hill & Needham, 2013; Hyde, 2014; Paris, 2007; Wendt & Shafer, 2015; World Health Organization [WHO], 2002). No entanto, novamente, poucos estudos se têm feito e poucas evidências se têm encontrado em termos da população geral portuguesa.

Por sua vez, percebe-se que haverá algum grau de relação entre os traços de personalidade e a saúde mental, e, se mulheres e homens são diferentes em termos da sua personalidade, também haverá diferentes relações entre os traços específicos de

cada sexo e diferentes resultados em termos da saúde mental. Também a este nível, a literatura tem procurado dar resposta a estas considerações e questões (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Goodwin & Gotlib, 2004; Lamers, Westerhof, Kóvacs, & Bohlmeijer, 2012; Vesely, Siegling, & Saklofske, 2013; Watson, Stasik, Ellickson-Larew, & Stanton, 2015). Ademais, tendo o acima referido em consideração, diferentes traços irão, ainda, predizer de maneira diferente a saúde mental de mulheres e homens. No entanto, mais uma vez, pouco se sabe sobre esta temática em termos do âmbito português.

Deste modo, o principal objetivo desta investigação prende-se, precisamente, com o estudo e exploração das relações que se estabelecem entre as variáveis Sexo, Traços de Personalidade e Saúde Mental, na população geral portuguesa, começando pela análise das diferenças de sexo na relação com os Traços de Personalidade e a Saúde Mental, e finalizando com o estudo das relações mútuas entre as três variáveis.

Neste sentido, este documento encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro é constituído pela fundamentação teórica, repartida em três partes, onde é feita uma revisão empírica sobre os temas em análise. Seguem-se, no segundo capítulo, o objetivo geral e objetivos específicos deste estudo, assim como as hipóteses levantadas no âmbito dos mesmos. Em termos do terceiro capítulo, encontra-se descrito o método de investigação adotado, que inclui a caracterização da amostra (amostra geral e amostras do sexo feminino e sexo masculino), dos instrumentos utilizados, e do procedimento de investigação. No quarto capítulo deste documento, são apresentados os resultados obtidos neste estudo, e, no quinto capítulo, apresenta-se a discussão dos dados empíricos, fazendo ainda alusão às limitações do estudo, às implicações práticas do mesmo e a considerações sobre investigações futuras. Por fim, no sétimo capítulo, é apresentada a conclusão geral desta dissertação.

## **1. Fundamentação teórica**

A literatura tem encontrado diferenças de sexo em várias áreas de funcionamento psicológico, nomeadamente ao nível da personalidade (e.g., Cohn, 1991; Costa, Terracciano, & McCrae, 2001; De Bolle et al., 2015; Del Giudice, Booth, & Irwing, 2012; Feingold, 1994; Guo et al., 1995; Hyde, 2014; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2014; Paris, 2007; Schmitt, Realo, Voracek, & Allik, 2008; Siegling, Saklofske, Vesely, & Nordstokke, 2012) e da saúde mental (e.g., Astbury, 2001; Hill & Needham, 2013; Hyde, 2014; Paris, 2007; Wendt & Shafer, 2015; WHO, 2002). Para além disto, os estudos têm demonstrado associações entre traços de personalidade e saúde mental/psicopatologia (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012) e, igualmente, entre traços associados a cada sexo e o peso da sua influência em diferentes resultados ao nível da saúde mental (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Vesely et al., 2013; Watson et al., 2015).

### **1.1. Os Traços de Personalidade e as Diferenças de Sexo**

Tendo em conta que homens e mulheres são ambos seres humanos, tanto têm muitas semelhanças como muitas diferenças (Del Giudice et al., 2012; Hyde, 2014). Procurando especificar as diferenças entre ambos os sexos, muitas têm sido as evidências encontradas ao nível de habilidades cognitivas, comportamentos sociais, habilidades físicas (Feingold, 1994) e personalidade (e.g., Cohn, 1991; Costa et al., 2001; Feingold, 1994; De Bolle et al., 2015; Del Giudice et al., 2012; Guo et al., 1995; Hyde, 2014; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2014; Paris, 2007; Schmitt et al., 2008; Siegling et al., 2012).

Relativamente às diferenças de sexo em traços de personalidade, estas podem começar a ser detetadas desde a infância, surgem essencialmente na adolescência e desenvolvem-se até àquelas que são encontradas na idade adulta (Cohn, 1991; De Bolle et al., 2015). Os seus efeitos levam a diferenças previsíveis nos comportamentos de lazer, preferências ocupacionais e resultados relacionados com a saúde de homens e mulheres (Schmitt et al., 2008).

Feingold (1994) realizou uma meta-análise, onde procurou detetar evidências e examiná-las à luz das diferenças de sexo ao nível dos traços de personalidade, e concluiu que os homens têm maior autoestima, e são mais assertivos, mais internamente controlados, dominantes e agressivos, e menos ansiosos que as mulheres. Estas, por sua

vez, pontuam mais em termos da ansiedade, confiança, sociabilidade (Extroversão) e, especialmente, ternura. Não se encontraram diferenças de sexo relativamente a impulsividade, atividade, ideias (reflexão) e ordem (Feingold, 1994).

A revisão levada a cabo por Hyde (2014) relata diferenças ao nível das emoções, concluindo que, apesar de os estereótipos ditarem que as mulheres são mais emocionais do que os homens e que existem grandes diferenças de sexo relativamente a várias emoções (como o medo e o orgulho), os dados indicam que as diferenças de sexo em experiências emocionais são pequenas ou triviais, tanto em amostras com crianças como com adultos. Ainda assim, num estudo realizado no âmbito da inteligência emocional, Siegling et al. (2012) descobriram que as mulheres pontuam mais do que os homens em facetas interpessoais (emocionalidade, inteligência emocional, perceção e gestão de emoções) e os homens pontuam mais em componentes intrapessoais (autocontrolo emocional).

Especificando as evidências ao nível do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade, as descobertas nem sempre vão totalmente na mesma direção, apesar de alguns resultados serem congruentes: As dimensões que parecem apresentar resultados mais consistentes e mais constantes entre estudos são o Neuroticismo e a Amabilidade, com as mulheres a evidenciarem resultados mais elevados do que os homens (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004). Relativamente às outras dimensões, as conclusões nem sempre convergem, com estudos a reportar níveis mais elevados de Extroversão nas mulheres (Goodwin & Gotlib, 2004; Löckenhoff et al., 2014) e outros nos homens (Guo et al., 1995); assim como estudos reportam níveis mais elevados de Abertura à Experiência nas mulheres (Löckenhoff et al., 2014) e outros nos homens (Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995). Em relação à Conscienciosidade, as evidências tendem a demonstrar uma vantagem feminina (Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004), mas outros resultados permanecem inconsistentes neste sentido (Löckenhoff et al., 2014).

Uma das explicações para os resultados relativamente à Conscienciosidade, Extroversão e Abertura à Experiência serem menos consistentes está subjacente ao facto de homens e mulheres pontuarem de maneiras diferentes em várias facetas de cada uma dessas dimensões (e.g., Del Giudice et al., 2012; Löckenhoff et al., 2014). A Extroversão inclui uma componente de energia, de dominância/ousadia (como sejam atividade, emoções positivas, e procura de entusiasmo - conceptualmente oposto à

anedonia), e uma componente interpessoal, de afeição/afiliação (que inclui cordialidade, sociabilidade e assertividade - relacionado com uma orientação de afiliação, também associada à dimensão da Amabilidade, onde geralmente as mulheres pontuam mais) (De Bolle et al., 2015; Del Giudice et al., 2012). Neste sentido, o que se verifica é que os homens tendem a ser mais assertivos e a procurar mais entusiasmo, enquanto as mulheres pontuam mais em cordialidade, sociabilidade e emoções positivas (Löckenhoff et al., 2014). Um padrão semelhante tem sido encontrado relativamente à dimensão de Abertura à Experiência, no sentido em que homens e mulheres parecem diferenciar-se no tipo de experiências a que estão preferencialmente mais abertos (Costa et al., 2001). As mulheres parecem pontuar mais nas facetas de estética e de sentimentos, enquanto os homens, que são mais orientados intelectualmente, pontuam mais na faceta de ideias (Costa et al., 2001; Del Giudice et al., 2012; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Parece não haver diferenças de sexo nas facetas de fantasia e valores (Costa et al., 2001). Quanto à dimensão da Conscienciosidade, as diferenças de sexo são também limitadas a apenas alguns dos seus componentes (Del Giudice et al., 2012), com as mulheres a pontuar em todas as suas facetas, exceto em competência e deliberação (Löckenhoff et al., 2014). Todas estas inconsistências parecem estar associadas à ênfase que cada instrumento dá a cada um dos constructos, nomeadamente, se nos encontramos ao nível do Modelo dos Cinco Fatores, dado os constructos serem tão latos (e.g., Del Giudice et al., 2012; Löckenhoff et al., 2014).

Outra diferenciação comum é a de Agência e Comunhão (Siegling et al., 2012; Vesely et al., 2013). Traços de Agência (que se referem a características intrapessoais como assertividade, competitividade, autoafirmação) são caracterizados por um foco no *self* e na autonomia. Traços de Comunhão (que se referem a características interpessoais como cooperação, compaixão, ternura) significam uma orientação para os outros e para as relações, a um foco na integração individual dentro de uma unidade social maior (Siegling et al., 2012; Vesely et al., 2013). A Agência relaciona-se negativamente com o Neuroticismo e positivamente com a Conscienciosidade, enquanto a Comunhão se relaciona positivamente com a Amabilidade (Siegling et al., 2012). As diferenças de sexo observadas mostram que os homens tendem a ser mais agentes e as mulheres mais orientadas para a Comunhão (Cohn, 1991; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Siegling et al., 2012). No entanto, apesar desta diferenciação, ambos possuem em si uma certa combinação de ambos os traços (Vesely et al., 2013).

Para além disto, existem ainda estudos que documentam as diferenças de sexo entre diferentes culturas (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Feingold (1994) descobriu, na sua meta-análise, que as mulheres no Canadá, na China, na Finlândia, na Alemanha, na Polónia e na Rússia tendem a pontuar mais do que os homens em escalas de Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade, enquanto os homens tendem a pontuar mais na faceta de assertividade ao nível do traço de Extroversão. Para além disso, verificou que, nos EUA, as mulheres pontuam mais do que os homens em ansiedade generalizada, mas estes pontuam ligeiramente mais em ansiedade social. E ainda, que os homens só pontuam mais do que as mulheres em ansiedade em algumas culturas fora dos EUA. Por sua vez, Hyde (2014) comparou o estudo de Feingold (1994) e de Costa et al. (2001) e verificou que ambos iam na mesma direção, com resultados que reportam consistentemente que as mulheres apresentam maior Neuroticismo do que os homens, mas que tal não acontecia em amostras oriundas do Japão e da África do Sul.

No entanto, contrariamente ao que se podia pensar, são muitos os estudos que têm demonstrado invariâncias em termos dos padrões de diferenças de sexo encontrados entre diferentes culturas, sugerindo que as diferenças de sexo parecem ser passíveis de ser generalizadas (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Os resultados que se encontram essencialmente em comum reportam que as mulheres pontuam mais ao nível do Neuroticismo e da Amabilidade, assim como em facetas de cordialidade, sociabilidade e emoções positivas, mas pontuam menos em assertividade e procura de entusiasmo, na maioria das culturas. Para além disto, as mulheres parecem pontuar mais nas facetas de estética, sentimentos e acções, enquanto os homens pontuam mais na faceta de ideias, não havendo diferenças de sexo consistentes para fantasia ou valores (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Relativamente à dimensão da Conscienciosidade, poucas foram as diferenças consistentes entre culturas encontradas ao nível das facetas (Costa et al., 2001).

Aquilo que parece diferenciar-se nas diferentes culturas são as magnitudes em que os efeitos aparecem: Nações ocidentais com valores individualistas, assertivos e progressivos, com culturas mais modernas, desenvolvidas, ricas e igualitárias, apresentam maiores diferenças de sexo em traços de personalidade que as nações não-ocidentais e coletivistas, com culturas tradicionais, menos desenvolvidas e mais pobres (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al.,

2008). Deste modo, os resultados demonstram que as diferenças de sexo são mais marcadas nas culturas europeias e americanas e mais atenuadas em culturas africanas e asiáticas (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Várias são as explicações dadas para este fenómeno, como: 1) os resultados serem artificiais (se em culturas tradicionais, as pessoas baseassem as suas descrições sobre questões de diferenciação entre papéis de género em comparações de si mesmo com pessoas do mesmo sexo, não existiriam diferenças de sexo, contrariamente ao que aconteceria nas culturas modernas, onde as pessoas se comparariam com outras de ambos os sexos, revelando assim diferenças de sexo); 2) os traços de personalidade serem menos relevantes para as culturas coletivistas; 3) as diferenças de sexo estarem geneticamente determinadas (diferenciando as culturas); 4) os processos de atribuição serem diferentes entre culturas (tendo em conta a conotação que cada cultura dá aos atos de cada pessoa – por exemplo, um ato de bondade feito por uma mulher pode ser percebido como uma escolha da pessoa nas culturas modernas, enquanto seria visto como algo complacente com as normas do seu papel social como mulher numa cultura tradicional) (Costa et al., 2001; Schmitt et al., 2008); 5) a existência de erros de medição ao nível da consistência/inconsistência das escalas de personalidade consoante o nível de literacia das culturas; 6) entre outras explicações (Schmitt et al., 2008).

