



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

**ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO E SAÚDE MENTAL MASCULINA NA EUROPA:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau mestre
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Simão Paulo Carvalho Ferreira

Porto, 1 de julho de 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

**ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO E SAÚDE MENTAL MASCULINA NA EUROPA:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau mestre
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

-

Simão Paulo Carvalho Ferreira

Trabalho efetuado sob orientação do

Professor Doutor Diogo Costa

Porto, 1 de julho de 2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, à minha família, especialmente ao meu irmão, ao meu pai e à minha mãe, pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo e por estarem sempre ao meu lado ao longo deste percurso. A vossa presença foi essencial para que nunca perdesse a motivação.

À minha namorada, agradeço profundamente pela paciência, pelo carinho e por todo o apoio emocional que me ofereceu, especialmente nos momentos mais exigentes. A tua companhia foi um pilar de equilíbrio e força.

Ao Professor Diogo Costa, meu orientador, expresso um sincero agradecimento pela orientação dedicada, pelo rigor académico e pela confiança demonstrada. O seu acompanhamento foi decisivo para a qualidade e a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, agradeço pela amizade, compreensão e encorajamento constantes. A vossa presença tornou este caminho mais leve e significativo.

A todos, o meu sincero obrigado.

RESUMO

A presente dissertação investigou, numa perspetiva ecológica, a relação entre estereótipos de género e saúde mental masculina na Europa. Este tópico assume relevância face à evidência de que as normas tradicionais de masculinidade podem dificultar a expressão emocional e o recurso a apoio, influenciando negativamente o bem-estar psicológico.

Ao usar os 27 Estados-Membro da União Europeia como unidades de análise, procurou-se relacionar dados do Eurobarómetro 465 (inquérito à população sobre opiniões e atitudes relacionadas com estereótipos de género) e dados do Eurostat, nomeadamente, variáveis da saúde psicológica da população masculina, como sintomas depressivos e gravidade, perceção do estado de saúde, suporte social e satisfação com a vida, bem como com indicadores de autocuidado, como a prática de atividade física regular e necessidades médicas não satisfeitas.

As análises de correlação revelaram associações significativas entre estereótipos de género tradicionais e piores indicadores de bem-estar, nomeadamente, com gravidade dos sintomas depressivos ($r = -0,555$; $p = 0,002$), satisfação com a vida ($r = -0,436$; $p = 0,020$), mas também menor proporção de homens com sintomas depressivos autorreportados ($r = -0,711$; $p < 0,001$) e maior proporção de homens que declararam inatividade física ($r = 0,646$; $p < 0,001$). No entanto, vários desses efeitos não se mantiveram significativos em modelos de regressão múltipla que incluíram variáveis macroeconómicas, como o PIB (produto interno bruto) e a taxa de desemprego.

Os resultados sugerem que o bem-estar psicológico masculino é influenciado por fatores socioculturais, nomeadamente os estereótipos de género, sendo a sua promoção dependente de abordagens intersectoriais e culturalmente sensíveis. Sublinham-se ainda implicações relevantes para a promoção da igualdade de género e da saúde mental, reconhecendo-se, contudo, a limitação do desenho ecológico para inferências causais.

Palavras-chave: Estereótipos de género, saúde mental masculina, bem-estar psicológico, Eurobarómetro 465, Eurostat

ABSTRACT

The present dissertation investigated, from an ecological perspective, the relationship between gender stereotypes and men's mental health in Europe. This topic is relevant given the evidence that traditional norms of masculinity may hinder emotional expression and help-seeking, thereby negatively affecting psychological well-being.

Using the 27 Member States of the European Union as units of analysis, the study sought to relate data from Eurobarometer 465 (a population survey on opinions and attitudes related to gender stereotypes) with data from Eurostat, namely indicators of men's psychological health, such as depressive symptoms and severity, perceived health status, social support, and life satisfaction, as well as self-care behaviors, including regular physical activity and unmet medical needs.

Correlation analyses revealed significant associations between traditional gender stereotypes and poorer indicators of well-being, namely severe limitations in daily functioning ($r = -0.555$; $p = 0,002$), life satisfaction ($r = -0.436$; $p = 0,020$), as well as a lower proportion of men reporting depressive symptoms ($r = -0.711$; $p < 0,001$) and a higher proportion of men reporting physical inactivity ($r = 0.646$; $p < 0,001$). However, several of these effects did not remain statistically significant in multiple regression models that included macroeconomic variables such as Gross Domestic Product (GDP) and the unemployment rate.

The findings suggest that men's psychological well-being is influenced by sociocultural factors (including gender stereotypes), and that its promotion requires cross-sectoral and context-sensitive approaches. Relevant implications are also highlighted for the promotion of gender equality and mental health, while acknowledging the limitation of the ecological design in drawing causal inferences.

Keywords: Gender stereotypes, men's mental health, psychological well-being, Eurobarometer 465, Eurostat

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
1. Introdução	9
1.1. Enquadramento do Tema	9
1.2. Justificação da Pertinência e Atualidade do Estudo.....	9
1.3. Definição do Problema e Objetivo Geral	9
1.4. Estrutura da Dissertação.....	10
2. Enquadramento Teórico.....	10
2.1. Estereótipos de Género: Origens e Manifestações.....	10
2.2. Impacto dos Estereótipos na Saúde Mental Masculina.....	11
2.3. Normas de Masculinidade e Bem-Estar Psicológico	12
2.4. Discriminação de Género no Contexto Europeu.....	13
2.5. Modelos Teóricos sobre Género e Saúde Mental.....	14
2.5.1. Teoria da Masculinidade Frágil.....	14
2.5.2. Modelo Biopsicossocial da Saúde	15
2.6. Fatores Mediadores e Moderadores	15
2.6.1. Atividade Física e Saúde Mental Masculina	15
2.7. Perspetivas Transculturais e Históricas.....	16
2.8. Interseções entre Género, Classe Social e Saúde Mental.....	16
3. Método	17
3.1. Desenho do Estudo.....	17
3.2. Fontes de Dados	18
3.2.1 Eurobarómetro 465 – Gender Equality.....	18
3.2.2 Eurostat (EHIS e EU-SILC)	19

3.3. Variáveis do Estudo	19
3.3.1 Variáveis Independentes: Eurobarómetro 465	19
3.3.2 Variáveis Dependentes: Eurostat.....	20
3.3.3 Variáveis de Controlo	22
3.4. Procedimentos de Análise	22
3.5. Amostra e Critérios de Inclusão	23
3.6. Ética e Uso de Dados Secundários	23
3.7. Objetivos Específicos	24
3.8. Hipóteses	24
4. Resultados	25
4.1 Estatísticas Descritivas	25
4.2 Correlações Bivariadas.....	26
4.3 Modelos de Regressão Linear Múltipla	29
5. Discussão	32
5.1 Integração com a Literatura.....	33
5.1.1 Conformidade às Normas Masculinas e Saúde Mental	33
5.1.2 Normatividade de Género e Procura de Ajuda	34
5.1.3 Hipóteses de Investigação	34
5.2 Implicações.....	36
5.3 Limitações	37
5.4 Direções Futuras.....	38
6. Conclusão.....	39
Referências:.....	40
ANEXOS	45
Anexo 1	46
Anexo 2	47
Anexo 3	49
Anexo 4	52

1. Introdução

1.1. Enquadramento do Tema

Nas últimas décadas, a compreensão da igualdade de género tem conquistado crescente centralidade nas ciências sociais e da saúde, destacando-se como um campo fundamental para a análise das desigualdades e das suas repercussões no bem-estar individual e coletivo. A investigação sobre estereótipos de género e normas socioculturais tem demonstrado que tais construções não afetam apenas as mulheres, mas também impõem constrangimentos sobre os homens, nomeadamente no domínio da saúde mental (Connell, 2005; Courtenay, 2000). A masculinidade tradicional, frequentemente ancorada em ideais de invulnerabilidade, autosuficiência e supressão emocional, configura-se como um fator de risco psicossocial, na medida em que pode inibir a expressão do sofrimento e dificultar a procura de ajuda (Mahalik et al., 2003; Addis & Mahalik, 2003). Neste contexto, a saúde mental masculina emerge como uma dimensão crítica, que carece de maior visibilidade, compreensão e intervenção, particularmente no que respeita à influência das normas de género e das perceções de discriminação.

1.2. Justificação da Pertinência e Atualidade do Estudo

A relevância do presente estudo assenta em três eixos principais. Em primeiro lugar, verifica-se uma elevada prevalência de problemas de saúde mental entre os homens europeus, nomeadamente a depressão, os quais são frequentemente subnotificados ou não tratados devido a barreiras culturais (World Health Organization, 2022; Wong et al., 2017). Em segundo lugar, os estereótipos de género continuam a desempenhar um papel central na reprodução de desigualdades, sendo particularmente insidiosos quando internalizados como normas identitárias masculinas (Bosson & Vandello, 2011; Levant et al., 2009). Por fim, a crescente disponibilização de dados transnacionais, como os do Eurobarómetro e do Eurostat, oferece oportunidades para a análise comparativa das dinâmicas de género e saúde, o que permite uma leitura ecológica dos padrões psicossociais em diferentes contextos culturais.