Schmitt et al. (2008) acreditam que as diferenças entre homens e mulheres nos seus traços de personalidade se tornam mais extremas com o desenrolar do desenvolvimento da sociedade. O desenvolvimento humano, com condições favoráveis como uma vida longa e saudável, acesso à educação e riqueza económica, parece ser um mediador entre os traços de personalidade de homens e mulheres. Em sociedades onde estas condições não existem, o desenvolvimento da personalidade de cada um é mais restrito, levando a poucas variações ao nível dos traços de personalidade entre os indivíduos. Assim, em países tradicionais e menos desenvolvidos, homens e mulheres seriam semelhantes ao nível das suas tendências básicas para sentir, pensar e agir (Schmitt et al., 2008).

As perspetivas teóricas que tradicionalmente se encontram subjacentes aos mecanismos por detrás das diferenças de sexo e que tentam explicar a variabilidade cultural na magnitude das diferenças de sexo na personalidade fundamentam-se em explicações biológicas contra explicações socioculturais (e.g., Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Hyde, 2014; Löckenhoff et al., 2014; Paris, 2007; Schmitt et al., 2008). As primeiras enfatizam os benefícios adaptativos dos comportamentos sexualmente

diferenciados e o papel das pressões da seleção evolutiva. As segundas enfatizam os processos de socialização específicos de cada sexo e a influência dos papéis de género determinados culturalmente (e.g., Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Hyde, 2014; Löckenhoff et al., 2014; Paris, 2007; Schmitt et al., 2008).

Os estudos transculturais podem ajudar a explicar a relativa importância que é dada a fatores biológicos e/ou fatores culturais sobre as diferenças de sexo nos traços de personalidade (Costa et al., 2001). Se estas são realmente baseadas em fatores biológicos, devem ser encontradas as mesmas diferenças em todas as culturas, providenciando evidências que suportam uma influência biológica, mediada por diferenças neurológicas ou hormonais entre os sexos. Mas também é possível que a consistência das diferenças entre culturas resulte de fatores universais em papéis de género aprendidos. Por exemplo, porque os homens tendem a ser fisicamente mais fortes do que as mulheres na maioria das culturas, podem ser universalmente colocados em papéis de liderança, onde aprendem a ser mais assertivos que as mulheres (Costa et al., 2001). Juntamente com evidências crescentes da existência e influência de mecanismos hormonais no desenvolvimento de comportamentos específicos e características de personalidade de cada sexo, o facto das diferenças de sexo serem consistentes entre as diferentes culturas sugere que os fatores biológicos são o principal mecanismo para o desenvolvimento dessas mesmas diferenças, apesar de os seus efeitos poderem ser amplificados por condições sociais e cognitivas (De Bolle et al., 2015; Löckenhoff et al., 2014).

O Modelo Biológico postula essencialmente que as diferenças de sexo refletem diferenças de temperamento inatas entre os sexos (Feingold, 1994), resultando em padrões fortemente diferenciados em termos de emoção, pensamento e comportamento (Del Giudice et al., 2012). Por detrás da sua fundamentação, encontram-se estudos que apresentam resultados ao nível da hereditariedade de traços de personalidade (Feingold, 1994; Goodwin & Gotlib, 2004) e das influências de substâncias hormonais e químicas do corpo ou de medidas fisiológicas (Feingold, 1994). Nomeadamente, é hipotetizado que as diferenças de sexo nos cromossomas sexuais possam levar a que as mulheres tenham maior probabilidade de desencadear depressões do que os homens, uma vez que apresentam dois cromossomas X (enquanto os homens apenas apresentam um), e as doenças afetivas possam ser causadas por um gene mutante no cromossoma X (Feingold, 1994). Esta maior vulnerabilidade das mulheres à depressão levá-las-ia então

a pontuar mais em escalas de depressão, ansiedade e Neuroticismo (Feingold, 1994; Costa et al, 2001).

Um exemplo de uma teoria biológica é a Teoria Evolucionista, que tem enfatizado como as divergentes pressões seletivas em homens e mulheres produzem diferenças psicológicas consistentes (e.g., Costa et al, 2001; Del Giudice et al, 2012; Hyde, 2014; Schmitt et al., 2008). Baseia-se, assim, no princípio de que diferentes comportamentos são adaptativos de maneira diferente para homens e mulheres, tendo em conta os diferentes problemas a que ambos foram consistentemente sujeitos ao longo da história evolutiva (e.g., Costa et al, 2001; Del Giudice et al, 2012; Hyde, 2014; Schmitt et al., 2008). Os comportamentos são adaptativos se ajudam o indivíduo a produzir descendência e a garantir a sua sobrevivência, de modo que também esta se possa reproduzir para garantir a transmissão dos genes para gerações futuras e, assim, a continuação da espécie (Hyde, 2014). A diferenciação de sexo entra aqui no sentido em que as mulheres geralmente têm um investimento parental substancialmente superior ao dos homens na sua descendência, investindo desde a fecundação até ao parto, ao longo de 9 meses de gestação, e depois do nascimento, por meio de processos de cuidado e nutrição, assegurando a sua sobrevivência até à idade adulta (Costa et al., 2001; Hyde, 2014). Parece encontrar-se aqui patente a explicação evolutiva para o grande envolvimento das mulheres no cuidado das crianças (Hyde, 2014). Mulheres mais amáveis e ternurentas parecem ter promovido mais a sobrevivência das suas crianças e ganho, assim, vantagem evolutiva (Costa et al., 2001).

Ao nível do Modelo Sociocultural, existem várias explicações e teorias que tentam explicar as influências culturais na origem das diferenças de sexo (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Hyde, 2014; Schmitt et al., 2008). Este modelo postula que fatores sociais e culturais produzem diretamente diferenças de sexo em traços de personalidade (Feingold, 1994).

O Modelo dos Papéis Sociais propõe que as diferenças de sexo nos comportamentos crescem a partir de diferenças de sexo relativamente às exigências dos papéis sociais de cada género, que são internalizados desde o início do desenvolvimento e ditam as formas apropriadas de pensar, sentir e agir para homens e mulheres (e.g., Cohn, 1991; Costa et al, 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Schmitt et al, 2008). Todas as culturas têm e enfatizam papéis de género distintos entre homens e mulheres, mas os comportamentos e atitudes específicos considerados apropriados para ambos os sexos podem diferenciar-se (De Bolle et al., 2015). Deste modo, este modelo

acredita que existem diferenças de sexo entre as diferentes culturas (De Bolle et al., 2015; Hyde, 2014). Estas diferenças ao nível da personalidade serão atenuadas em culturas mais progressivas e igualitárias e serão mais acentuadas em culturas mais tradicionais, com base na crença de que as diferenças de sexo tendem a desaparecer quando homens e mulheres ocupam papéis sociais semelhantes (dado que a sua influência contribui diretamente para todas as diferenças psicológicas entre os sexos) (Schmitt et al., 2008). Este facto tem sido bastante refutado por vários estudos (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008).

Outro exemplo de um Modelo Sociocultural é o Modelo da Expectativa, que argumenta que fatores sociais e culturais se desenvolvem em estereótipos de género, causando diferenças de sexo na personalidade, porque os detentores de crenças estereotipadas tratam os outros de maneira que os levam a comportar-se de acordo com os preconceitos dos perceptores (Feingold, 1994). Isto processa-se por meio do autoconceito, uma vez que pode mediar expectativas. Se, por exemplo, a assertividade é um traço tipicamente associado aos homens, então as pessoas comportam-se para com eles de maneira a que os levam primeiro a internalizar a assertividade como parte do seu autoconceito e só depois a se comportarem assertivamente, de modo a tornar os seus comportamentos congruentes com a sua autoimagem (Feingold, 1994).

Outro exemplo ainda é a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social, que se fundamenta no princípio de que o comportamento das pessoas é modelado por reforços e punições, e orientado pela imitação de outros no seu ambiente, particularmente se os mesmos são poderosos ou admiráveis (Hyde, 2014). Tecnicamente, aquilo que acontece é que as pessoas internalizam as normas de género e comportam-se consoante as mesmas, mediando-se por componentes cognitivas (como a atenção, a autorregulação e a autoeficácia) (Hyde, 2014).

Um exemplo diferente de uma abordagem sociocultural é o Modelo Artificial, que assume que as diferenças de sexo observadas são causadas pela variância de método e erros de medição, acabando por explicar as diferenças de sexo encontradas em escalas de personalidade em vez de diferenças ao nível dos constructos de personalidade subjacentes (e.g., Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Schmitt et al., 2008). A este nível, a literatura fala essencialmente no recurso ao viés da desejabilidade social (Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Schmitt et al., 2008), da existência de erros de medição (Schmitt et al., 2008) e da existência de problemas de medida (Del Giudice et al., 2012).

No entanto, estas explicações não são mutuamente exclusivas e cada uma pode explicar parte dos mecanismos que influenciam o surgimento das diferenças de sexo (Costa et al, 2001; Paris, 2007; Schmitt et al, 2008). Tanto teorias biológicas como teorias socioculturais admitem a existência de causas proximais e distais, e, assim, a existência de influências tanto biológicas, como socioculturais, apenas diferenciando na ênfase que dão a cada uma (Feingold, 1994). Inclusive, vários autores têm tentado integrar ambas as influências e criar explicações biossociais que as integrem e lhes atribuam a mesma importância e o mesmo peso como causas proximais das diferenças de sexo (Feingold, 1994; Schmitt et al., 2008).

## **1.2. A Saúde Mental e as Diferenças de Sexo**

O sexo (e as suas vertentes biológicas diferenciais) pode ser conceptualizado como um determinante estrutural da saúde e da doença mental (Astbury, 2001; WHO, 2002). Isto porque medeia o poder e o controlo que homens e mulheres têm sobre determinados fatores socioeconómicos, o seu acesso a recursos e o seu estatuto, papéis, opções e tratamento na sociedade. Deste modo, o sexo parece ter um poder explicativo grande no que diz respeito à suscetibilidade diferencial e à exposição a diferentes riscos, e, assim, a diferenças ao nível da saúde mental de cada um (Astbury, 2001; WHO, 2002).

Apesar de, aparentemente, não existirem diferenças de sexo na prevalência global em perturbações mentais, tais como a esquizofrenia e a perturbação bipolar, existem diferenças significativas nos padrões e nos sintomas das perturbações (Astbury, 2001; WHO, 2002). Isto acontece essencialmente ao nível da diferenciação das perturbações mentais em perturbações afetivas (internalizantes) e em perturbações comportamentais (externalizantes): As mulheres exibem taxas mais elevadas de perturbações afetivas, enquanto os homens apresentam mais perturbações comportamentais (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002). Particularizando, as mulheres tendem a exibir taxas mais elevadas de depressão e perturbações de ansiedade (i.e., respondendo aos problemas com um sofrimento interior), enquanto os homens tendem a apresentar maiores taxas de abuso de substâncias e comportamentos antissociais e de risco (i.e., lidando com os problemas através da ação) (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002), manifestando-se através da raiva e da violência (Wendt & Shafer, 2015).

De facto, o sexo masculino parece ser um preditor robusto do desenvolvimento de comportamentos antissociais e parece estar fortemente relacionado com o crime (Eme, 2018). Segundo Eme (2018), a diferença entre os sexos na prevalência de três dos comportamentos antissociais mais graves (agressividade física crónica, violência e comportamento antissocial persistente) é tão grande, que estes comportamentos podem ser caracterizados como sendo quase exclusivamente masculinos.

Para além disso, verifica-se que as mulheres tendem a fazer mais tentativas de suicídio, mas as taxas de mortalidade por suicídio são mais altas para os homens (e.g., Astbury, 2001; Paris, 2007; Wendt & Shafer, 2015; WHO, 2002), o que parece fazer sentido dada a probabilidade de associação das tentativas de suicídio com as diferenças de sexo ao nível da depressão, e a utilização de métodos mais fatais e violentos por parte dos homens no ato em si (Paris, 2007).

Estas diferenças de sexo parecem ocorrer desde a infância e persistir ao longo do tempo (Paris, 2007; WHO, 2002), emergindo essencialmente na adolescência (Hyde, 2014), e verificando-se transculturalmente, apesar das diferenças de magnitude em que aparecem em cada cultura (Astbury, 2001).

Hill e Needham (2013) procuram explicar esta diferenciação através da Teoria da Saliência do *Self*, que se baseia na maneira como raparigas e rapazes posicionam o seu *self* perante os outros logo desde a adolescência. Deste modo, a teoria diz que as raparigas valorizam os outros em detrimento do *self*, gerando um excesso de problemas internalizantes (autoconceito negativo e dependência dos outros), enquanto os rapazes sobrevalorizam o *self* em relação aos outros, levando a um excesso de problemas externalizantes (superioridade e desconexão com os outros) (Hill & Needham, 2013).

A comorbilidade - associada ao aumento da severidade da doença mental e a altos níveis de incapacidade - tem sido considerada como mais elevada nas mulheres (Astbury, 2001; Paris, 2007; WHO, 2002). A depressão e a ansiedade são as perturbações comórbidas mais comuns (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Paris, 2007). Neste sentido, as mulheres podem enfrentar maiores incapacidades do que os homens, uma vez que a depressão pode ser tão ou mais incapacitante do que várias outras condições médicas crónicas em termos de funcionamento social, físico, psicológico e cognitivo (WHO, 2002).

De facto, o resultado mais robusto ao nível da saúde mental dita a maior prevalência da depressão nas mulheres, sendo que estas apresentam taxas de depressão duas vezes mais elevadas do que os homens (e.g., Astbury, 2001; Costa et al., 2001;

Goodwin & Gotlib, 2004; Hyde, 2014; Paris, 2007; WHO, 2002). Para além disto, a depressão também parece ser mais persistente nas mulheres (Astbury, 2001; Paris, 2007), e o sexo feminino parece ser preditor de recaída (Astbury, 2001).

Outras diferenças de sexo em saúde mental relatam que as mulheres apresentam maior prevalência de distúrbios alimentares (Hyde, 2014; WHO, 2002), e que os homens apresentam maiores taxas de perturbação de défice de atenção e hiperatividade (Hyde, 2014). Existem também diferenças de sexo ao nível da perturbação de *stress* pós-traumático, com as mulheres a sofrerem e a persistirem mais nesta perturbação, devido essencialmente à vivência de violência na sua vida (Astbury, 2001). Relativamente a diferenças de sexo ao nível de perturbações mentais como a esquizofrenia e a perturbação bipolar, apesar de não haver diferenças na sua prevalência, existem diferenças de sexo no período de início da doença, na manifestação dos sintomas e na vivência social com a doença (Astbury, 2001; WHO, 2002).

Em termos de diagnóstico, as mulheres têm maior probabilidade do que os homens de serem diagnosticadas com depressão e apresentam menos probabilidades de serem diagnosticadas como tendo problemas de álcool, ainda que ambos apresentem sintomas idênticos (Astbury, 2001). O sexo feminino é ainda preditor da prescrição de substâncias psicotrópicas (Astbury, 2001). Mas antes disso, os homens são menos propensos a procurar e obter ajuda que as mulheres (e.g., Wendt & Shafer, 2015; WHO, 2002), e quando o fazem, é numa fase posterior ao início dos sintomas ou apenas quando estes se tornam graves (WHO, 2002). Muitas vezes, esta atitude dos homens parece estar associada a crenças e atribuições sobre si mesmos, o seu problema, a atividade do psicólogo e a perceção social da situação (Wendt & Shafer, 2015).

Também aqui, ao nível da saúde mental, parecem haver explicações biológicas, psicológicas e sociais, e uma tentativa de integração entre todas, para explicar os mecanismos e fatores por detrás destas diferenças de sexo, nomeadamente ao nível da depressão, dada a sua robustez na literatura relativa à saúde mental (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hyde, 2014; WHO, 2002).

Hyde (2014), na sua revisão, fala num modelo que tenta aludir aos fatores por detrás das diferenças de sexo na depressão e ao porquê de estas surgirem essencialmente na adolescência: o Modelo ABC. De acordo com este modelo, fatores afetivos, biológicos e cognitivos convergem para criar uma vulnerabilidade global à depressão. É provável que a interação entre os múltiplos fatores contribua para as diferenças de sexo na depressão, gerando diferenças ao nível do *stress* que cada um vive e que começa na

adolescência, e ditando a grande vulnerabilidade das raparigas aos efeitos negativos do início da puberdade e a grande objetificação da sua consciência corporal. Em suma, o modelo sustenta que eventos de vida negativos interagem com a vulnerabilidade depressiogénica de cada pessoa, levando a um aumento dos níveis de depressão na adolescência, especialmente nas raparigas (Hyde, 2014).

Na mesma linha, Goodwin e Gotlib (2004) aludem à existência de duas variáveis como contribuintes das diferenças de sexo na depressão: a orientação interpessoal e a ruminação. Níveis elevados destes constructos entre as mulheres parecem estar associados às suas elevadas taxas de depressão (Goodwin & Gotlib, 2004; Hyde, 2014). De facto, os autores falam na existência de um foco na influência de mudanças sociais e hormonais na vida das mulheres, na existência de necessidades de afiliação elevadas na altura da puberdade e numa reatividade depressiogénica, aumentada em eventos de vida interpessoal, como fatores por detrás das diferenças de sexo na depressão (Goodwin & Gotlib, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (2002) também reconhece que os fatores genéticos e biológicos desempenham algum papel na maior prevalência de depressão e perturbações de ansiedade entre as mulheres, e um exemplo disso são as mudanças de humor relacionadas com as mudanças hormonais como parte do ciclo menstrual. Mas também reconhece que existe uma interação entre fatores hormonais e psicossociais que pode aumentar o risco do aparecimento dessas mesmas perturbações (e.g., falta de harmonia conjugal e existência de apoio social inadequado e de uma situação financeira fraca estão associados a um aumento do risco de depressão pós-natal; aparecimento de problemas ou condições de saúde reprodutiva, como a infertilidade, a histerectomia ou problemas de continência) (WHO, 2002).

Relativamente à influência de fatores sociais, a literatura parece centralizar os mecanismos causadores da depressão e perturbações de ansiedade na vulnerabilidade das mulheres perante esses mesmos fatores (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; WHO, 2002). Muitos autores têm hipotetizado que elevadas taxas de pobreza, assédio sexual, abuso infantil, baixo nível de educação, e limitações no poder (de autonomia, controlo e tomada de decisão) e no estatuto social nas mulheres, contribuem para as elevadas taxas de depressão (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; WHO, 2002).

Existem vínculos entre desigualdade de género, pobreza humana e diferenciais socioeconómicos em todos os países (Astbury, 2001). Os papéis tradicionais de género

aumentam ainda mais a suscetibilidade das mulheres ao enfatizar a passividade, a submissão e a dependência, e impõem-lhes o dever de assumir o cuidado incessante de outros e do trabalho doméstico, e/ou outras condições de trabalho *stressantes* (empregos inseguros, ocasionais, não remunerados ou de mais baixo estatuto que o dos homens, sem poder de decisão e autonomia) (Astbury, 2001). Um baixo estatuto social a nível ocupacional associado a um estatuto de mãe solteira, falta de moradia e segurança habitacional, rendimento inadequado, apoio social fraco, menor capital social e experiência de eventos de vida negativos e incontroláveis, forma uma mistura de fatores fortemente preditiva da perturbações mentais comuns, uma vez que trabalham para reduzir o grau de autonomia, controlo e tomada de decisão das mulheres (Astbury, 2001; WHO, 2002).

Para além disso, parecem haver fortes associações entre a violência tipicamente direcionada a cada sexo e a saúde mental (Astbury, 2001; WHO, 2002). A violência física, sexual e psicológica está relacionada a altas taxas de depressão e psicopatologia comórbida, principalmente nas mulheres. A gravidade e a duração da exposição à violência são preditivas da gravidade dos resultados na saúde mental, que se podem manifestar sob diversos tipos de condições (Astbury, 2001; WHO, 2002). Níveis diferenciados de suscetibilidade e exposição ao risco de violência são uma causa particularmente importante de baixa saúde mental, uma vez que colocam limitações rigorosas sobre a capacidade das mulheres de exercer controlo sobre os determinantes da sua saúde mental. Isso enfraquece ainda mais a sua posição social, dado que esses níveis não só operam sobre os determinantes estruturais da saúde, como, ao mesmo tempo, aumentam a vulnerabilidade à depressão e a outras perturbações mentais (Astbury, 2001).

Ainda assim, apesar da violência sexual ser mais associada a pessoas do sexo feminino, também ocorre em pessoas do sexo masculino (por vezes, até acabando por se manifestar de forma mais grave), existindo uma forte associação entre a ocorrência de um abuso sexual infantil e a presença de múltiplos problemas de saúde mental mais tardia (Astbury, 2001; WHO, 2002). De facto, as evidências têm demonstrado que o abuso sexual infantil se apresenta como um preditor significativo de psicopatologia posterior, no geral (Astbury, 2001; WHO, 2002).

Por sua vez, as explicações sociais para os comportamentos e questões de saúde mental nos homens fazem alusão a que, passando por condições precárias semelhantes às das mulheres, também sofreriam, mas por meio de comportamentos e sintomas

externalizantes (como o abuso de álcool e substâncias, e a violência), uma vez que o seu processo de socialização e papéis de género interiorizados lhes dizem que não devem exprimir as suas emoções (WHO, 2002). De facto, também Hill e Needham (2013) parecem defender uma perspectiva de construções culturais de masculinidade, referindo que os homens apresentam taxas mais elevadas de perturbações comportamentais, pois essas representam demonstrações de masculinidade e poder, que acabam por ser reforçadas pelos seus comportamentos e crenças, criando um ciclo vicioso.

Em suma, segundo uma perspectiva psicossocial, as experiências de autoestima, competência, autonomia, controlo, poder de decisão, rendimento adequado e uma sensação de segurança física, sexual e psicológica, são essenciais para uma boa saúde mental (Astbury, 2001). Neste sentido, é necessário que haja equilíbrio e igualdade nos papéis e obrigações de cada género, uma redução da pobreza, uma atenção renovada na manutenção do capital social, recursos psicossociais e exercício de atividades sociais igualitárias e favoráveis (Astbury, 2001).

### **1.3. Os Traços de Personalidade, a Saúde Mental e as Diferenças de Sexo**

Mais recentemente, a saúde mental tem sido definida tanto pela ausência de sintomas psicopatológicos, como pela presença de sentimentos de bem-estar (Lamers et al., 2012). Os indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos podem experienciar uma baixa saúde mental positiva, mas, ao mesmo tempo, elevados níveis de bem-estar; e nem todas as pessoas que apresentem baixos níveis de bem-estar experienciam sintomas psicopatológicos (Lamers et al., 2012).

A definição de saúde mental positiva é composta pelos conceitos de bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social, refletindo perspectivas de saúde mental que se concentram na obtenção do prazer e no evitamento da dor (perspetiva hedónica), e no funcionamento ótimo que cada pessoa pode refletir na sociedade (perspetiva eudaimónica) (Lamers et al., 2012).

A literatura tem relatado a existência de associações entre as dimensões da personalidade e diferentes resultados ao nível da saúde mental (Vesely et al, 2013). Do mesmo modo, existem estudos que relatam a existência de diferenças individuais de personalidade na psicopatologia e na saúde mental positiva, tanto ao nível do conhecimento de quais são os traços de personalidade que estão associados a cada uma dessas duas dimensões da saúde mental (Lamers et al., 2012), como ao nível da

compreensão de como traços específicos de cada sexo conseguem prever uma gama tão vasta de resultados de saúde mental (Vesely et al., 2013).

Um padrão típico de traços de personalidade associado a perturbações mentais reflete um Neuroticismo elevado, baixa Conscienciosidade, baixa Amabilidade e baixa Extroversão (Lamers et al., 2012). Diferentes traços de personalidade contribuem para o bem-estar emocional, para o bem-estar psicológico e para o bem-estar social (Lamers et al., 2012). De facto, o Neuroticismo é o preditor mais forte e consistente de psicopatologia, onde a variância explicada pelos traços de personalidade é maior do que na saúde mental (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012). Por sua vez, a Extroversão e a Amabilidade apresentam-se como os traços que mais contribuem para a saúde mental positiva (Lamers et al., 2012). Para além disso, segundo Lamers et al. (2012), o Neuroticismo é o traço negativo mais importante e significativo do bem-estar emocional (não relacionado com o bem-estar psicológico e social), enquanto a Extroversão está mais forte e significativamente relacionada ao bem-estar psicológico e social (apesar de a literatura referir que este traço se encontra relacionado a níveis mais elevados de bem-estar emocional). Quanto aos outros traços, os resultados têm-se demonstrado algo inconsistentes (Lamers et al., 2012).

De facto, do ponto de vista da felicidade, esta parece relacionar-se negativamente com o Neuroticismo e positivamente com a Extroversão, que, por sua vez, parece relacionar-se com a satisfação e a participação em atividades de lazer/sociais (Furnham & Cheng, 1999) (acabando por fazer sentido de um ponto de vista eudaimónico). Para além disto, parece que a Extroversão predispõe as pessoas a acontecimentos de vida mais favoráveis, que, por sua vez, leva a um maior bem-estar e a um reforço dos níveis de Extroversão. Isto parece fazer das pessoas extrovertidas aquelas que seriam mais felizes independentemente da sua vida social, da sua raça, género ou idade (Furnham & Cheng, 1999).

Assim, ao nível das relações da felicidade com os diferentes traços de personalidade, tem-se verificado que existem relações positivas significativas com a Extroversão e a Conscienciosidade (apesar da Amabilidade e da Abertura à Experiência também apresentarem resultados positivos), e uma relação negativa com o Neuroticismo, indicando que são as pessoas extrovertidas, estáveis e conscienciosas que são as mais felizes (Furnham & Cheng, 1999).