1.3. Definição do Problema e Objetivo Geral

Apesar dos avanços nos debates sobre igualdade de género, persistem representações sociais rígidas da masculinidade, frequentemente associadas à repressão emocional, à resistência em procurar ajuda e à negligência do autocuidado. Paralelamente, tem-se observado um crescente reconhecimento público de que os homens também podem ser afetados por dinâmicas discriminatórias (especialmente em sociedades onde têm ocorrido rápidas

transformações nas normas de género, nos papéis familiares e nas expectativas sociais atribuídas ao sexo masculino). No entanto, a forma como essas normas e perceções se relacionam com indicadores objetivos e subjetivos de bem-estar psicológico masculino permanece insuficientemente explorada, sobretudo numa perspetiva ecológica e comparativa.

Neste sentido, o presente estudo propõe-se analisar, numa perspetiva ecológica europeia, a associação entre estereótipos de género (que incluem atitudes face à igualdade e perceções de desigualdade), por um lado, e indicadores de saúde mental e autocuidado masculino, por outro. Os objetivos específicos são apresentados no capítulo do Método, em articulação com as variáveis utilizadas.

1.4. Estrutura da Dissertação

A presente dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos principais, seguidos de uma conclusão. O Capítulo 1 apresenta a introdução ao tema, destacando a sua relevância social e científica, bem como os objetivos e questões de investigação. O Capítulo 2 desenvolve o enquadramento teórico, integrando os principais contributos conceptuais e empíricos sobre estereótipos de género, normas de masculinidade e saúde mental masculina em contexto europeu. O Capítulo 3 descreve a metodologia adotada, incluindo o desenho do estudo, as fontes de dados, as variáveis consideradas e os procedimentos estatísticos utilizados. O Capítulo 4 apresenta os resultados da análise, organizados em função das hipóteses formuladas e das associações identificadas entre variáveis. O Capítulo 5 procede à discussão crítica dos resultados à luz da literatura existente, identificando limitações e propondo implicações para políticas públicas e direções para futuras investigações. O capítulo 6: Conclusão sintetiza os principais contributos do estudo, sublinhando a importância da promoção da igualdade de género como fator estruturante da saúde mental masculina no espaço europeu contemporâneo. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas e os anexos com informação complementar relevante para a compreensão dos procedimentos e resultados.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Estereótipos de Género: Origens e Manifestações

Os estereótipos de género constituem um conjunto de crenças socialmente partilhadas acerca das características, comportamentos e papéis considerados apropriados para homens e mulheres (Bem, 1981; Eagly & Wood, 2012). Embora sujeitos a variações culturais e históricas, estas representações tendem a estruturar-se em dicotomias normativas (*e.g.*, força versus sensibilidade; racionalidade versus emotividade) que se manifestam transversalmente

nas diversas esferas da vida social (Ridgeway, 2011). Estas construções não emergem de forma isolada, sendo continuamente transmitidas e reforçadas por agentes socializadores como a família, a escola, os meios de comunicação e os contextos laborais.

Tal como defendido por Ridgeway e Correll (2004), os estereótipos de género operam não apenas como crenças individuais, mas enquanto estruturas cognitivas e relacionais que moldam as interações sociais e a perceção da competência, contribuindo assim para a reprodução persistente das desigualdades de género. Embora possam desempenhar uma função organizadora na leitura social do mundo, estas categorias assumem frequentemente um carácter prescritivo e limitativo, o que rigidifica os papéis disponíveis e restringe a expressão identitária (entendida como a capacidade de manifestar livremente aspetos centrais do *self*, nomeadamente em termos de género, emoções, interesses e modos de relação) (Connell, 2005).

A persistência destes estereótipos é visível em dados do Eurobarómetro 465, nos quais se observa uma adesão significativa a ideias tradicionais sobre os papéis de género em vários países europeus. Por exemplo, afirmações como “o papel mais importante do homem é ganhar dinheiro” ou “as mulheres tomam decisões mais baseadas nas emoções” obtêm elevados níveis de concordância em países da Europa Central e do Leste, o que contrasta com valores mais baixos em países nórdicos. Estas variações ajudam a contextualizar os indicadores agregados usados no presente estudo, que combinam diferentes itens do Eurobarómetro sobre normas de género, o que pode permitir mapear padrões culturais com possível impacto na saúde mental masculina (European Commission, 2017).

Importa sublinhar que os estereótipos de género não operam de forma autónoma, mas inserem-se em sistemas ecológicos mais amplos (Bronfenbrenner, 1979), nos quais fatores culturais, institucionais e políticos interagem na construção das identidades de género. Nas secções seguintes, será analisado de que forma estas normas sociais influenciam o bem-estar psicológico masculino.

2.2. Impacto dos Estereótipos na Saúde Mental Masculina

A interiorização de estereótipos de género, sobretudo os associados à masculinidade tradicional, manifestam-se através da repressão emocional, da relutância em procurar ajuda e da pressão para manter uma imagem de força e autossuficiência (Addis & Mahalik, 2003; Levant, 1996), o que pode restringir o acesso a estratégias de *coping* eficazes e comprometer o bem-estar psicológico.

De acordo com Mahalik e colaboradores (2003), homens com maior conformidade a normas tradicionais de masculinidade podem apresentar níveis mais elevados de

sintomatologia depressiva e ansiosa, *stress* e conflitos interpessoais. Neste enquadramento, a *Gender Role Conflict Theory* (O’Neil, 2008) destaca o impacto do conflito entre a vivência emocional interna e as exigências sociais do desempenho masculino, o que pode promover sentimentos de inadequação, vergonha e isolamento. A meta-análise de Wong e colaboradores (2017), reuniu 78 estudos em contextos culturais diversos, reforça esta perspetiva, ao identificar associações consistentes entre a adesão a normas masculinas tradicionais e indicadores negativos de saúde mental, como depressão, ideação suicida e bem-estar reduzido (sendo particularmente problemáticas normas como a autossuficiência extrema e a evitação da ajuda). No entanto, os autores propõem também uma distinção conceptual relevante entre formas de masculinidade tradicional prejudicial (*e.g.*, dominação, repressão emocional) e formas de masculinidade positiva (*e.g.*, integridade, coragem, responsabilidade), sugerindo que esta última pode associar-se a maior bem-estar psicológico e funcionar como fator protetor em determinados contextos sociais.

Dados do Eurobarómetro 465 (European Commission, 2017) mostram que, em países onde estas normas permanecem fortemente enraizadas (como a Hungria, a Roménia ou a Bulgária) prevalecem atitudes que desvalorizam a vulnerabilidade emocional e desencorajam a igualdade na partilha de cuidados. Embora estes dados não incluam medidas diretas de saúde mental, sugerem climas socioculturais menos favoráveis à expressão do sofrimento psíquico masculino. Esta evidência aponta para a importância de compreender, numa perspetiva comparativa, de que forma normas de género internalizadas se articulam com o bem-estar subjetivo dos homens. Contudo, essa relação continua a ser pouco explorada com múltiplos indicadores e dados agregados entre países europeus (lacuna que o presente estudo procura colmatar).

2.3. Normas de Masculinidade e Bem-Estar Psicológico

As normas de masculinidade correspondem a um conjunto de prescrições socioculturais que definem como os homens devem pensar, sentir e comportar-se nos mais diversos contextos da vida quotidiana. Frequentemente implícitas, estas normas funcionam como guias de conduta que valorizam atributos como a força, a autonomia, o controlo emocional e a competitividade, refletindo a herança de uma ordem patriarcal (Connell, 2005). Embora relacionadas, as normas de masculinidade distinguem-se dos estereótipos de género na medida em que operam não apenas como crenças descritivas sobre o que os homens são, mas também como prescrições normativas sobre o que devem ser e como devem agir (Mahalik et al., 2003). Esta sobreposição entre dimensões descritivas e prescritivas contribui para o poder regulador das normas de

género, o que pode moldar o modo como os próprios homens experienciam a sua identidade, os seus vínculos interpessoais e o sofrimento psicológico (Kimmel, 2012).

A forma mais consolidada destas normas encontra-se no conceito de masculinidade hegemónica (Connell, 2005), um modelo dominante que define o que é socialmente reconhecido como “ser homem”, ou seja supressão emocional, produtividade, resistência física e recusa da vulnerabilidade (Addis & Mahalik, 2003). A discrepância entre este ideal e a vivência subjetiva pode gerar sentimentos de falha pessoal, baixa autoestima, isolamento e sofrimento emocional (Levant et al., 2009). Este fenómeno é documentado por estudos que relacionam traços normativos como a autossuficiência extrema ou a evitação da ajuda com sintomas depressivos, ansiosos e ideação suicida (Mahalik et al., 2007; Wong et al., 2017).

Contudo, as normas masculinas não são universais nem imutáveis. Variam consoante fatores como classe social e/ou económica, etnia, orientação sexual ou cultura (Connell & Messerschmidt, 2005), e têm vindo a ser desafiadas por discursos que promovem masculinidades mais inclusivas e expressivas. Homens com atitudes de género mais flexíveis e adaptativas tendem a reportar maior bem-estar psicológico e relações mais satisfatórias (Seidler, 2016; Levant & Kopecky, 1996).

2.4. Discriminação de Género no Contexto Europeu

A discriminação de género tem sido tradicionalmente conceptualizada a partir da desigualdade vivida pelas mulheres, enraizada em sistemas sociais marcados por assimetrias de poder e distribuição desigual dos recursos. No entanto, nas últimas décadas, tem emergido um debate em torno da perceção da discriminação entre os homens, sobretudo em contextos em que se registam transformações rápidas nas normas de género e nas dinâmicas relacionais entre os sexos (Flood, 2011; Scambor et al., 2014).

Neste contexto, importa distinguir entre discriminação objetiva, associada a obstáculos institucionais, legais ou materiais, e discriminação percebida, entendida como a experiência subjetiva de injustiça ou tratamento desigual com base no género (Rabelo & Cortina, 2014). Embora a perceção da discriminação entre os homens seja um fenómeno menos explorado, ela constitui uma dimensão psicossocial relevante, na medida em que influencia atitudes face à igualdade de género, à saúde e à participação cívica.

No espaço europeu, esta perceção é modulada por fatores como os valores culturais predominantes (sociedades onde ainda se valorizam muito os papéis tradicionais do homem e da mulher), os discursos políticos, a configuração das estruturas familiares e as trajetórias históricas nacionais (e.g. épocas de regimes autoritários). Em sociedades onde têm ocorrido

mudanças aceleradas nas políticas de igualdade ou na visibilidade dos direitos das mulheres, observa-se, entre alguns grupos de homens, o surgimento de sentimentos de perda de estatuto, sentimento de desvalorização social ou ressentimento. Estas reações, embora não constituam discriminação institucionalizada, devem ser compreendidas como manifestações de tensão identitária face à reconfiguração dos papéis tradicionais (Jordan, 2022).

Importa reconhecer que estes processos são heterogêneos e variam consoante o grau de igualdade de género existente em cada país, os níveis de escolaridade, a interiorização dos papéis de género e a faixa etária. Países com valores mais conservadores (*e.g.* Hungria, a Polónia ou a Eslováquia) tendem a apresentar maior resistência às reformas pró-igualdade, o que pode alimentar a perceção de que os homens estão a ser desvalorizados socialmente (Inglehart & Norris, 2003; Scambor et al., 2014).

Contudo, reconhecer a existência destas perceções não equivale a estabelecer uma simetria entre os efeitos da desigualdade vivida por homens e por mulheres. Antes, constitui um convite à complexificação da análise de género, reconhecendo que também os homens podem experienciar mal-estar identitário num contexto de mudança normativa. O estudo destas perceções permite, assim, identificar dissonâncias nas narrativas dominantes sobre igualdade e compreender os desafios psicossociais que emergem quando os modelos hegemónicos de masculinidade são colocados em causa (Jordan, 2022; Kimmel, 2012).

2.5. Modelos Teóricos sobre Género e Saúde Mental

A análise da saúde mental masculina exige uma abordagem teórica que vá além dos fatores individuais ou biológicos (Mahalik et al., 2003; O'Neil, 2008). Modelos explicativos têm vindo a evidenciar que normas de género internalizadas influenciam a forma como os homens reconhecem e expressam o mal-estar psicológico (a teoria da masculinidade frágil e o modelo biopsicossocial da saúde).

2.5.1. Teoria da Masculinidade Frágil

A teoria da masculinidade frágil postula que o estatuto masculino é percebido como instável, tendo de ser constantemente demonstrado e protegido contra qualquer ameaça real ou imaginária (Vandello & Bosson, 2013). Esta pressão gera uma resposta defensiva que pode incluir retraimento emocional, agressividade ou resistência a comportamentos de autocuidado, podendo afetar negativamente o bem-estar psicológico e a qualidade de vida. Estudos recentes sugerem que, em contextos onde a masculinidade hegemónica é mais valorizada, os homens

tendem a evitar procurar ajuda e a relatar menos sintomas, o que compromete a deteção e intervenção precoce (Bosson & Vandello, 2011; Weaver et al., 2013; Wong et al., 2017).

2.5.2. Modelo Biopsicossocial da Saúde

O modelo biopsicossocial de Engel (1977), adaptado à saúde masculina sublinha que os comportamentos de risco e a rejeição do autocuidado não são apenas fruto de traços individuais, mas devem ser entendidos como representações de género socialmente validadas (Courtenay, 2000; Engel, 1977). A saúde dos homens, neste modelo, é influenciada por fatores psicológicos (*e.g.*, identidade de género), sociais (*e.g.*, normas culturais e papéis esperados) e biológicos (*e.g.*, hormonas, carga genética), funcionando como expressão das dinâmicas de poder e da regulação social do corpo masculino. Este enquadramento permite compreender porque é que, em contextos de maior igualdade de género, se observa frequentemente um maior bem-estar subjetivo e maior envolvimento dos homens em práticas de autocuidado da saúde (Addis & Mahalik, 2003; Griffith, 2015).

2.6. Fatores Mediadores e Moderadores

A compreensão do impacto das normas de masculinidade na saúde mental não pode ser totalmente compreendida sem a consideração de fatores que modulam essa associação. Do ponto de vista analítico, tais variáveis podem atuar como moderadores, ao afetar a intensidade ou direção da relação entre género e saúde, ou como mediadores, ao explicar os mecanismos pelos quais essa influência se exerce (Baron & Kenny, 1986).

2.6.1. Atividade Física e Saúde Mental Masculina

A atividade física regular (mais de 0 min semanais) tem vindo a ser identificada como um fator moderador eficaz entre a conformidade com normas de masculinidade tradicional e a saúde mental. Para muitos homens, o exercício físico constitui uma prática cultural validada, o que pode permitir de forma indireta a regulação do *stress* sem comprometer os ideais normativos de força, controlo e invulnerabilidade (Steinfeldt et al., 2012). O estudo de Berger e colaboradores (2008) demonstram que o envolvimento em atividade física está associado a menores níveis de depressão e ansiedade, maior autorregulação emocional e aumento da perceção da autoeficácia, sobretudo em homens com forte identificação com modelos hegemónicos de masculinidade. Em contextos de elevada pressão normativa, a atividade física pode representar um canal socialmente legitimado de expressão emocional, funcionando como mecanismo protetor face ao sofrimento psicológico (Winter & Sumbane, 2025).

Contudo, a eficácia desta prática enquanto estratégia de promoção do bem-estar depende, em grande medida, do nível de literacia em saúde mental masculina, entendido como o conjunto de conhecimentos, crenças e competências que permitem reconhecer, gerir e comunicar sintomas de mal-estar de forma adequada ao contexto social e identitário (Addis & Mahalik, 2003; Seidler et al., 2016). Homens com baixa literacia tendem a interpretar sinais de sofrimento como fraqueza pessoal ou falha moral, recorrendo menos a estratégias preventivas e resistindo à procura de ajuda. Por outro lado, níveis mais elevados de literacia permitem reconfigurar o autocuidado como compatível com a identidade masculina, legitimar práticas protetoras como a atividade física ou a gestão emocional, e desafiar normas internas de silenciamento e autoexigência (Wong et al., 2017).

2.7. Perspetivas Transculturais e Históricas

As normas de género e os seus efeitos sobre a saúde mental masculina não são universais, podendo variar entre contextos culturais, sociais e históricos. Estudos comparativos demonstram que, em países com maior igualdade de género, como os nórdicos, os homens tendem a apresentar menores níveis de repressão emocional, maior aceitação da vulnerabilidade e melhores indicadores de bem-estar psicológico (EIGE, 2023; Scambor et al., 2014; Seidler et al., 2016). Em contrapartida, contextos mais tradicionalistas, como os do Sul e Leste da Europa, tendem a caracterizar-se por normas de género mais rígidas e por uma maior prevalência de sofrimento emocional entre os homens (European Commission, 2017). Estas diferenças refletem não apenas valores culturais, mas também a ação de políticas públicas e o grau de aceitação social de masculinidades alternativas (*e.g.*, normas mais modernas).

A análise histórica, por sua vez, revela que os modelos de masculinidade não são estáticos, tendo sofrido transformações ao longo das últimas décadas (Connell & Messerschmidt, 2005). O surgimento de novas formas de masculinidade mais compatíveis com a expressividade emocional, a parentalidade ativa e o compromisso com a igualdade têm desafiado os modelos hegemónicos, exigindo uma abordagem sensível às variações temporais e culturais nos papéis e normas de género (*i.g.*, expectativas sociais) (Winter & Sumbane, 2025).