Mas também aqui, no âmbito da saúde mental, existem diferenças culturais (Furnham & Cheng, 1999). Estas evidências têm-se essencialmente verificado em

países anglo-saxónicos, o que terá levado Furnham e Cheng (1999) a avaliarem as relações entre os traços de personalidade, a felicidade e a saúde mental, transculturalmente. Descobriram que a Extroversão é um preditor consistente de felicidade nas três culturas avaliadas (Grã-Bretanha, Japão e China) e que o Neuroticismo é um preditor ainda mais forte de doença mental. Os participantes britânicos foram aqueles que tiveram as pontuações mais elevadas em felicidade e as mais baixas em doença mental. Para os participantes japoneses, o preditor de felicidade foi a Extroversão, e o Neuroticismo e a Introversão demonstraram ser preditores de morbidade psiquiátrica minor. Curiosamente, o Neuroticismo não demonstrou ser um preditor negativo de felicidade para a amostra japonesa. Os dados parecem ir no sentido da literatura de que os britânicos são de facto os mais felizes e os japoneses os mais infelizes (Furnham & Cheng, 1999).

Ainda ao nível deste estudo, parece haver a crença que tal consistência de dados só poderá acontecer devido à existência de fatores biológicos, e não culturais, como causas predominantes da felicidade (Furnham & Cheng, 1999).

Relativamente às diferenças de sexo em termos dos traços de personalidade que levam a determinados resultados ao nível da saúde mental, os estudos centram-se em torno da influência do Neuroticismo nesses mesmos resultados (e.g., Costa et al., 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Paris, 2007). O Neuroticismo predispõe os indivíduos a uma ampla gama de perturbações mentais, e as diferenças de sexo ao nível desta dimensão refletem-se na epidemiologia psicopatológica (Costa et al., 2001). As diferenças de sexo no traço do Neuroticismo, onde as mulheres pontuam mais do que os homens, estão associadas a níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Costa et al., 2001; Goodwin & Gotlib, 2004), e, assim, à experiência de emoções negativas (Lamers et al., 2012), e de níveis mais baixos de autoestima (Costa et al., 2001). Deste modo, perturbações como ansiedade generalizada, pânico, fobia, depressão major, distúrbio distímico e perturbação de personalidade *borderline* são frequentemente mais diagnosticados em mulheres (Costa et al., 2001). Contrariamente, níveis mais elevados de Extroversão e Conscienciosidade [ou Extroversão e Amabilidade, segundo Lamers et al. (2012)] têm sido associados a um risco reduzido de depressão e outras perturbações mentais, predizendo alguns resultados ao nível da saúde mental (Goodwin & Gotlib, 2004).

No caso particular da depressão, Goodwin e Gotlib (2004) descobriram que o facto de se ser do sexo feminino, por si só, já estava significativamente associado a uma

maior probabilidade de depressão major (refletindo uma relação entre sexo e depressão), mas que a dimensão do Neuroticismo ainda funcionava como um moderador das diferenças de sexo ao nível desta perturbação nos adultos. Deste modo, as evidências indicam que um maior nível de Neuroticismo nas mulheres pode ajudar a explicar a elevada prevalência de depressão no sexo feminino (Goodwin & Gotlib, 2004).

Por outro lado, Watson et al. (2015) procuraram perceber como é que o traço de Extroversão estaria relacionado com a psicopatologia, nomeadamente ao nível das suas facetas. Os autores descobriram que as facetas deste traço se associam de maneira diferente com a psicopatologia: As facetas de emoções positivas e sociabilidade são as facetas que, de modo geral, se apresentam como mais adaptativas e associadas a um melhor funcionamento psicológico, em comparação com as facetas de assertividade e procura de entusiasmo (Watson et al., 2015). Por outro lado, as primeiras – onde as mulheres pontuam mais (Löckenhoff et al., 2014) - são as facetas que mais fortemente se encontram relacionadas com perturbações internalizantes, como a depressão e as perturbações de ansiedade (Watson et al., 2015) – cujas taxas de incidência são mais elevadas em mulheres (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002). Por sua vez, as facetas de assertividade e procura de entusiasmo – onde os homens pontuam mais (Löckenhoff et al., 2014) - encontram-se associadas a perturbações externalizantes, como comportamentos antissociais e abuso de substâncias (Watson et al., 2015) – cujas taxas de incidência são mais elevadas nos homens (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002).

A literatura também tem demonstrado um impacto dos traços de Agência e Comunhão em vários constructos de saúde psicológica (Vesely et al., 2013). Vesely et al. (2013) procuraram explorar as ligações que os traços de Agência e Comunhão possam ter com as perturbações internalizantes, por intermédio da mediação do constructo de inteligência emocional (IE). Como já tinha sido referido, os homens pontuam mais em domínios intrapessoais da dimensão de IE, enquanto as mulheres pontuam mais em domínios interpessoais (Siegling et al., 2012). Estas descobertas indicam que a Agência e a Comunhão subscrevem diferentes conjuntos de traços de personalidade relacionados à emoção (representados pela IE), que podem explicar os efeitos diferenciais dessas dimensões em perturbações internalizantes, dado que a IE afeta o processamento e a regulação do afeto dentro do *self* e em relação a outras pessoas (Vesely et al., 2013). A Agência tem demonstrado um efeito negativo

significativo nas perturbações internalizantes, mas a Comunhão tem apresentado resultados inconsistentes. Isto parece indicar que indivíduos com maior Agência (ou traços masculinos) apresentam menores probabilidades de desenvolver e apresentar esse tipo de perturbações. Para além disso, no estudo de Vesely et al. (2013), este efeito foi completamente mediado pela variável de IE, explicando os efeitos protetores da Agência face a perturbações internalizantes. Deste modo, parecem ser os componentes emocionais das características de personalidade tipicamente masculinas que predizem uma melhor internalização do sofrimento individual (Vesely et al., 2013).

Também a Comunhão apresentou um efeito indireto nas perturbações internalizantes mediado por um efeito positivo significativo na variável IE, demonstrando também, assim, efeitos protetores no que diz respeito à internalização dos problemas (Vesely et al., 2013). No entanto, também houve um efeito direto positivo da Comunhão nessas perturbações na presença dessa variável, sugerindo que esta possui efeitos adversos adicionais, aparentemente sem relação com os aspetos emocionais da dimensão, indo de acordo com a inconsistência encontrada na literatura (Vesely et al., 2013). Parece, apesar de tudo, haver neste duplo sentido da Comunhão, a existência de fatores de resiliência nas mulheres, ao que Astbury (2001) também fez alusão, independentemente dos fatores de desvantagem que comprometem a sua saúde mental. É importante reconhecer que a Comunhão pode ter efeitos protetores mais fortes noutras variáveis da saúde mental, nomeadamente aquelas associadas a problemas de externalização (Vesely et al., 2013).

Resumidamente, os aspetos emocionais da Agência (características intrapessoais) e da Comunhão (características interpessoais) parecem explicar os efeitos protetores dessas dimensões face a perturbações internalizantes, com diferenças de sexo inerentes a cada dimensão a explicar as diferenças ao nível da prevalência e tipo de distúrbio que cada indivíduo sofre (Vesely et al., 2013).

Também neste âmbito, vários são os mecanismos propostos para explicar as associações entre traços de personalidade e saúde mental, principalmente em termos do Neuroticismo e da Extroversão em relação aos componentes hedónicos da saúde mental, que incluem perspetivas biológicas e comportamentais (Lamers et al., 2012).

A literatura tem mostrado que o Neuroticismo e a psicopatologia, por um lado, e a Extroversão e a saúde mental positiva, por outro, compartilham bases biológicas comuns (Lamers et al., 2012). Lamers et al. (2012) falam de uma teoria que distingue o Sistema de Inibição Comportamental (SIC – associado à inibição comportamental e ao

evitamento diante do perigo e do conflito, com uma relação emocional primária com a ansiedade) do Sistema de Abordagem Comportamental (SAC – associado à regulação do comportamento de abordagem positiva, motivando comportamentos que visam alcançar objetivos e obter recompensas emocionais positivas), que são compostos por diversas áreas e circuitos do cérebro que estão ligados tanto à personalidade, como ao bem-estar. Os traços de personalidade do Neuroticismo e da Extroversão refletem diferenças individuais no funcionamento destes sistemas. Os neurotransmissores relacionados com o SIC e o SAC exibem conexões importantes tanto com a personalidade, como com a saúde mental: A serotonina está associada ao Neuroticismo e à psicopatologia, enquanto a dopamina está relacionada à Extroversão e ao afeto positivo (Lamers et al., 2012).

Para além destas vias, a personalidade pode facilitar os eventos de vida e criar condições que promovam a saúde mental através de mecanismos comportamentais (Lamers et al., 2012). No caso do Neuroticismo, as pessoas neuróticas, mais sensíveis a afetos negativos, geralmente experienciam acontecimentos de vida mais negativos, que acabam por ser interpretados de modo mais negativo do que o seriam por pessoas não neuróticas, e os sentimentos negativos tendem a espalhar-se pelas várias áreas da vida – é a chamada cascata neurótica. Por outro lado, as pessoas extrovertidas tendem a experienciar eventos de vida mais positivos e mais emoções positivas em situações sociais, e envolvem-se mais em situações sociais que ajudam a aumentar esse nível emocional (Lamers et al., 2012).

Resumidamente, o que Lamers et al. (2012) dizem é que o Neuroticismo e a Extroversão parecem influenciar os componentes afetivos da psicopatologia e da saúde mental através de mecanismos biológicos e comportamentais diferenciados.

Por sua vez, Goodwin e Gotlib (2004) parecem dar maior importância às influências sociais na explicação das diferenças de sexo, nomeadamente ao nível do Neuroticismo e da depressão. Os autores referem que essas influências ocorrem desde cedo e que levam homens e mulheres a desenvolver diferentes estratégias de *coping* e a experienciar o mundo de maneiras diferentes, afetando significativamente o risco de depressão, sem intervenção de fatores genéticos (Goodwin & Gotlib, 2004).

Para os traços de Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência, os mecanismos parecem ser, em grande parte, desconhecidos, mas, apesar disso, foram encontradas relações significativas entre os cinco traços de personalidade e todos os aspetos da doença e da saúde mental (e.g., Lamers et al., 2012).

## 2. Objetivos e Hipóteses

O contributo que se procura proporcionar com este estudo está subjacente ao objetivo exploratório do tema e das relações entre três variáveis - Sexo, Traços de Personalidade, Saúde Mental – na população geral portuguesa. Pretende-se, assim, investigar as diferenças de sexo na relação com os Traços de Personalidade e a Saúde Mental, as relações entre Traços de Personalidade e Saúde Mental, e as relações mútuas entre as três variáveis.

Deste modo, tem-se essencialmente por base os estudos de Astbury (2001), Costa et al. (2001), Del Giudice et al. (2012), Goodwin e Gotlib (2004), Guo et al. (1995), Lamers et al. (2012), Lima et al. (2014) e Löckenhoff et al. (2004) na fundamentação e colocação das hipóteses.

Objetivo 1: Identificar os Traços de Personalidade característicos de cada um dos Sexos.

*H1a:* As mulheres apresentam níveis mais elevados de Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade do que os homens.

*H1b:* Não se verificam diferenças entre mulheres e homens relativamente à Extroversão e à Abertura à Experiência.

Objetivo 2: Identificar diferenças de Sexo relativamente à variável da Saúde Mental.

*H2:* As mulheres apresentam um valor total de Saúde Mental (MHI-5) mais baixo do que os homens.

Objetivo 3: Identificar as relações entre a Saúde Mental, os Traços de Personalidade, e os Sexos.

*H3a:* Em termos da amostra geral, a variável de Saúde Mental relaciona-se inversamente com o Neuroticismo e diretamente com a Extroversão.

*H3b:* A variável de Saúde Mental apresenta uma relação inversa mais forte com o Neuroticismo nas mulheres do que nos homens.

*H3c:* A variável de Saúde Mental apresenta uma relação direta mais forte com a Extroversão nos homens do que nas mulheres.

Objetivo 4: Explorar quais os Traços de Personalidade que predizem a Saúde Mental em mulheres e homens.

*H4:* Os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental são diferentes para mulheres e para homens.

### 3. Método

#### 3.1. Participantes

No presente estudo, participaram 330 sujeitos adultos da população geral, todos de nacionalidade portuguesa, e com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ( $M = 41.13$  anos;  $DP = 13.63$  anos). Ao nível da Escolaridade, 7 participantes afirmaram ter estudos abaixo do 4º ano (2.10%), 5 afirmaram ter o 4º ano (1.50%), 16 afirmaram ter o 6º ano (4.80%), 51 disseram ter o 9º ano de escolaridade (15.50%), 96 participantes afirmaram ter o 12º ano (29.10%), e 155 afirmaram ter uma licenciatura ou um grau mais elevado (47.00%). Relativamente ao Estado Civil, 103 participantes seriam solteiros (31.30%), 194 seriam casados ou viveriam como tal (59.00%), 6 seriam viúvos (1.80%), e 26 estariam divorciados ou separados (7.90%). Em termos da Situação Laboral dos participantes, a amostra é constituída por 258 empregados (78.20%), 25 desempregados (7.60%), 17 reformados (5.10%), 3 donas de casa (.90%), e 27 estudantes (8.20%).