2.8. Interseções entre Género, Classe Social e Saúde Mental

A compreensão do sofrimento psicológico masculino exige uma abordagem interseccional que considere a sobreposição de múltiplos marcadores sociais, como género e classe social. A teoria da interseccionalidade (Crenshaw, 1997) oferece um enquadramento

para analisar como diferentes formas de opressão se interligam, o que pode gerar padrões específicos de vulnerabilidade (*i.e.*, homens jovens de minorias étnicas em contextos de pobreza enfrentando discriminação racial e expectativas rígidas de masculinidade).

Homens de contextos socioeconómicos desfavorecidos enfrentam frequentemente a pressão de corresponder a normas de masculinidade tradicional (como a obrigação de sustento ou a autossuficiência emocional) em simultâneo com condições adversas como desemprego, precariedade habitacional ou exclusão dos serviços de saúde (Courtenay, 2000; Marmot, 2005). Esta dissonância entre ideais normativos e realidades materiais pode intensificar sentimentos de vergonha, raiva ou inutilidade, com impacto negativo na saúde mental (Courtenay, 2000). Apesar da evidência indicar que os homens com menores recursos económicos apresentam níveis mais elevados de sofrimento psicológico, estes permanecem frequentemente excluídos das políticas de saúde mental, sendo a sua angústia muitas vezes interpretada de forma enviesada como agressividade ou comportamento desajustado (Ruxton et al., 2009).

O presente estudo procura colmatar essa lacuna, articulando dados sobre atitudes face ao género e indicadores de saúde mental masculina, com o objetivo de identificar padrões contextuais de mal-estar associados a normas socioculturais mais rígidas (Winter & Sumbane, 2025).

3. Método

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo segue um desenho quantitativo, correlacional, transversal e de tipo ecológico, centrado na análise de dados agregados ao nível nacional, com o objetivo de explorar associações entre estereótipos de género, perceções de discriminação e indicadores de saúde mental masculina em contexto europeu. Este tipo de abordagem permite captar tendências macrossociais e relações contextuais, sendo particularmente apropriado quando se pretende compreender fenómenos psicossociais mediados por fatores culturais e contextuais (Morgenstern, 1995; Susser, 1994).

A investigação integra dados secundários provenientes de fontes oficiais e comparáveis entre países, nomeadamente os inquéritos do Eurobarómetro 465 e estatísticas do Eurostat, recolhidos entre 2017 e 2023. As variáveis foram operacionalizadas com base em inquéritos representativos da população adulta masculina e em indicadores nacionais agregados, o que assegura uma abordagem metodológica consistente e comparável entre países. A unidade de análise adotada foi o país, tendo sido considerados os 27 Estados-Membros da União Europeia, na maior parte das variáveis. No entanto, para alguns indicadores recolhidos antes da saída

formal do Reino Unido da União Europeia, os dados deste país foram incluídos, totalizando 28 países em determinadas análises. Em consequência, apenas os 27 países com informação disponível para todas as variáveis de interesse foram integrados nas análises principais. Os países com dados completos foram: Áustria, Bélgica, Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha e Suécia.

O estudo encontra respaldo teórico nos modelos socioconstrucionistas e interseccionais, ao considerar que a saúde mental masculina é influenciada pelas normas de género dominantes e pelas condições estruturais que (re)produzem desigualdade (Crenshaw, 1997; Connel, 2005). Nesse sentido, equacionou-se a inclusão de variáveis de controlo, como o PIB per capita e a taxa de desemprego masculino, disponíveis no Eurostat, com o objetivo de captar os efeitos contextuais das desigualdades socioeconómicas na saúde mental masculina.

Esta estratégia metodológica visa, assim, mapear variações transnacionais nos padrões de saúde mental, bem-estar subjetivo e comportamentos de autocuidado masculinos, contribuindo para uma compreensão integrada das associações entre atitudes face ao género, desigualdades socioeconómicas e indicadores de ajustamento psicológico dos homens em contexto europeu.

3.2. Fontes de Dados

O presente estudo baseia-se na análise de dados secundários agregados provenientes de duas fontes principais: o *Special Eurobarometer 465 – Gender Equality* (Comissão Europeia, 2017) e os repositórios estatísticos do Eurostat, com destaque para o *European Health Interview Survey* (EHIS) e o *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC). Estas bases de dados, amplamente utilizadas em estudos comparativos, disponibilizam informação harmonizada e metodologicamente consistente entre os países da União Europeia, possibilitando a análise transnacional de fenómenos sociais, económicos e de saúde.

3.2.1 Eurobarómetro 465 – Gender Equality

O Eurobarómetro 465- Gender Equality, foi realizado entre 23 de setembro e 2 de outubro de 2017, através de amostragem probabilística estratificada por região, género e faixa etária, abrangendo 28 Estados-Membros (até a data) e totalizando 28.093 participantes com 15 ou mais anos de idade (entre 1000 e 1500 por país). A recolha de dados foi efetuada por meio de entrevistas presenciais assistidas por computador, para registar as respostas (*Computer-*

Assisted Personal Interviewing - CAPI), assegurando uma cobertura demográfica representativa da população adulta europeia.

Para efeitos do presente estudo, foram extraídas variáveis relativas a atitudes face à igualdade de género, percepção da discriminação, estereótipos de género, normas de masculinidade. Todas estas variáveis provêm exclusivamente do Eurobarómetro 465, tendo sido recodificadas de acordo com a sua orientação teórica (*e.g.*, discordância com estereótipos como indicador de maior igualdade de género). A totalidade das variáveis utilizadas encontra-se descrita na secção 3.3.

3.2.2 Eurostat (EHIS e EU-SILC)

A segunda base de dados integra indicadores de saúde mental e bem-estar psicológico da população masculina adulta, extraídos do Inquérito Europeu à Saúde (EHIS) e do Inquérito às Condições de Vida (EU-SILC), referentes ao período entre 2019 e 2023. As variáveis selecionadas são descritas em detalhe na secção 3.3.2.

3.3. Variáveis do Estudo

O presente estudo recorreu a um conjunto de variáveis organizadas em três categorias principais: (1) variáveis independentes, centradas em percepções e atitudes face à desigualdade de género; (2) variáveis dependentes, correspondentes a indicadores de saúde mental e bem-estar psicológico masculino; e (3) variáveis de controlo. Todas as variáveis foram extraídas das bases de dados, filtrados por ano da recolha, género e país (europeu), de forma a garantir consistência metodológica.

Apesar da existência de um número mais alargado de indicadores disponíveis nas bases de dados utilizadas, a presente investigação privilegiou um conjunto reduzido de variáveis, selecionadas com base na sua relevância teórica, prática e pertinência para os objetivos do estudo (ver tabela 1 e anexos 2 e 3).

3.3.1 Variáveis Independentes: Eurobarómetro 465

As variáveis independentes foram construídas a partir de itens do *Special Eurobarometer 465 – Gender Equality*, recolhido em 2017. Estas refletem atitudes individuais sobre estereótipos de género, discriminação, representação política e igualdade no mercado de trabalho, tendo sido codificadas como proporções de respostas afirmativas ou recodificadas de acordo com a direção teórica da variável (*e.g.*, discordância com um estereótipo como indicador de maior igualdade de género). Foram utilizadas as seguintes variáveis:

Tabela 1. *Descrição dos códigos da variável do Eurobarómetro 465*

Código da variável	Descrição	Código da variável	Descrição
Índice de estereótipos de género (QC1r)	Índice composto que reflete o grau de adesão a estereótipos de género tradicionais, como a ideia de que os homens devem liderar ou que as mulheres são emocionalmente mais frágeis (construído a partir de uma seleção de itens da pergunta QC1 do Eurobarómetro 465 – QC1.1 a QC1.4). Quanto maior o valor deste Índice, maior a adesão a estereótipos de género tradicionais.	Rejeição da Incompetência Feminina (QC7.5)	Percentagem de pessoas que discordam da frase “As mulheres não têm as qualidades necessárias para cargos políticos”, refletindo crença na competência política feminina.
Justiça na Divisão das Tarefas (QC5.3)	Percentagem de pessoas que concordam com a frase “Os homens devem partilhar igualmente as tarefas domésticas”, indicador de valorização da justiça na divisão do trabalho não remunerado.	Confiança na Representação Feminina (QC9)	Percentagem de pessoas que acreditam que “Uma representante política mulher pode representar os seus interesses”, indicador de aceitação da representação política feminina.
Estereótipo da Ambição Masculina (QC7.2)	Percentagem de pessoas que concordam com a ideia de que “Os homens são mais ambiciosos do que as mulheres”, expressão de um estereótipo meritocrático.	Confiança na Representação Masculina (QC10)	Percentagem de pessoas que acreditam que “Um representante político homem pode representar os seus interesses”, permitindo comparação com a perceção das representantes mulheres.
Perceção da Desigualdade Salarial (QC12)	Percentagem de pessoas que percecionam que “as mulheres ganham menos do que os homens por hora de trabalho”, refletindo consciência da desigualdade salarial.		

3.3.2 Variáveis Dependentes: Eurostat

As variáveis dependentes foram extraídas das bases de dados harmonizadas do Eurostat, nomeadamente do Inquérito Europeu à Saúde (EHIS) e do Inquérito às Condições de Vida (EU-SILC), incidindo exclusivamente sobre indicadores desagregados por sexo que representam dimensões relevantes da saúde mental e do bem-estar percebido da população masculina. A seleção destas variáveis baseou-se na sua validade empírica, cobertura

transnacional e pertinência teórica para a análise ecológica da saúde mental dos homens na Europa. Os indicadores considerados podem ser agrupados em cinco domínios principais:

1. Sintomatologia depressiva (EHIS):

Sintomas depressivos: Percentagem de homens que reportaram (algumas vezes ou sempre) sintomas como tristeza, cansaço ou perda de interesse nos últimos 14 dias, avaliados através da escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, Kroenke et al., 2001). Cada item da escala é cotado de 0 ("nunca") a 3 ("quase todos os dias").

Depressão major: Percentagem de homens com pontuação igual ou superior a 10 na PHQ-9, valor de corte indicativo de sintomatologia depressiva major.

Gravidade dos sintomas depressivos: Percentagem de homens cuja sintomatologia depressiva, autorreportada nos últimos 14 dias, foi classificada como severa com base na escala PHQ-9.

2. Perceção da saúde (EU-SILC):

Autoavaliação da saúde muito boa: Percentagem de homens que classificam o seu estado de saúde como "muito bom", numa escala de autorrelato com 5 categorias ("muito mau", "mau", "razoável", "bom" e "muito bom").

3. Acesso e comportamentos de autocuidado:

Necessidades médicas não satisfeitas: Percentagem de homens que afirmaram ter precisado de cuidados médicos nos últimos 12 meses, mas não os conseguiram obter (resposta dicotómica: "sim/não"), por motivos económicos, distância, tempo de espera ou outros obstáculos (EU-SILC).

Atividade física semanal: Percentagem de homens que realizam atividade física aeróbica semanal, distribuídos em três categorias: 0 minutos, até 149 minutos, e 150 minutos ou mais, segundo os limiares recomendados pela Organização Mundial da Saúde (EHIS).

4. Satisfação com a vida (EU-SILC):

Satisfação com a vida: Média da pontuação atribuída por homens numa escala de 0 ("nada satisfeito") a 10 ("totalmente satisfeito"). A percentagem de homens "satisfeitos" (*e.g.*, ≥ 7) não se encontra disponível publicamente, sendo por isso utilizada a média como aproximação ao nível geral de satisfação.

5. Suporte social (EU-SILC):

Suporte social pobre: Percentagem de homens que afirmaram não ter ninguém com quem possam contar em caso de necessidade pessoal, emocional ou prática. Este dado é recolhido através de uma pergunta de resposta dicotómica ("sim/não"), integrada no módulo de participação social.

6. Fatores ocupacionais (EHIS):

Impacto negativo do trabalho na saúde: Percentagem de homens que percebem que o seu trabalho afeta negativamente a sua saúde física ou mental (“sim/não”).

Problemas de saúde atribuídos ao trabalho: Percentagem de homens que identificam o trabalho como causa direta de problemas de saúde já diagnosticados (“sim/não”).

3.3.3 Variáveis de Controlo

Com o intuito de controlar o efeito de variáveis contextuais que poderiam interferir na associação entre estereótipos de género e saúde mental masculina, foram incluídos indicadores de natureza macroeconómica e demográfica, extraídos das bases estatísticas do Eurostat. Estes indicadores permitem considerar condições nacionais que influenciam o bem-estar psicológico e o funcionamento individual, contribuindo para uma interpretação mais precisa das associações entre atitudes face ao género e saúde mental masculina. Foram selecionadas duas variáveis:

Rendimento nacional per capita: Representado pelo PIB per capita em Paridades de Poder de Compra (PPS), este indicador fornece uma estimativa da capacidade económica média de cada país, ajustada ao custo de vida, e é frequentemente utilizado como medida *proxy* da riqueza nacional.

Taxa de desemprego masculino: Refere-se à percentagem de homens desempregados na população ativa, oferecendo uma medida do acesso ao mercado de trabalho por parte da população masculina. Este fator assume particular relevância, dado o impacto psicossocial negativo frequentemente associado à perda de estatuto laboral (Courtenay, 2000).

3.4. Procedimentos de Análise

A totalidade dos dados foi tratada e analisada com recurso ao software *IBM SPSS Statistics*, versão 26. A preparação das bases de dados foi realizada previamente em *Microsoft Excel* (ficheiros extraídos em formatos *.csv* e *.sav*). A análise estatística centrou-se, numa primeira fase, no cálculo de correlações de *Pearson* entre variáveis, com o objetivo de explorar associações entre atitudes face ao género e indicadores de saúde mental masculina. Embora o Eurobarómetro 465 disponibilize uma ampla gama de itens relacionados com estereótipos de género (n = 19), foram selecionadas sete variáveis para a Tabela 1, com base na sua relevância conceptual para os objetivos da investigação e nos padrões de associação mais consistentes observados nas análises exploratórias de correlação com os indicadores de saúde mental. Este procedimento permitiu identificar padrões robustos e evitar a inclusão simultânea de variáveis

conceptualmente sobreponíveis, garantindo maior parcimónia e interpretabilidade nos modelos. No caso das variáveis do Eurostat, a seleção foi informada pela sua relevância teórica face aos objetivos da investigação e pela sua inclusão em relatórios de referência europeus, como o *Gender Equality Index* (EIGE, 2021), que recomenda indicadores de estado de saúde, comportamentos de saúde e acesso aos cuidados como dimensões centrais para avaliar desigualdades de género em saúde. As variáveis não incluídas encontram-se listadas nos anexos 1 e 2.

Seguidamente, foram aplicados modelos de regressão linear múltipla, com o objetivo de identificar fatores associados aos indicadores de saúde mental, bem-estar subjetivo e comportamentos de autocuidado entre homens adultos. Os modelos incluíram variáveis de controlo contextuais ao nível nacional, nomeadamente o PIB per capita e a taxa de desemprego masculino. A seleção das variáveis dependentes nos modelos de regressão baseou-se na sua relevância teórica face aos objetivos da investigação e na presença de correlações estatisticamente significativas nas análises bivariadas iniciais ($p < 0,05$), de forma a garantir coerência conceptual e validade empírica na modelação (Tabachnick & Fidell, 2007).

3.5. Amostra e Critérios de Inclusão

A amostra ecológica abrange os 28 países à data da recolha dos dados, incluindo o Reino Unido, cuja participação nos inquéritos se manteve até à sua saída formal da UE. No entanto, em algumas variáveis provenientes do Eurostat (EHIS e EU-SILC), a informação referente ao Reino Unido não se encontrava disponível, pelo que certas análises foram realizadas com base em 27 países. Este período de recolha assegurou a compatibilidade temporal entre as diferentes fontes utilizadas (Eurobarómetro 465, EHIS e EU-SILC).

Na análise foram incluídos indicadores de saúde mental e bem-estar subjetivo desagregados por sexo masculino, provenientes das bases do Eurostat. No caso do Eurobarómetro 465, as variáveis selecionadas refletem atitudes da população adulta em geral (≥ 15 anos), não sendo possível isolar as respostas dos participantes do sexo masculino. Mas ainda assim, optou-se por cruzar esses dados com os indicadores de saúde específicos da população masculina, dado o foco do presente estudo na saúde mental dos homens.

3.6. Ética e Uso de Dados Secundários

Este estudo recorreu exclusivamente a dados secundários, anonimizados e de acesso público, disponibilizados por organismos oficiais como a Comissão Europeia e o Eurostat. A utilização destes dados respeitou integralmente os termos de uso e confidencialidade definidos

pelas entidades responsáveis. Por se tratar de informação previamente recolhida, não identificável e disponível em domínio público, não foi necessário submeter o estudo à apreciação de uma comissão de ética, conforme as orientações para investigação em ciências sociais e comportamentais (APA, 2020).

3.7. Objetivos Específicos

Este estudo pretende aprofundar a compreensão das relações entre perceções de desigualdade de género e indicadores de saúde mental masculina em contexto europeu. Com base nesse enquadramento, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar a associação entre a adesão a estereótipos de género tradicionais e indicadores de saúde mental masculina, nomeadamente sintomas depressivos, gravidade da sintomatologia depressiva, perceção do estado de saúde, suporte social, satisfação com a vida, necessidades médicas não satisfeitas e impacto negativo do trabalho na saúde física e mental dos homens
2. Examinar a relação entre diferentes dimensões dos estereótipos de género (*e.g.*, justiça na divisão das tarefas, estereótipo da ambição masculina, rejeição da incompetência feminina, confiança na representação feminina, confiança na representação masculina, perceção da desigualdade salarial) com indicadores de saúde mental masculina.