##### 3.1.1. Caracterização sociodemográfica das amostras do sexo feminino e do sexo masculino

A amostra do estudo é constituída por 202 participantes do sexo feminino (61.20%) de nacionalidade portuguesa e idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos ( $M = 40.64$  anos;  $DP = 13.34$  anos).

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Sexo Feminino*

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Máx
Idade			40.64	13.34	39.50	37.00	18.00	82.00
Ensino								
< 4º ano	3	1.50						
4º ano	4	2.00						
6º ano	7	3.40						
9º ano	34	16.80						
12º ano	45	22.30						
Licenciatura ou mais	109	54.00						
Estado Civil								
Solteiro	64	31.70						
Casado ou a viver como tal	115	56.90						
Viúvo	4	2.00						
Divorciado ou separado	19	9.40						
Situação Laboral								
Empregado	157	77.70						
Desempregado	14	6.90						
Reformado	9	4.50						
Dona de casa	3	1.50						
Estudante	19	9.40						

Relativamente à amostra do sexo masculino, esta é constituída por 128 participantes (38.80%) de nacionalidade portuguesa e idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ( $M = 41.91$  anos;  $DP = 14.10$  anos).

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada no Quadro 2.

## Quadro 2

### *Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Sexo Masculino*

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Máx
Idade			41.91	14.10	40.00	52.00	18.00	83.00
Ensino								
< 4º ano	4	3.10						
4º ano	1	.80						
6º ano	9	7.00						
9º ano	17	13.30						
12º ano	51	39.90						
Licenciatura ou mais	46	35.90						
Estado Civil								
Solteiro	39	30.70						
Casado ou a viver como tal	79	62.20						
Viúvo	2	1.60						
Divorciado ou separado	7	5.50						
Situação Laboral								
Empregado	101	78.90						
Desempregado	11	8.60						
Reformado	8	6.30						
Estudante	8	6.20						

## 3.2. Instrumentos

### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico utilizado neste estudo era constituído por 18 itens, que visavam a recolha de informações sobre variáveis sociodemográficas dos participantes, de modo a poder caracterizá-los globalmente. Foram, assim, recolhidas informações sobre, por exemplo, o sexo, a idade, a nacionalidade, a residência, o nível de escolaridade, a profissão e situação laboral, situação económica, estado civil, entre outras.

### 3.2.2. Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI)

O Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade consiste numa representação dimensional das diferenças individuais ao nível da personalidade, caracterizadas por tendências comportamentais, emocionais e cognitivas, tendências essas que são aglutinadas em cinco grandes categorias: o Neuroticismo (N), a Extroversão (E), a Abertura à Experiência (O), a Amabilidade (A) e a Conscienciosidade (C) (Lima et al., 2014). A dimensão do Neuroticismo é caracterizada pela tendência, nos indivíduos, para experienciarem sofrimento psicológico; a Extroversão é constituída por uma vasta gama de traços que incluem a atividade, a sociabilidade e a tendência dos indivíduos em experienciar emoções positivas; também a dimensão da Abertura à Experiência representa uma vasta gama de traços, que vão desde a imaginação, criatividade e sensibilidade à arte e à beleza, à curiosidade intelectual, flexibilidade de comportamento e pensamento e complexidade da vida emocional; a Amabilidade é caracterizada por traços de carácter interpessoal; e, por fim, a dimensão da Conscienciosidade é constituída pela existência de organização, escrupulosidade e zelo (Costa & McCrae, 1992).

Este modelo é operacionalizado através do NEO-PI-R, instrumento elaborado por Costa e McCrae (1992), que avalia essas mesmas cinco dimensões e um conjunto de trinta escalas de facetas ou traços que caracteriza cada uma delas, procurando uma avaliação compreensiva da personalidade adulta (Lima et al., 2014).

O NEO-FFI representa uma versão reduzida do NEO-PI-R, constituída por 60 itens, que permite obter uma representação fiável das dimensões/domínios do Modelo dos Cinco Fatores (Lima et al., 2014). À semelhança da versão original Norte Americana, a versão portuguesa do NEO-FFI (Lima & Simões, 2000) consiste também em 60 itens, com 12 itens representativos de cada dimensão, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (Discordo fortemente) e 4 (Concordo fortemente) (Lima et al., 2014). O tempo de preenchimento consiste em, aproximadamente, 15 minutos (Lima et al., 2014).

Na versão portuguesa do instrumento, os valores de consistência interna apresentaram-se adequados, sendo que a Conscienciosidade apresentou um alfa de Cronbach de .81, o Neuroticismo de .81, a Extroversão de .75, a Amabilidade de .72 e a Abertura à Experiência de .71 (Lima et al., 2014; Magalhães et al., 2014).

No presente estudo, os alfas de *Cronbach* encontrados foram de .84 na subescala da Conscienciosidade, de .82 na subescala do Neuroticismo, de .76 na subescala da Extroversão, de .70 na subescala da Amabilidade e de .63 na subescala da Abertura à Experiência, apresentando, no geral, bons níveis de consistência interna dos itens.

### **3.2.3. Inventário de Saúde Mental (MHI-5)**

O constructo de Saúde Mental tem sido definido segundo a existência de duas dimensões: uma positiva – bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo – e uma negativa – *distress* psicológico, estado de saúde mental negativo (Ribeiro, 2001). Neste sentido, e na necessidade de aumentar a precisão das medidas de avaliação deste constructo, o Inventário de Saúde Mental (MHI) foi desenvolvido como uma medida que procurava avaliar o *Distress* psicológico e o Bem-estar na população em geral e não apenas em pessoas com doença mental (Veit & Ware, 1983). Deste modo, foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos, num questionário de autorresposta de 38 itens, que se distribuem por cinco escalas (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais), que, por sua vez, se agrupam em duas subescalas que medem, assim, o *Distress* Psicológico e o Bem-estar Psicológico (Ribeiro, 2001). É facultado um resultado total e resultados parcelares correspondentes a cada uma das escalas e subescalas (Ribeiro, 2001).

O MHI-5 é uma versão reduzida do Inventário de Saúde Mental (MHI), constituída apenas por cinco itens de autorresposta (retirados do MHI), sendo que três pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-estar Positivo (Ribeiro, 2001). Deste modo, representam quatro dimensões da saúde mental (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental e Bem-Estar Psicológico) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993). É um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental, mas também demonstra ser adequado para investigação (Ribeiro, 2001).

A versão do teste utilizada no presente estudo foi a versão traduzida e adaptada por Ribeiro (2001).

À semelhança do MHI, as respostas aos itens do MHI-5 são dadas numa escala ordinal de seis pontos, variando desde *Nunca* a *Sempre*. O resultado total é dado pela soma dos valores brutos que compõem cada escala (neste caso, dos itens), sendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor saúde mental (Ribeiro, 2001).

A análise da consistência interna do instrumento demonstrou um alfa de *Cronbach* adequado de .80 (Ribeiro, 2001).

No presente estudo, o alfa de *Cronbach* encontrado foi de .88, apresentando uma boa consistência interna dos itens.

### **3.3. Procedimento**

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma investigação de âmbito mais lato sobre “Personalidade e Psicopatologia”, desenvolvida na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Foi entregue a cada participante, dentro de um envelope, um protocolo de investigação constituído por um questionário sociodemográfico e nove questionários de autorrelato, de âmbito específico - incluindo os utilizados neste estudo -, assim como um consentimento informado, que os participantes teriam de preencher devidamente e devolver. O preenchimento total do protocolo de investigação demorou cerca de uma hora e meia, mas era dada a liberdade aos participantes de devolverem os protocolos após um determinado período de tempo aceitável, previamente acordado. Um número de ordem foi atribuído a cada participante de modo a poder garantir a confidencialidade dos dados, mas também a proteção da identificação dos participantes.

O consentimento informado (*vide* Anexo) foi previamente lido e assinado antes do preenchimento do protocolo de investigação. Esse consistia no fornecimento de informações sobre o tema de investigação, o que seria pretendido com o preenchimento do protocolo, o tempo de duração aproximada desse preenchimento, a garantia de confidencialidade, a hipótese de desistência assim houvesse desejo disso, e a possibilidade de adquirir, mais tarde, conhecimento sobre os resultados e conclusões da investigação. A assinatura do consentimento determinaria que o participante estaria a declarar ter 18 ou mais anos de idade, que tinha tomado conhecimento das indicações dados anteriormente e que aceitava colaborar livre e voluntariamente na investigação.

A amostra foi recolhida através de uma técnica de amostragem não-probabilística (método “bola de neve”), tratando-se de uma amostra de conveniência.

#### **3.3.1. Procedimento Estatístico**

Utilizou-se a estatística descritiva, incluindo cálculos de frequências, percentagens, médias e desvios-padrão. Recorreu-se ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* para testar a consistência interna dos instrumentos utilizados neste estudo.

Os testes estatísticos utilizados para testar as hipóteses do estudo foram a ANOVA a um fator, a estatística de teste *t*- de Student, a análise de correlações de *Pearson* e a regressão linear múltipla.

Dado o tamanho da amostra ( $N > 50$ ), concluiu-se que os dados seriam analisados segundo técnicas de estatística paramétrica, assumindo a existência de uma distribuição normal dos mesmos.

Após ter sido feita uma análise de *outliers* ao nível dos dados referentes ao Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI), foram eliminados três sujeitos – dois do sexo masculino e um do sexo feminino – que apresentavam resultados extremos à distribuição, ao nível do Neuroticismo.

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para  $p\text{-values} \leq .05$ .

As análises estatísticas efetuadas foram realizadas com o *Software PASW Statistics* (v. 24 SPSS Inc, Chicago, IL).

## 4. Resultados

Neste capítulo, seguem-se as análises efetuadas e consequentes resultados obtidos no âmbito dos testes das hipóteses que foram levantadas, tendo por base os objetivos que se propõem avaliar.

### 4.1. Identificar os Traços de Personalidade característicos de cada um dos Sexos (Objetivo 1)

De modo a avaliar aquilo a que se propõe o Objetivo 1, procurando testar as hipóteses *H1a* e *H1b* (ver página 22), foi efetuada uma análise de variância a um fator – ANOVA a um fator. Os pressupostos deste método estatístico foram validados - Normalidade, e Homogeneidade de variâncias: *Levene* ( $p \geq .13$ , para todas as dimensões). Os resultados encontram-se relatados no Quadro 3.

### Quadro 3

*Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito das Mulheres e dos Homens nos Cinco Traços de Personalidade do NEO-FFI*

Traços	Mulheres ( <i>n</i> = 202)		Homens ( <i>n</i> = 128)		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$	$\pi$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Neuroticismo	23.35	8.01	21.65	7.07	3.85	<b>.05</b>	.01	.50
Extroversão	30.54	6.45	29.77	5.43	1.25	.27	.004	.20
Abert. Experiência	28.71	5.39	27.50	5.99	3.60	.06	.01	.47
Amabilidade	33.15	5.40	31.46	5.48	7.91	<b>.005</b>	.02	.80
Conscienciosidade	35.81	6.40	33.70	6.24	8.63	<b>.004</b>	.03	.83

\* *Nota.* A negrito estão identificados os casos em que  $p \leq .05$ .

De acordo com os testes, as diferenças observadas são estatisticamente significativas para três dimensões do NEO-FFI e a dimensão do efeito das dimensões é pequena. Verifica-se que, para os traços de Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade, as mulheres apresentam resultados médios mais elevados comparativamente com os homens. Relativamente aos traços de Extroversão e Abertura à Experiência, não se encontram efeitos significativos. Estes resultados encontram-se de acordo com as hipóteses colocadas.

#### **4.2. Identificar diferenças de Sexo relativamente à variável da Saúde Mental (Objetivo 2)**

De modo a avaliar aquilo a que se propõe o Objetivo 2, procurando testar a hipótese *H2* (ver página 22), foi efetuado um teste de igualdade de valores médios (estatística de teste *t*- de Student) para amostras independentes. Os pressupostos deste método estatístico foram validados - Normalidade, e Homogeneidade de variâncias: *Levene* ( $p = .54$ ). O Quadro 4 demonstra os resultados encontrados.

\*  $\eta^2_p$  (dimensão do efeito):  $\leq .05$  (Pequeno); [.05; .25] (Médio); [.25; .50] (Elevado);  $> .50$  (Muito elevado);  $\pi$  (potência do teste):  $\geq .80$ ; 1.00] (Cohen, 1988).

#### Quadro 4

*Estatística de Teste t- de Student sobre a Comparação entre Mulheres e Homens em termos do MHI-5 Total*

	Mulheres (n = 202)		Homens (n = 128)		t	p
	M	DP	M	DP		
Saúde Mental						
MHI-5 Total	20.90	4.53	22.02	4.46	2.22	<b>.03</b>

*Nota.* A negrito estão identificados os casos em que  $p < .05$ .

Verificam-se diferenças entre homens e mulheres relativamente ao valor total de Saúde Mental, dado pelo MHI-5, com as mulheres a apresentarem um valor mais baixo comparativamente com os homens. Este resultado encontra-se de acordo com a hipótese colocada.

#### **4.3. Identificar as relações entre a Saúde Mental, os Traços de Personalidade, e os Sexos (Objetivo 3)**

De modo a avaliar aquilo a que se propõe o Objetivo 3, procurando testar as hipóteses *H3a*, *H3b* e *H3c* (ver página 22), a análise efetuada foi a análise de correlações, com utilização do coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*).

No âmbito do teste da hipótese *H3a*, o Quadro 5 demonstra as relações que se estabelecem entre os cinco Traços de Personalidade e a Saúde Mental em termos da amostra geral.

Quadro 5

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Dimensões do NEO-FFI e o MHI-5 Total na Amostra Geral*

Traços	Saúde Mental
	MHI-5 Total
Neuroticismo	-.65**
Extroversão	.32**
Abert. Experiência	-.12*
Amabilidade	.20**
Conscienciosidade	.24**

• Nota. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Verifica-se que a variável de Saúde Mental apresenta uma relação inversa e forte ( $r^2 = .42$ ) com o Neuroticismo, e uma relação direta e fraca ( $r^2 = .10$ ) com a Extroversão. Estes resultados encontram-se de acordo com a hipótese colocada.

No âmbito do teste das hipóteses *H3b* e *H3c*, o Quadro 6 demonstra as relações existentes entre os cinco Traços de Personalidade e a Saúde Mental nas mulheres e nos homens.

Quadro 6

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Dimensões do NEO-FFI e o MHI-5 Total nas Mulheres e nos Homens*

Traços	MHI-5 Total	
	Mulheres	Homens
Neuroticismo	-.68*	-.58*
Extroversão	.35*	.31*
Abert. Experiência	-.09	-.14
Amabilidade	.21*	.26*
Conscienciosidade	.23*	.33*

• Nota. \*  $p < .01$ .

• Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado:  $.10 < r^2 \leq .25$ ;  $.25 < r^2 \leq .50$ ;  $r^2 > .50$  (Cohen, 1988).

Verifica-se que a variável de Saúde Mental apresenta uma relação inversa e forte com o Neuroticismo tanto nas mulheres ( $r^2 = .46$ ) como nos homens ( $r^2 = .34$ ). Para além disso, verifica-se que a variável de Saúde Mental apresenta uma relação direta e moderada com a Extroversão nas mulheres ( $r^2 = .12$ ), e uma relação direta e fraca nos homens ( $r^2 = .10$ ). Estes resultados não se encontram de acordo com as hipóteses colocadas.

#### 4.4. Explorar quais os Traços de Personalidade que predizem a Saúde Mental em mulheres e homens (Objetivo 4)

De modo a explorar e avaliar aquilo a que se propõe o Objetivo 4 deste estudo, procurando testar a hipótese *H4* (ver página 22), foram efetuadas duas análises de regressão linear múltipla, método *stepwise*. O Quadro 7 relata os resultados da análise.

Quadro 7

*Análise de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores de Saúde Mental (MHI-5 Total) em Mulheres e Homens*

MHI-5 Total	Preditores	B	$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
Mulheres						.96	.96	1265.44	.0001*
	A	.28	.44	5.43	.0001*				
	E	.23	.34	4.84	.0001*				
	C	.20	.33	4.64	.0001*				
	N	-.11	-.13	-3.59	.0001*				
Homens						.97	.97	1181.86	.0001*
	C	.26	.40	4.67	.0001*				
	A	.22	.31	3.44	.001*				
	E	.21	.29	2.95	.004*				

Nota. \* *Two-tailed*.

N – Neuroticismo; E – Extroversão; A – Amabilidade; C – Conscienciosidade.

\* Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado:  $.10 < r^2 \leq .25$ ;  $.25 < r^2 \leq .50$ ;  $r^2 > .50$  (Cohen, 1988).

Verifica-se que os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental nas mulheres são a Amabilidade, a Extroversão, a Conscienciosidade e o Neuroticismo, tendo este modelo um valor explicativo de 96% dos resultados. Por sua vez, os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental nos homens são a Conscienciosidade, a Amabilidade e a Extroversão, tendo este modelo um valor explicativo de 97% dos resultados. Deste modo, verifica-se que o padrão de Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental é diferente para mulheres e homens. Estes resultados encontram-se de acordo com a hipótese colocada.

## 5. Discussão

Neste capítulo, segue-se a discussão dos resultados obtidos ao nível da análise dos dados, realizada de acordo com o objetivo geral relativo ao estudo das relações entre as variáveis Sexo, Traços de Personalidade e Saúde Mental na população geral portuguesa, e com os objetivos específicos descritos no capítulo 2 (ver página 22).

O primeiro objetivo deste estudo recai sobre a identificação dos Traços de Personalidade característicos de cada um dos Sexos. As hipóteses colocadas neste âmbito – *H1a* e *H1b* (ver página 22) – foram confirmadas. Verifica-se que, na população geral portuguesa, as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados em termos dos traços de Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade comparativamente com os homens. No entanto, não se encontraram diferenças entre mulheres e homens relativamente aos traços de Extroversão e Abertura à Experiência. Estes resultados parecem ir ao encontro das evidências relatadas por Lima et al. (2014), cujo estudo também foi realizado com uma amostra da população geral portuguesa.

Na mesma linha de pensamento de Lima et al. (2014), verifica-se que os resultados são teoricamente plausíveis e congruentes com aquilo que a literatura demonstra. Os resultados refletem as diferenças de sexo consistentes que se encontram em termos dos níveis de Neuroticismo, associadas, muitas vezes, a níveis mais elevados de ansiedade e depressão nas mulheres (e.g., Astbury, 2001; Costa et al., 2001; Goodwin & Gotblin, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002). Por sua vez, as diferenças de sexo que se verificam em termos dos níveis de Amabilidade parecem ser congruentes com as diferenças que se encontram ao nível dos traços de Comunhão (onde as mulheres pontuam mais) e Agência (onde os homens pontuam mais) (e.g., Cohn, 1991; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Siegling et al., 2012;

Vesely et al., 2013). Ainda, parecem congruentes com a expectativa social relacionada com o comportamento das mulheres e com uma natureza cuidadora e orientada para os outros que as mulheres parecem possuir (e.g., Costa et al., 2001; Lima et al., 2014). Relativamente aos resultados referentes à Conscienciosidade, parecem refletir uma maior organização, responsabilidade e zelo, frequentemente mais atribuídos às mulheres – apesar de alguma inconsistência encontrada na literatura (Löckenhoff et al., 2014).

Por sua vez, os resultados referentes aos traços de Extroversão e Abertura à Experiência parecem refletir a inconsistência que se encontra em alguns estudos (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Löckenhoff et al., 2014). Dado que ambos os traços incluem diferentes tipos de facetas, nas quais mulheres e homens pontuam de maneira diferente, os níveis destes traços em mulheres e homens não apresentam diferenças significativas, dado que as pontuações nas facetas se parecem anular – de acordo com o relatado por Del Giudice et al. (2012). Assim, em termos do traço da Extroversão, os homens tendem a pontuar mais em facetas que reflitam uma componente de energia e atividade, enquanto as mulheres tendem a pontuar mais em facetas que reflitam a componente interpessoal desse traço (De Bolle et al., 2015; Del Giudice et al., 2012; Löckenhoff et al., 2014). Do mesmo modo, em termos do traço da Abertura à Experiência, mulheres e homens parecem diferenciar-se no tipo de experiências a que estão preferencialmente mais abertos, pontuando de maneira diferente ao nível das facetas desse mesmo traço (Costa et al., 2001).

O segundo objetivo deste estudo recai sobre a identificação de diferenças de Sexo relativamente à variável da Saúde Mental. A hipótese colocada neste âmbito – *H2* (ver página 22) – foi confirmada. Verifica-se, assim, que, na população geral portuguesa, as mulheres apresentam uma Saúde Mental mais baixa do que os homens.

Dado que as mulheres apresentam, de modo consistente, níveis mais elevados de Neuroticismo do que os homens (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004), e dada a forte relação (de predição) entre o Neuroticismo e a psicopatologia (e.g., Costa et al., 2001; Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012), parece plausível verificar-se que as mulheres apresentam uma saúde mental mais baixa do que os homens. Ademais, a literatura tem verificado que as mulheres apresentam uma comorbilidade – associada a uma maior severidade da doença mental - mais elevada do que os homens (Astbury, 2001; Paris, 2007; WHO, 2002), sendo a depressão e a ansiedade as perturbações comórbidas mais comuns (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Paris, 2007), onde as mulheres tendem a

pontuar mais (e.g., Astbury, 2001; Costa et al., 2001; Goodwin & Gotblin, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002).

Entretanto, sob a visão das explicações que se tentam levantar em torno destas diferenças de sexo em termos da saúde mental – como sejam perspectivas biológicas, psicológicas e sociais (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hyde, 2014; Hill & Needham, 2013; WHO, 2002) -, os resultados parecem ser plausíveis à luz do papel que os fatores genéticos e biológicos podem desempenhar na maior prevalência da depressão e perturbações de ansiedade nas mulheres (e.g., alterações hormonais), perturbando a sua saúde mental. Por sua vez, também parece admissível considerar que fatores psicossociais (e.g., acontecimentos de vida negativos; condições sociais precárias) podem interagir com uma certa vulnerabilidade biológica, aumentando o risco de aparecimento dessas mesmas perturbações psicológicas.

O terceiro objetivo deste estudo recai sobre a identificação das relações entre a Saúde Mental, os Traços de Personalidade, e os Sexos. A primeira hipótese colocada neste âmbito – *H3a* (ver página 22) – foi confirmada. Verifica-se que, na população geral portuguesa, a variável de Saúde Mental se relaciona inversamente com o Neuroticismo e diretamente com a Extroversão.

Os resultados deste estudo encontram-se em conformidade com a literatura, que relata que o Neuroticismo é o preditor mais forte e consistente de psicopatologia (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012) - antagónica à saúde mental -, e que a Extroversão é um dos traços que mais positivamente se relaciona com a saúde mental positiva (Lamers et al., 2012) e com a felicidade (Furnham & Cheng, 1999).

Para além disso, os resultados permitem verificar que o Neuroticismo apresenta-se como o traço de personalidade que demonstra a relação mais forte com a variável de Saúde Mental, de entre todos os traços avaliados. Parece plausível, tendo em conta que a variância explicada pelos traços de personalidade é maior na psicopatologia (pelo Neuroticismo) do que na saúde mental (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012).

É interessante verificar que também o traço de Abertura à Experiência apresenta uma relação inversa significativa (embora fraca) com a variável de Saúde Mental (ver Quadro 5, página 32). Esta relação pode ser explicada pela relação que a Abertura à Experiência parece ter com o Psicoticismo, esta encontrada em vários estudos - apesar de outros não a verificarem (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016). Além disso, é importante ter em consideração que não são apenas os níveis elevados de Abertura à

Experiência que podem apresentar uma relação direta com a psicopatologia, mas também os baixos níveis desse traço. A literatura tem demonstrado que baixos níveis de Abertura à Experiência estão relacionados com a alexitimia - sintoma associado a algumas perturbações de personalidade, como a evitante e a antissocial -, e com um mau prognóstico clínico. Ademais, Al-Dajani et al. (2016), na sua revisão, relatam ainda a definição de um constructo representativo de variantes extremas desadaptativas da Abertura à Experiência – permeabilidade experiencial -, que impede o estabelecimento de relacionamentos significativos e a longo prazo. Verifica-se, assim, um lado desadaptativo do traço de Abertura à Experiência, que pode ser aquele que se relaciona inversamente com a variável de Saúde Mental.

Relativamente aos traços de Amabilidade e Conscienciosidade, os resultados parecem refletir e clarificar a inconsistência encontrada nalguns estudos em termos da relação que esses traços apresentam com a variável de saúde mental (Goodwin & Gotlib, 2004; Lamers et al., 2012). Isto porque ambos os traços apresentam relações diretas, fracas muito semelhantes com a Saúde Mental (ver Quadro 5, página 32), não se destacando nenhum relativamente ao outro. Parece, assim, plausível verificar-se que, nalguns estudos, a Amabilidade seja o traço que, logo a seguir à Extroversão, apresente maior relação com a saúde mental (Lamers et al., 2012), e noutros estudos, isso se verifique com a Conscienciosidade (Goodwin & Gotlib, 2004) - algo que não se verificou no presente estudo.

Quanto às hipóteses *H3b* e *H3c* (ver página 22), também colocadas no âmbito do objetivo 3 deste estudo, não foram confirmadas. A relação que a Saúde Mental estabelece com o Neuroticismo nas mulheres não é mais forte do que aquela que é estabelecida nos homens. De igual modo, a relação que a Saúde Mental estabelece com a Extroversão nos homens não é mais forte do que aquela que é estabelecida nas mulheres. Contrariamente, essa relação é mais forte nas mulheres do que nos homens.