3.8. Hipóteses

Com base na literatura empírica e nos modelos teóricos previamente explorados, formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: A adesão a estereótipos de género tradicionais associa-se a piores indicadores de saúde mental masculina, nomeadamente mais sintomas depressivos, pior perceção do estado de saúde e menor prática de atividade física (Wong et al., 2017; Mahalik et al., 2003).

H2: Atitudes favoráveis à igualdade de género (*e.g.*, justiça na divisão das tarefas) associam-se positivamente à prática de comportamentos de autocuidado e ao bem-estar subjetivo dos homens (*e.g.*, satisfação com a vida) (Addis & Mahalik, 2003; Levant et al., 2009).

H3: Em países onde se observa maior prevalência de crenças sobre desigualdade salarial, observam-se piores indicadores de saúde autorreportada, menor satisfação com a vida, maior prevalência de necessidades médicas não satisfeitas e maior impacto negativo do trabalho (na saúde física e mental entre os homens) (Bosson & Vandello, 2011; Rabelo & Cortina, 2014).

4. Resultados

4.1 Estatísticas Descritivas

Os dados evidenciam variações substanciais entre países europeus no que respeita às normas de género, comportamentos de saúde e perceções subjetivas de bem-estar, justificando a pertinência de uma análise ecológica (ver Anexo 3 – Tabela com as variáveis do Eurostat e do Eurobarómetro 465 e respetivos valores discriminados por país). Para o índice composto de estereótipos de género, os valores mais elevados foram observados na Bulgária (12,4), Hungria (11,3) e Letónia (10,7), enquanto os mais baixos se registaram na Dinamarca (4,4), Suécia (3) e Países Baixos (4,6).

No domínio da saúde física e mental, a proporção de homens com sintomas depressivos foi mais elevada em países como Suécia (9,5%) França (9,1%) e Alemanha (8,6%), e mais reduzida em países como Grécia (1,8%) e Chipre (1,9%). Além disso, destaca-se a elevada percentagem de homens que praticam ≥ 150 minutos de atividade física semanal na Dinamarca (53,8%), Alemanha (52,2%) e Países Baixos (65%), contrastando com valores muito inferiores na Bulgária (16,8%), Malta (14,5%) Roménia (12,4%). A inatividade física acompanha esta distribuição inversa, atingindo percentagens muito elevadas na Romania (76%) e Grécia (62,4%).

Relativamente ao impacto do trabalho na saúde, Portugal (87,2%) e Países Baixos (85,1%) apresentam os valores mais elevados na variável “trabalho afeta a saúde” (Impacto negativo do trabalho na saúde), ao passo que os valores mais baixos foram reportados na Alemanha (36,4%), Dinamarca (43,4%) e Lituânia (52,9%). De forma convergente, os problemas de saúde atribuídos ao trabalho (Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho) são mais prevalentes na Polónia (36,7%), Finlândia (21,4%) e Suécia (21,4%), e mais inferiores na Lituânia (2%), Malta (2,2%) e Roménia (2,9%).

No que diz respeito à perceção subjetiva de saúde, os valores mais elevados de saúde autoavaliada como “muito boa” (Autoavaliação da Saúde muito boa) foram registados na Irlanda (38,3%), Chipre (44,2%) e Croácia (36,0%), sendo os mais baixos observados na Letónia (5,0%), Lituânia (8,7%) e Estónia (11,7%). A satisfação com a vida revela médias mais altas na Roménia (7,8), Irlanda (7,7), Bélgica (7,7) e Finlândia (7,6) e as mais baixas na Bulgária (6,0) e Letónia (6,7). Por fim, as necessidades médicas não satisfeitas (Necessidades médicas não satisfeitas) atingem os níveis mais elevados na Dinamarca (16,8%), Estónia (12,5%) e Grécia (10,7%), ao passo que a Itália (1,5%), Áustria (0,4%) e Alemanha (0,8%) apresentam valores residuais

4.2 Correlações Bivariadas

Procedeu-se à análise de correlações de *Pearson* entre as principais variáveis de interesse, com o objetivo de identificar associações estatisticamente significativas entre atitudes face ao género, indicadores de saúde mental masculina, bem-estar subjetivo e comportamentos de autocuidado. A Tabela 2 apresenta as correlações bivariadas entre o Índice de estereótipos de género e o conjunto de variáveis dependentes.

Tabela 2. Correlação entre o índice de estereótipos de género e as variáveis do Eurostat

Nomes		Sintomas Depressivos	Depressão major	Autoavaliação da Saúde muito boa	Gravidade dos sintomas depressivos	Suporte Social Pobre	Necessidades médicas não satisfeitas	Satisfação com a vida	Inatividade Física	Praticam até 150 minutos de atividade	Praticam mais de 150 minutos de atividade	Impacto negativo do trabalho na saúde	Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho
Índice de estereótipos de género	<i>Correlação de Pearson</i>	-0,711**	-0,673**	-0,030	-0,555**	0,061	-0,217	-0,436*	0,646**	-0,070	-0,709**	-0,171	-0,216
	<i>Sig. (2 extremidades)</i>	0,000	0,000	0,879	0,002	0,778	0,287	0,020	0,000	0,727	0,000	0,384	0,269
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28

*=p-value<0.01; **p-value<0.00

Observou-se uma associação negativa estatisticamente significativa entre valores mais elevados no índice de estereótipos e sintomas depressivos ($r = -0,711$, $p < 0,001$), depressão major ($r = -0,673$, $p < 0,001$), gravidade dos sintomas depressivos ($r = -0,555$, $p = 0,002$), satisfação com a vida ($r = -0,436$, $p = 0,020$), e inatividade física ($r = 0,646$, $p < 0,001$). Verificaram-se ainda correlações negativas significativas entre estereótipos de género e a prática de mais de 150 minutos semanais de atividade física ($r = -0,709$, $p < 0,001$). As restantes não apresentaram associações estatisticamente significativas com o índice de estereótipos de género.

Tabela 3. Correlação entre as variáveis do Eurobarómetro (exceto Índice de estereótipos de género) com as variáveis do Eurostat.

Nomes		Sintomas Depressivos	Depressão major	Autoavaliação da Saúde muito boa	Gravidade dos sintomas depressivos	Suporte Social Pobre	Necessidades médicas não satisfeitas	Satisfação com a vida	Inatividade Física	Praticam até 150 minutos de atividade	Praticam mais de 150 minutos de atividade	Impacto negativo do trabalho na saúde	Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho
Justiça na Divisão das Tarefas	<i>Correlação de Pearson</i>	0,516**	0,450*	-0,134	0,330	-0,095	0,343	0,313	-0,361	0,095	0,377	0,251	0,232
	<i>P-value</i>	0,005	0,016	0,498	0,087	0,658	0,086	0,105	0,065	0,636	0,052	0,198	0,235
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Estereótipo da Ambição Masculina	<i>Correlação de Pearson</i>	-0,692**	-0,656**	0,040	-0,581**	-0,008	-0,110	-0,125	0,487**	-0,117	-0,512**	-0,042	-0,514**
	<i>P-value</i>	0,000	0,000	0,841	0,001	0,970	0,592	0,526	0,010	0,560	0,006	0,833	0,005
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Rejeição da Incompetência Feminina	<i>Correlação de Pearson</i>	0,618**	0,595**	0,075	0,462*	-0,033	0,297	0,138	-0,539**	-0,036	0,623**	0,162	0,252
	<i>P-value</i>	0,000	0,001	0,706	0,013	0,880	0,141	0,483	0,004	0,859	0,001	0,411	0,197
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Confiança na Representação Feminina	<i>Correlação de Pearson</i>	0,486**	0,527**	-0,344	0,408*	0,061	0,446*	-0,009	-0,514**	0,141	0,535**	0,117	0,147
	<i>P-value</i>	0,009	0,004	0,073	0,031	0,776	0,022	0,966	0,006	0,484	0,004	0,554	0,456
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Confiança na Representação Masculina	<i>Correlação de Pearson</i>	0,416*	0,456*	-0,411*	0,347	0,086	0,381	-0,076	-0,407*	0,193	0,396*	0,055	0,058
	<i>P-value</i>	0,028	0,015	0,030	0,070	0,689	0,055	0,702	0,035	0,334	0,041	0,780	0,769
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Perceção da Desigualdade Salarial	<i>Correlação de Pearson</i>	0,604**	0,642**	-0,215	0,497**	0,111	0,148	0,258	-0,885**	0,460*	0,849**	0,027	0,375*
	<i>P-value</i>	0,001	0,000	0,271	0,007	0,607	0,471	0,184	0,000	0,016	0,000	0,893	0,049
	<i>N</i>	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28

*=p-value<0.01; **p-value<0.001

Ao analisar a tabela 3, foram identificadas associações estatisticamente significativas entre algumas atitudes específicas face ao género e indicadores de saúde mental e bem-estar. O apoio à divisão das tarefas domésticas (justiça na divisão das tarefas) apresentou uma correlação positiva com os sintomas depressivos ($r = 0,516$; $p < 0,001$) e com a depressão major ($r = 0,450$; $p < 0,01$).