Dadas as evidências encontradas na literatura da associação entre o traço de Neuroticismo e o sexo feminino (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004), assim como a influência que esse traço parece ter na saúde mental das mulheres (e.g., Astbury, 2001; Costa et al., 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002) – evidências também verificadas no presente estudo -, seria de esperar que a variável de Saúde Mental apresentasse uma relação inversa mais forte com o Neuroticismo nas mulheres do que nos homens – algo que não se confirmou. A relação que o Neuroticismo estabelece com

a variável de Saúde Mental parece não se diferenciar em termos dos sexos. Ademais, verifica-se que os resultados médios de mulheres e homens ao nível do traço de Neuroticismo (ver Quadro 3, página 30) não são tão díspares assim, apesar da diferença entre eles ser significativa, podendo demonstrar que mulheres e homens não são assim tão diferentes em termos desse traço (apesar de as mulheres apresentarem níveis mais elevados). Como tal, a relação que se estabelece entre o Neuroticismo e a Saúde Mental é igualmente forte para mulheres e homens.

Relativamente ao traço de Extroversão, dado o facto de alguns estudos evidenciarem a existência de níveis mais elevados deste traço nos homens (Guo et al., 1995), e dada a influência que o traço de Neuroticismo poderia ter na saúde mental das mulheres, sobrepondo-se à influência dos restantes traços, poderia ser esperado que a variável de Saúde Mental apresentasse uma relação direta mais forte com a Extroversão nos homens do que nas mulheres – algo que não se confirmou. Contrariamente, verifica-se que a Saúde Mental apresenta uma relação direta moderada com a Extroversão nas mulheres e uma relação direta fraca nos homens, sendo assim uma relação mais forte nas mulheres do que nos homens. Apesar de a diferença nos resultados médios de mulheres e homens ao nível do traço de Extroversão não ser significativa (ver Quadro 3, página 30), as mulheres apresentam um resultado médio mais alto que os homens, podendo isso, ainda assim, refletir-se na relação que a Saúde Mental estabelece com a Extroversão nas mulheres. Para além disso, são as mulheres que pontuam mais em termos das facetas de emoções positivas e sociabilidade da Extroversão, facetas essas que, segundo Watson et al. (2015), são as mais adaptativas e associadas a um melhor funcionamento psicológico, permitindo às mulheres beneficiar mais do que os homens em termos da sua saúde mental.

Apesar da relação entre Saúde Mental e Abertura à Experiência ser significativa em termos da amostra geral (ver Quadro 5, página 32), essa relação deixa de ser significativa em termos das amostras feminina e masculina (ver Quadro 6, página 32), denotando uma ausência de diferenciação entre os sexos neste âmbito. Assim, verifica-se ainda que a Abertura à Experiência não é um traço que esteja relacionado com a Saúde Mental de mulheres e de homens.

Em termos dos traços de Amabilidade e Conscienciosidade, verifica-se que a relação que o primeiro estabelece com a Saúde Mental é semelhante para mulheres e homens, mas a relação que é estabelecida com o segundo é mais forte nos homens (ver Quadro 6, página 32). Isto pode levar à conclusão que o traço de Amabilidade tem igual

peso na Saúde Mental de mulheres e homens, mas que o traço de Conscienciosidade tem maior peso na Saúde Mental dos homens do que na Saúde Mental das mulheres.

O quarto objetivo deste estudo recai sobre a exploração e identificação de quais os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental em mulheres e homens. A hipótese colocada neste âmbito – *H4* (ver página 22) – foi confirmada. Verifica-se, de facto, que mulheres e homens apresentam diferentes padrões de traços de personalidade preditores da sua Saúde Mental. Os traços de personalidade que predizem, em 96% do resultado, a Saúde Mental nas mulheres são a Amabilidade, a Extroversão, a Conscienciosidade e o Neuroticismo. Deste modo, são as mulheres mais amáveis, extrovertidas, conscienciosas e estáveis emocionalmente que são as mais saudáveis em termos da sua Saúde Mental. Por sua vez, os traços de personalidade que predizem, em 97% do resultado, a Saúde Mental nos homens são a Conscienciosidade, a Amabilidade e a Extroversão, verificando-se assim que são os homens mais conscienciosos, amáveis e extrovertidos que são os mais saudáveis em termos da sua Saúde Mental.

É interessante verificar que os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental, neste estudo, no geral, são aqueles que aparecem na literatura como mais fortemente associados à saúde mental - relações diretas com a Extroversão, Conscienciosidade e Amabilidade (Goodwin & Gotlib, 2004; Lamers et al., 2012), e uma relação inversa com o Neuroticismo (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012).

Ainda assim, apesar da robustez das evidências que demonstram o poder preditivo do Neuroticismo relativamente à psicopatologia em termos da população geral (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012), é um traço que apenas é preditor de Saúde Mental, em conjunto com os restantes traços, nas mulheres, sendo ainda aquele que menos expressão tem no padrão preditivo (ver Quadro 7, página 33). Ou seja, em última instância, relativamente aos traços que mais fortemente se relacionam com a Saúde Mental, o Neuroticismo é aquele onde se verifica um menor poder preditivo na Saúde Mental, no seu geral. Ainda assim, a influência do traço de Neuroticismo nas mulheres é suficientemente elevada para que o traço seja preditor da sua Saúde Mental, corroborando a literatura que faz alusão às relações que se encontram entre o Neuroticismo e o sexo feminino (e.g., Costa et al., 2001; Furnham & Cheng, 1999; Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lamers et al., 2012; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004).

Por sua vez, o traço de Abertura à Experiência, como já se tinha verificado ao nível do Objetivo 3, não apresenta uma relação significativa com a Saúde Mental de mulheres e homens, de modo que não contribui para a sua explicação.

Os traços diferem no seu poder preditivo na Saúde Mental nas mulheres e nos homens. Enquanto a Amabilidade é o traço com maior poder preditivo na Saúde Mental no caso das mulheres, no caso dos homens, esse traço é a Conscienciosidade. Aparentemente, aquilo que mais parece contribuir e predizer a saúde mental das mulheres são as suas características interpessoais, a sua orientação para os outros, os seus traços de Comunhão. Deste modo, as mulheres são essencialmente mais saudáveis se tiverem uma vida relacional saudável, seguida de uma elevada Extroversão, Conscienciosidade e estabilidade emocional. Para além disso, os aspetos emocionais dos traços de Comunhão (as características interpessoais) parecem também explicar os efeitos protetores desses traços face a determinados resultados em termos de saúde mental, nomeadamente a perturbações internalizantes (Vesely et al., 2013).

Relativamente ao traço de Extroversão, parece plausível que seja o segundo maior preditor de Saúde Mental nas mulheres, dado que são estas que pontuam mais nas facetas consideradas como mais adaptativas e associadas a um melhor funcionamento psicológico (Watson et al., 2015). Por sua vez, dado serem as mulheres a pontuarem mais na faceta de sociabilidade, essa inscrita na componente interpessoal do traço de Extroversão – onde as mulheres pontuam mais (De Bolle et al., 2015; Del Giudice et al., 2012) -, parece haver aqui, novamente, uma ênfase no efeito positivo que as características interpessoais e a orientação para os outros têm na saúde mental das mulheres.

Por sua vez, os homens essencialmente mais conscienciosos são aqueles que apresentarão uma Saúde Mental mais elevada. É interessante verificar que, nesta amostra, as mulheres se apresentam significativamente mais conscienciosas que os homens, mas é nos homens que o traço de Conscienciosidade parece ter maiores efeitos positivos na predição da sua Saúde Mental, contrariamente ao que seria expectável, tendo em conta o modelo de desenvolvimento deste traço nos homens. Nomeadamente em termos daquilo que se verificou ao nível do Objetivo 3, nos homens, a Conscienciosidade demonstrou uma relação direta (moderada) mais forte com a variável de Saúde Mental do que nas mulheres. Tendo em conta que a média de idades dos homens da amostra deste estudo é de, aproximadamente, 41 anos, e uma vez que a Conscienciosidade tende a aumentar com a idade (e.g., Lima et al., 2014; Roberts,

Jackson, Burger, & Trautwein, 2009), os homens desta amostra parecem apresentar uma maturidade que se reflete no modo como o traço de Conscienciosidade contribui e prediz a sua saúde mental.

Por outro lado, a literatura tem demonstrado haver uma relação entre a Conscienciosidade e as perturbações externalizantes, com sobreposição de características comuns a ambos os constructos, nomeadamente ao nível do controlo de impulsos e da convencionalidade (ou ausência dessas capacidades/facetetas) (Roberts et al., 2009). Ademais, existem ainda evidências que demonstram que a Conscienciosidade e as perturbações externalizantes partilham sistemas biológicos, como sistemas de neurotransmissores, genes e regiões cerebrais, levando a que ambos os constructos não possam ser facilmente considerados separadamente (Roberts et al., 2009).

Deste modo, as pessoas mais conscienciosas são as menos propensas a apresentar perturbações externalizantes (Roberts et al., 2009). Parece assim plausível, sendo os homens que mais apresentam perturbações externalizantes, e sendo estas as perturbações que mais preponderantemente perturbam a sua saúde mental (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002), que a Conscienciosidade seja o traço com maior poder preditivo para a saúde mental dos homens, contrariando o desenvolvimento das perturbações externalizantes.

Para além disso, nos homens, a Extroversão parece ser o traço, dentro do padrão preditivo, com menor expressão, o que parece plausível, tendo em conta que são estes que pontuam mais nas facetetas desse traço mais associadas a perturbações externalizantes, e, por isso, menos adaptativas e mais associadas à psicopatologia (Watson et al., 2015). Ainda assim, apresenta efeitos positivos e preditivos na Saúde Mental dos homens, indo ao encontro da literatura sobre a contribuição que a Extroversão tem na saúde mental positiva, no seu geral (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012).

Em suma, é de realçar que as evidências mais interessantes, deste estudo, relativas ao Objetivo 4, são de facto o valor preditivo do Neuroticismo na Saúde Mental das mulheres, e da Conscienciosidade na Saúde Mental dos homens, pelo que foi discutido anteriormente.

Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de o Inventário de Saúde Mental (MHI-5) apenas avaliar constructos essencialmente internalizantes (e.g., Ribeiro, 2001). Uma vez que as mulheres exibem taxas mais elevadas de perturbações afetivas/internalizantes, e os homens taxas mais elevadas de perturbações

comportamentais/externalizantes (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002), ao utilizar o MHI-5 como instrumento de avaliação da Saúde Mental, os constructos externalizantes não são captados, limitando e possivelmente enviesando alguns dos resultados. Por outro lado, também a metodologia utilizada para a recolha da amostra – método “bola de neve” – poderá ter enviesado alguns dados. Isto porque, dada a amostra ser de conveniência, apresentará homogeneidade em termos da sua colaboração para participar na investigação. Isto poder-se-á verificar, por exemplo, ao nível da predição que o traço de Conscienciosidade parece ter na Saúde Mental dos homens, e.g., a prontidão de colaboração poderá ter indiciado uma maior Conscienciosidade na resposta aos protocolos de investigação. Em termos da metodologia estatística, na análise de regressão linear, as variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade) não foram controladas, o que poderá ter tido alguma influência nos dados em análise. Por fim, o protocolo de investigação apresenta-se muito extenso, o que se poderá ter refletido na consistência e qualidade das respostas a alguns dos instrumentos, assim como na disponibilidade que os participantes demonstraram em responder aos mesmos.

Este estudo pode ter implicações na prática clínica, nomeadamente em termos de prevenção e intervenção terapêutica. Tendo por base um conhecimento acerca dos traços que se encontram por detrás do funcionamento de mulheres e homens, assim como acerca de quais os traços que contribuem para a sua saúde mental, pode ser desenvolvida, desde cedo (e.g., na escola), uma psicoeducação, que se centre na importância da igualdade de sexos (em termos dos seus direitos, obrigações e condições sociais, e recursos psicossociais), de modo a colmatar algumas das desvantagens das mulheres, que, sob uma perspetiva social, têm consequências negativas na sua saúde mental. Para além disso, nomeadamente no sexo feminino, é também importante fomentar a importância de uma vida relacional saudável, e do desenvolvimento de capacidades de sociabilidade, para sentir emoções positivas e de se ser consciencioso, de modo a diminuir a influência de uma maior instabilidade emocional. No sexo masculino, é importante fomentar a importância do investimento social (em instituições e normas sociais), de modo a permitir o normal desenvolvimento do traço de Conscienciosidade e diminuir a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos e perturbações externalizantes (Roberts et al., 2009). Isto também se torna especialmente importante dado o poder preditivo do sexo masculino, nomeadamente, em comportamentos de risco (Eme, 2018).

Do mesmo modo, a intervenção terapêutica, que pode ser feita neste âmbito, poderá ocorrer ao nível dos traços que mais contribuem para a saúde mental de mulheres e homens. Na compreensão daquilo que é benéfico e do que é prejudicial para a saúde mental das mulheres, o objetivo poderá ser procurar diminuir os efeitos do Neuroticismo na pessoa e aumentar a expressão das suas características interpessoais (o que poderá levar a um trabalho ao nível das relações que a pessoa estabelece com os outros), a capacidade de sentir e expressar emoções positivas, e a sua Conscienciosidade face a determinadas questões. No caso dos homens, tendo em conta que uma baixa saúde mental se exprime, essencialmente, por meio da presença de perturbações externalizantes (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002), poderá ser frequente a presença de homens, em acompanhamento, com comportamentos externalizantes pouco adaptativos e saudáveis, dependendo, ainda, da população com que se está a trabalhar. Neste caso, a intervenção feita poderá ser focada num trabalho motivacional e de procura de reintegração da pessoa no meio social, procurando que a mesma se movimente no sentido de um investimento significativo, que promova a interiorização de contingências e normas face a um novo papel social, e novas expectativas sobre um comportamento mais adequado, socialmente (Roberts et al., 2009).