Ainda, a crença na ambição masculina (estereótipo da ambição masculina) apresentou correlações negativas com os sintomas depressivos ($r = -0,692$; $p < 0,01$) e depressão major ($r = -0,656$; $p < 0,01$), com a gravidade dos sintomas depressivos ($r = -0,581$; $p < 0,01$), com a prática de atividade física superior a 150 minutos por semana ($r = -0,512$; $p < 0,01$), e com os problemas de saúde atribuídos ao trabalho ($r = -0,514$; $p < 0,01$).

Adicionalmente, a rejeição da ideia de que as mulheres são incompetentes para cargos políticos (rejeição da incompetência feminina) apresentou correlações positivas com sintomas depressivos ($r = 0,618$; $p < 0,01$), depressão major ($r = 0,595$; $p < 0,01$), gravidade dos sintomas depressivos ($r = 0,462$; $p < 0,01$) prática de atividade física superior a 150 minutos por semana ($r = 0,623$; $p < 0,01$). Relativamente à inatividade física, apresentou uma correlação negativa ($r = -0,539$; $p < 0,01$).

No mesmo sentido, a confiança na representação feminina (confiança na representação feminina) evidenciou correlações positivas com sintomas depressivos ($r = 0,486$; $p < 0,01$), depressão major ($r = 0,527$; $p < 0,01$), gravidade dos sintomas depressivos ($r = 0,408$; $p < 0,01$) e prática regular de atividade física, mais de 150 minutos ($r = 0,535$; $p < 0,01$). Relativamente à inatividade física, apresentou uma correlação negativa ($r = -0,514$; $p < 0,01$).

Por sua vez, a confiança na representação masculina apresentou correlações positivas com sintomas depressivos ($r = 0,416$; $p < 0,01$) e depressão major ($r = 0,456$; $p < 0,01$), gravidade dos sintomas depressivos ($r = 0,347$; $p < 0,01$), ainda que com magnitudes ligeiramente inferiores às observadas nas atitudes favoráveis à representação feminina.

Por outro lado, a crença de que as mulheres ganham menos (perceção da desigualdade salarial) correlacionou-se positivamente com sintomas depressivos ($r = 0,604$; $p < 0,01$), com depressão major ($r = 0,642$; $p < 0,01$), com gravidade dos sintomas depressivos ($r = 0,497$; $p < 0,01$) e com a prática de mais de 150 minutos de atividade física ($r = 0,849$; $p < 0,01$).

4.3 Modelos de Regressão Linear Múltipla

Com o objetivo de identificar variáveis associadas à saúde mental masculina no contexto europeu, foram realizados três modelos de regressão linear múltipla, considerando como variáveis dependentes: (1) percentagem de homens com sintomatologia depressiva autorreportada, (2) percentagem de homens que indicaram necessidades médicas não satisfeitas e (3) percentagem de homens que relataram tempo semanal dedicado a atividade física aeróbica superior a 150 minutos.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 4, apenas duas variáveis demonstraram associações estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva autorreportada entre homens. Em primeiro lugar, o estereótipo da ambição masculina revelou uma associação negativa significativa com os sintomas depressivos ($\beta = -0.919$; $p = 0.011$). Além disso, a variável problemas de saúde atribuídos ao trabalho também apresentou uma associação negativa significativa ($\beta = -0,601$; $p = 0.017$). Nenhuma das restantes variáveis incluídas no modelo revelaram efeitos estatisticamente significativos.

Tabela 4. Regressão linear múltipla – Variável dependente: Sintomas depressivos (homens)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	Sig.
	<i>B</i>	<i>Erro Erro</i>	<i>Beta</i>		
1 (Constante)	15,399	8,719		1,766	0,105
Índice de estereótipos de género	-0,372	0,262	-0,374	-1,420	0,183
Justiça na Divisão das Tarefas	-0,032	0,049	-0,134	-0,654	0,526
Estereótipo da Ambição Masculina	-0,163	0,054	-0,919	-3,040	0,011
Confiança na Representação Masculina	-0,007	0,050	-0,025	-0,148	0,885
Perceção da Desigualdade Salarial	0,028	0,272	0,018	0,102	0,920
Confiança na Representação Masculina	-0,201	0,225	-0,154	-0,892	0,392
Autoavaliação da Saúde muito boa	-0,010	0,044	-0,047	-0,227	0,824
Necessidades médicas não satisfeitas	0,049	0,101	0,091	0,487	0,636

Praticam até 150 minutos de atividade	0,254	0,114	0,445	2,217	0,049
Impacto negativo do trabalho na saúde	0,031	0,033	0,173	0,944	0,365
Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho	-0,199	0,071	-0,601	-2,813	0,017
PIB per Capita	-0,007	0,009	-0,121	-0,747	0,471
Taxa de Desemprego	-0,260	0,186	-0,228	-1,402	0,189

a. Variável Dependente: Sintomas Depressivos

Com base nos resultados do modelo de regressão linear múltipla centrado nas necessidades médicas não satisfeitas (tabela 5), apenas a variável autoavaliação da saúde como muito boa apresentou uma associação estatisticamente significativa ($\beta = 0,624$; $p = 0,041$). Em contraste, nem o índice de estereótipos de género ($\beta = 0,455$; $p = 0,317$), nem a justiça na divisão das tarefas ($\beta = 0,379$; $p = 0,249$), nem as demais variáveis se revelaram significativos.

Tabela 5. Regressão linear múltipla – Variável dependente: Necessidades médicas não satisfeitas

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	Sig.
	<i>B</i>	<i>Erro Erro</i>	<i>Beta</i>		
1 (Constante)	-54,516	24,243		-2,249	0,046
Índice de estereótipos de género	0,846	0,806	0,455	1,049	0,317
Justiça na Divisão das Tarefas	0,170	0,139	0,379	1,218	0,249
Estereótipo da Ambição Masculina	0,020	0,216	0,059	0,090	0,930
Confiança na Representação Masculina	0,249	0,129	0,458	1,933	0,079
Perceção da Desigualdade Salarial	-1,213	0,718	-0,414	-1,690	0,119
Confiança na Representação Masculina	-0,068	0,691	-0,028	-0,099	0,923
Sintomas Depressivos	0,431	0,885	0,231	0,487	0,636

Autoavaliação da Saúde muito boa	0,249	0,107	0,624	2,320	0,041
Praticam até 150 minutos de atividade	0,363	0,393	0,341	0,923	0,376
Impacto negativo do trabalho na saúde	0,014	0,102	0,040	0,133	0,896
Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho	0,081	0,274	0,131	0,294	0,774
PIB per Capita	-0,018	0,027	-0,174	-0,675	0,513
Taxa de Desemprego	0,665	0,563	0,313	1,181	0,262

a. Variável Dependente: Necessidades médicas não satisfeitas

No modelo de regressão múltipla apresentado na tabela 6, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos autorreportados e a variável dependente: praticam até 150 minutos de atividade ($\beta = 0,694$; $p = 0,049$). O estereótipo da ambição masculina revelou uma associação muito perto da significância estatística ($\beta = 0,914$; $p = 0,058$). De igual modo, o impacto negativo do trabalho na saúde ($\beta = -0,465$; $p = 0,034$) e os problemas de saúde relatados causados pelo trabalho ($\beta = -0,690$; $p = 0,032$) associaram-se negativamente à variável dependente, e os coeficientes revelaram-se estatisticamente significativos no modelo.