Como relataram Del Giudice et al. (2012), medir a personalidade em termos dos cinco grandes fatores parece ocultar algumas diferenças importantes entre os sexos, sendo assim necessário um estudo da personalidade mais preciso do que aquele que é oferecido por esses cinco traços mais latos. Assim, em estudos futuros, seria importante estudar as diferenças de sexo em termos das facetas de cada traço. Mulheres e homens pontuam de maneiras diferentes ao nível das facetas, o que pode levar à anulação de diferenças ao nível do traço mais lato, como se pôde verificar neste estudo em termos da Extroversão e da Abertura à Experiência. Verifica-se que o traço não capta a individualidade dos sexos; seria, assim, interessante verificar se as facetas o alcançam. Ademais, os resultados obtidos em termos do estudo dos Traços de Personalidade como preditores da Saúde Mental seriam também mais claros e significativos se a personalidade fosse medida a um nível que permitiria produzir perfis mais claramente diferenciados em termos dos sexos (Del Giudice et al., 2012).

Para além disso, seria também interessante explorar o mesmo tema deste estudo, nomeadamente em termos da temática das diferenças de sexo relativamente à variável de Saúde Mental, mas com a utilização de um instrumento de avaliação dessa variável

que avalie constructos internalizantes e externalizantes. Tal permitiria um estudo mais abrangente e mais preciso no que concerne às diferenças entre mulheres e homens em termos da Saúde Mental, permitindo conclusões mais rigorosas.

Por fim, tendo em conta que a evidência de que o traço de Conscienciosidade tem um maior valor preditivo na Saúde Mental dos homens do que na das mulheres - sendo inclusive o traço com maior valor preditivo dentro do padrão, nos homens - é contrária ao expectável, considera-se que seria útil a existência de um estudo que avaliasse os Traços de Personalidade preditores de Saúde Mental nos homens em diferentes faixas etárias. Tal permitiria verificar se, de facto, a Conscienciosidade é preditora e contribui efetivamente para a saúde mental dos homens, sendo uma característica do sexo masculino, ou se é algo que se relaciona com o modelo de desenvolvimento do traço ao longo do tempo, apresentando-se, assim, cada vez mais elevado a par do ciclo de vida.

### *Conclusão*

Desmistificando e esclarecendo algumas das crenças do senso comum acerca das diferenças de sexo em termos da personalidade, de facto, as mulheres apresentam-se como mais amáveis e movidas pelas suas características interpessoais, mais conscienciosas e mais instáveis emocionalmente do que os homens. Por sua vez, os homens são, assim, menos amáveis e orientados para os outros, menos conscienciosos, e apresentam uma maior estabilidade emocional do que as mulheres. No geral, mulheres e homens portugueses parecem apresentar características consistentemente encontradas em estudos internacionais, apoiando os estudos transculturais sobre o tema (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008).

Por sua vez, de acordo com a crença do senso comum acerca das diferenças de sexo em termos da saúde mental, ao que parece, as mulheres apresentam uma Saúde Mental mais baixa do que os homens. Mas há que ter em consideração, de facto, que mulheres e homens lidam e comportam-se de maneira diferente perante os problemas, levando-os a apresentar diferentes resultados em termos de Saúde Mental, com as mulheres a apresentarem mais perturbações internalizantes e os homens, perturbações externalizantes (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002). Deste modo, o resultado encontrado neste estudo deve ser

olhado com alguma prudência, tendo em conta que o Inventário de Saúde Mental (MHI-5) apenas avalia constructos essencialmente internalizantes.

Também é da percepção do senso comum que os Traços de Personalidade apresentam algum tipo de influência e relação com diferentes resultados ao nível da Saúde Mental. Uma pessoa que apresente traços de ansiedade e uma maior instabilidade emocional parece ser, pelo senso comum, frequentemente, associada a uma pessoa com depressão. De facto, aquilo que se verifica, neste estudo, de acordo com a literatura (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012), é que o Neuroticismo e a Extroversão são os traços mais relacionados com a Saúde Mental, sendo que o primeiro apresenta uma relação inversa, e o segundo, uma relação direta. Ou seja, as pessoas que apresentam uma elevada Extroversão e um baixo Neuroticismo serão as mais saudáveis. Para além disso, verificou-se que a relação que o Neuroticismo estabelece com a Saúde Mental é igualmente forte para mulheres e homens, enquanto no caso da Extroversão, a relação estabelecida é mais forte para mulheres do que para homens. Isto permite verificar que existe uma diferenciação entre os sexos ao nível da relação que a Saúde Mental estabelece com a Extroversão, mas o mesmo não acontece com o Neuroticismo. Uma justificação para tal acontecer poderá estar subjacente ao forte poder preditivo do Neuroticismo na psicopatologia, de um modo geral (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012), e no facto de que são as mulheres que pontuam mais nas facetas mais adaptativas e associadas à saúde mental do traço de Extroversão (Watson et al., 2015).

E, se mulheres e homens diferem em termos da sua personalidade, e se são estabelecidas, de facto, relações entre os Traços de Personalidade e a Saúde Mental, então, diferentes serão os traços preditores da Saúde Mental de mulheres e homens. Um dos dados a realçar prende-se com o valor preditivo do Neuroticismo na Saúde Mental das mulheres e não na dos homens. Novamente, isto é interessante, tendo em conta o poder preditivo do Neuroticismo na psicopatologia, em termos da população geral (e.g., Furnham & Cheng, 1999; Lamers et al., 2012). No entanto, isto pode levantar algumas considerações: 1) mesmo os dados que representam uma evidência de significado mais lato (como a acima referida), podem ser enviesados por amostras maioritariamente femininas; 2) assim, o dado acima referido pode não refletir o valor preditivo do Neuroticismo na psicopatologia, no geral, mas nas mulheres, em particular; 3) deste modo, o Neuroticismo parece ser um marcador de psicopatologia nas mulheres - ao que parece também refletido pelos resultados do presente estudo.

Outro dado a realçar prende-se com o valor preditivo da Conscienciosidade na Saúde Mental dos homens, contrariamente ao que seria expectável. Isto é interessante, uma vez que este dado vai contra o modelo de desenvolvimento do traço, que diz que são as mulheres que apresentam maior Conscienciosidade do que os homens (e.g., Goodwin & Gotlib, 2004; Guo et al., 1995; Lima et al., 2014; Löckenhoff et al., 2004). No entanto, elevados níveis de Conscienciosidade parecem estar inversamente relacionados com o desenvolvimento de perturbações externalizantes (Roberts et al., 2009) – sendo estas as que mais perturbam a saúde mental dos homens (e.g., Astbury, 2001; Goodwin & Gotlib, 2004; Hill & Needham, 2013; Paris, 2007; WHO, 2002). Deste modo, parece plausível que a Conscienciosidade seja o traço com maior valor preditivo e influência positiva na sua saúde mental. Ademais, tendo em conta que a média de idades dos homens da amostra do presente estudo é de, aproximadamente, 41 anos, e que a Conscienciosidade tende a aumentar com a idade (e.g., Lima et al., 2014; Roberts et al., 2009), a maturidade dos homens desta amostra parece refletir-se no modo como o traço de Conscienciosidade contribui e prediz a sua saúde mental.

Concluindo, mulheres e homens apresentam diferenças em termos da sua personalidade e daquilo que determina a sua saúde mental, o que, possivelmente, os leva a sentir, pensar e agir de maneiras diferentes perante a vida. No entanto, mulheres e homens portugueses apresentam semelhanças com muitos dos que fazem parte de outras culturas, reforçando a perspetiva de que as diferenças de sexo podem ser passíveis de ser generalizadas às mulheres e homens do mundo (e.g., Costa et al., 2001; De Bolle et al., 2015; Feingold, 1994; Löckenhoff et al., 2014; Schmitt et al., 2008). Ademais, é de notar que a personalidade é uma área de funcionamento psicológico que se encontra presente em qualquer indivíduo, tendo por base tendências comportamentais, emocionais e cognitivas, que podem ser aglutinadas em cinco grandes traços - segundo o Modelo dos Cinco Fatores (Lima et al., 2014). Deste modo, esses cinco traços parecem ser universais a todos os indivíduos, mas que, por forças biológicas, psicológicas e sociais, se expressam de maneira diferente em mulheres e homens, e determinam diferentes resultados de saúde mental.

## Referências Bibliográficas

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62-81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572
- Astbury, J. (2001) *Gender disparities in mental health*. Paper presented at the Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assemble, 2001, Who, Genebra, Suíça.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NY: Routledge.
- Cohn, L. D. (1991). Sex differences in the course of personality development: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 252-266. doi: 10.1037/0033-2909.109.2.252
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.5
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331. doi: 10.1037//0022-3514.81.2.322
- De Bolle, M., De Fruyt, F., McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E., Costa, P. T., Aguilar-Vafaie, M. E., ... Reátegui, N. (2015). The emergence of sex differences in personality traits in early adolescence: A cross-sectional, cross-cultural study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(1), 171-185. doi: 10.1037/a0038497
- Del Giudice, M., Booth, T., & Irwing, P. (2012). The distance between Mars and Venus: Measuring global sex differences in personality. *PLoS One*, 7(1): e29265. doi: 10.1371/journal.pone.0029265
- Eme, R. (2018). Sex differences in temperament: A partial explanation for the sex difference in the prevalence of serious antisocial behaviors. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 101-107. doi: 10.1016/j.avb.2018.04.005
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 429-456. doi: 10.1037/0033-2909.116.3.429

- Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the East and West. *Personality and Individual Differences*, 27, 395-403. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00250-5
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: The role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142. doi: 10.1016/j.psychres.2003.12.024
- Guo, S., Wang, X., & Rocklin, T. (1995, Abril). *Sex differences in personality: A meta-analysis based on "Big Five" factors*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, São Francisco, CA.
- Hill, T. D., & Needham, B. L. (2013). Rethinking gender and mental health: A critical analysis of three propositions. *Social Science & Medicine*, 92, 83-91. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.025
- Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. *Annual Review of Psychology*, 65, 373-398. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115057
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kóvacs, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46, 517-524. doi: 10.1016/j.jrp.2012.05.012
- Lima, M. P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Psicologia*, 28(2), 1-10. doi: 10.17575/rpsicol.v28i2.534
- Lima, L. P., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico?. *Análise Psicológica*, 18(2), 171-179. doi: 10.14417/ap.412
- Löckenhoff, C. E., Chan, W., McCrae, R. R., De Fruyt, F., Jussim, L., De Bolle, M., ... Terracciano, A. (2014). Gender stereotypes of personality: Universal and accurate?. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(5), 675-694. doi: 10.1177/0022022113520075

- Magalhães, E., Lima, M. P., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J.J., Costa, M.J., & Costa, P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657. doi: 10.1590/1678-7153.2014274
- Paris, J. (2007). An overview on gender, personality and mental health. *Personality and Mental Health*, 1, 14-20. doi: 10.1002/pmh.1
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.
- Roberts, B. W., Jackson, J. J., Burger, J., & Trautwein, U. (2009). Conscientiousness and externalizing psychopathology: Overlap, developmental patterns, and etiology of two related constructs. *Development and Psychopathology*, 21, 871-888. doi: 10.1017/S0954579409000479
- Schmitt, D. P., Realo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 168-182. doi: 10.1037/0022-3514.94.1.168
- Siegling, A. B., Saklofske, D. H., Vesely, A. K., & Nordstokke, D. W. (2012). Relations of emotional intelligence with gender-linked personality: Implications for a refinement of EI constructs. *Personality and Individual Differences*, 52, 776-781. doi: 10.1016/j.paid.2012.01.003
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. doi: 10.1037/0022-006X.51.5.730
- Vesely, A. K., Siegling, A. B., & Saklofske, D. H. (2013). Gender-linked personality and mental health: The role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 54, 221-225. doi: 10.1016/j.paid.2012.08.038
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide*. Boston, EUA: The Health Institute, New England Medical Center.

Watson, D., Stasik, S. M., Ellickson-Larew, S., & Stanton, K. (2015). Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 432-446. doi: 10.1037/abn0000051

Wendt, D., & Shafer, K. (2015). Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health & Social Work, 41*(1), e20-e28. doi: 10.1093/hsw/hlv089

World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Geneva, Suíça: World Health Organization.

Anexo



## Consentimento Informado

O meu nome é (Nome do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia) e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do(a) Professor(a) (Nome do Orientador do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia).

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (9) nove questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e meia e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados globalmente e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone (Contato do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia) ou e-mail: (E-mail do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia).

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

.....

(assinatura)