Tabela 6. Regressão linear múltipla – Variável dependente: Praticam até 150 minutos de atividade

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	<i>B</i>	<i>Erro Erro</i>			
1 (Constante)	-1,741	21,627		-0,081	0,937
Índice de estereótipos de gênero	0,210	0,621	0,120	0,338	0,742
Justiça na Divisão das Tarefas	0,055	0,108	0,131	0,510	0,620
Estereótipo da Ambição Masculina	0,285	0,134	0,914	2,119	0,058
Confiança na Representação Masculina	-0,001	0,110	-0,002	-0,011	0,992
Percepção da Desigualdade Salarial	0,770	0,548	0,280	1,406	0,187

Confiança na Representação Masculina	0,597	0,478	0,261	1,251	0,237
Sintomas Depressivos	1,217	0,549	0,694	2,217	0,049
Autoavaliação da Saúde muito boa	-0,139	0,087	-0,371	-1,597	0,139
Necessidades médicas não satisfeitas	0,198	0,215	0,211	0,923	0,376
Impacto negativo do trabalho na saúde	-0,147	0,061	-0,465	-2,414	0,034
Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho	0,400	0,163	0,690	2,448	0,032
PIB per Capita	0,010	0,020	0,101	0,494	0,631
Taxa de Desemprego	0,382	0,426	0,191	0,897	0,389

a. Variável Dependente: Praticam até 150 minutos de atividade

5. Discussão

Os resultados do presente estudo ecológico confirmam apenas parcialmente as hipóteses formuladas. Verificou-se que o índice de estereótipos de género apresentou correlações significativas e negativas com sintomas depressivos, depressão major, gravidade dos sintomas depressivos, satisfação com a vida e prática de atividade física regular, bem como uma correlação significativa e positiva com inatividade física. Embora estas associações não permitam inferir relações causais, dado o desenho ecológico e a natureza agregada dos dados, poderão refletir, em determinados contextos, padrões diferenciados de expressão ou reconhecimento do sofrimento psicológico. Em contrapartida, atitudes igualitárias e valorização da justiça de género não evidenciaram associações consistentes com indicadores de bem-estar subjetivo, como a satisfação com a vida ou a saúde autorreportada, o que limita a confirmação da hipótese de que valores igualitários se traduzem, de forma direta, em maior saúde psicológica para os homens. A perceção da desigualdade salarial correlacionou-se positivamente com sintomas depressivos, sugerindo uma possível coocorrência entre consciência crítica da desigualdade e mal-estar emocional, hipótese que deverá ser explorada com desenhos metodológicos mais sensíveis a processos individuais. Importa ainda sublinhar que os modelos de regressão múltipla não evidenciaram efeitos estatisticamente significativos para a maioria das variáveis, incluindo o índice global de estereótipos de género, o que poderá refletir limitações inerentes ao desenho ecológico, à heterogeneidade cultural entre países ou à reduzida dimensão amostral ($n = 27$ para a maioria das variáveis). As secções seguintes

propõem interpretações exploratórias destes resultados, em diálogo com a literatura, com vista a informar futuras investigações sobre masculinidade e saúde mental no espaço europeu.

5.1 Integração com a Literatura

Os resultados do presente estudo sugerem que, em determinados contextos, a adesão a normas masculinas tradicionais poderá estar associada a níveis mais baixos de sofrimento psicológico autorreportado, nos homens. Embora este padrão não permita inferir mecanismos individuais, é consistente com a meta-análise de Lin e colaboradores (2021), que encontrou menor risco de depressão em homens com traços masculinos integrados em perfis andróginos. Modelos como o da masculinidade hegemónica (Connell & Messerschmidt, 2005) ou da masculinidade frágil (Bosson & Vandello, 2011) têm sido usados para interpretar a forma como normas de género influenciam a expressão emocional, podendo contribuir para explicar a menor verbalização do mal-estar em alguns contextos. Adicionalmente, a associação entre maior prática de atividade física e menor prevalência de depressão poderá refletir o facto de o exercício ser uma forma socialmente aceite de autorregulação entre homens (Berger et al., 2008; Stubbs et al., 2018). No entanto, estas interpretações devem ser encaradas como hipóteses a explorar em futuros estudos com acesso a dados individuais.

5.1.1 Conformidade às Normas Masculinas e Saúde Mental

Os resultados evidenciaram uma relação mais complexa do que a antecipada entre estereótipos de género tradicionais e indicadores de saúde mental masculina. Verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre o índice de estereótipos de género e variáveis como sintomas depressivos, gravidade dos sintomas depressivos, depressão major e perceção negativa da saúde, sugerindo que, em países com maior adesão a normas tradicionais (e.g., Bulgária, Roménia, Letónia e Hungria), os homens reportam níveis mais baixos de sofrimento psicológico. No entanto, estes efeitos não se mantiveram significativos nos modelos de regressão múltipla com controlo por fatores macroeconómicos, o que sugere que a associação entre estereótipos de género e saúde mental poderá ser atenuada pela influência de variáveis de controlo, como o PIB per capita e a taxa de desemprego. Embora não seja possível inferir mecanismos individuais, estes dados poderão refletir, em determinados contextos socioculturais, uma menor verbalização do sofrimento ou o recurso a estilos de *coping* mais reservados. Esta interpretação encontra respaldo em propostas teóricas como a de Courtenay (2000) e de Bosson e Vandello (2011), que sublinham o papel da supressão emocional na construção social da masculinidade.

Em contraste, países da Europa Ocidental e Nórdica, como a Suécia, Dinamarca ou Países Baixos, com menor adesão a estereótipos e políticas mais igualitárias, apresentaram melhores indicadores de bem-estar psicológico e maior prática de autocuidado, como atividade física regular (até e mais de 150 minutos semanais). Este padrão alinha-se com investigações que salientam o impacto de contextos socioculturais mais flexíveis na legitimação da expressão emocional e na procura de apoio (Addis & Mahalik, 2003; Seidler et al., 2016).

As diferenças regionais observadas podem refletir não só fatores estruturais, mas também variações nos modelos normativos de género. Embora o estudo não permita testar diretamente o modelo do conflito de papéis de género (O’Neil, 2008), os dados sugerem que o contexto sociocultural influencia a forma como os homens experienciam e reportam o mal-estar.

5.1.2 Normatividade de Género e Procura de Ajuda

A literatura tem demonstrado que normas de género tradicionais dificultam a procura de apoio psicológico entre homens, uma vez que a socialização masculina valoriza atributos como autonomia, controlo emocional e invulnerabilidade. Esta valorização pode levar a que o pedido de ajuda seja percebido como sinal de fraqueza ou perda de estatuto (Addis & Mahalik, 2003; Levant et al., 2009), comprometendo o reconhecimento do sofrimento e o acesso a serviços de saúde mental, mesmo quando disponíveis. No presente estudo, a variável “necessidades médicas não satisfeitas” não se associou significativamente aos estereótipos tradicionais, o que poderá dever-se às limitações do indicador, centrado em barreiras objetivas (*e.g.*, custos ou distância), sem captar obstáculos simbólicos, como o estigma ou a norma da invulnerabilidade (Courtenay, 2000; Seidler et al., 2016).

5.1.3 Hipóteses de Investigação

A primeira hipótese (H1) previa que a adesão a estereótipos de género tradicionais estaria associada a piores indicadores de saúde mental e a menor prática de autocuidado. Observou-se uma associação significativa negativa entre o índice de estereótipos de género e diversos indicadores de mal-estar psicológico como os sintomas depressivos ($r = -0,711$; $p < 0,001$), depressão major ($r = -0,673$; $p < 0,001$) e atividade física mais de 150 minutos semanais ($r = -0,709$; $p < 0,001$). No entanto, estes efeitos não se mantiveram significativos nos modelos de regressão múltipla, após controlo por covariáveis socioeconómicas (variável independente: índice estereótipo de género; $\beta = -0,374$; $p = 0,183$ para sintomas depressivos; $\beta = 0,120$; $p = 0,742$ para atividade física de até 150 minutos). Por contraste, a análise do estereótipo

específico da ambição masculina revelou uma associação negativa estatisticamente significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,692$; $p < 0,01$; $\beta = -0,919$; $p = 0,011$), sugerindo que, em certos contextos socioculturais, a conformidade com normas de masculinidade orientadas para o desempenho pode coexistir com níveis mais baixos de sofrimento autorreportado. Esta associação poderá refletir quer um uso funcional de estratégias de *coping*, quer uma menor propensão para expressar vulnerabilidade emocional por parte de homens socializados segundo modelos normativos de invulnerabilidade (Seidler et al., 2016; Wong et al., 2017). No domínio dos comportamentos de saúde, observou-se ainda uma tendência negativa entre este estereótipo (ambição masculina) e a prática mais de 150 minutos de atividade física ($r = -0,512$; $p < 0,01$), mas o efeito não atingiu significância estatística nos modelos de regressão ($\beta = 0,914$; $p = 0,058$). Assim, os dados corroboram parcialmente H1.

A segunda hipótese (H2) propunha uma associação positiva entre atitudes igualitárias e comportamentos de autocuidado e bem-estar subjetivo. No entanto, os dados contrariam esta expectativa. A justiça na divisão das tarefas apresentou correlações positivas com sintomas depressivos ($r = 0,516$; $p < 0,01$) e depressão major ($r = 0,450$; $p < 0,01$), o que poderá refletir tensões emergentes em contextos onde os valores igualitários ainda não se encontram institucionalizados. Esta dissonância entre crenças e práticas sociais pode gerar desconforto identitário, sobretudo entre indivíduos com maior consciência crítica face à desigualdade (Scambor et al., 2014). Adicionalmente, conforme sugerido por Addis e Mahalik (2003), os comportamentos de autocuidado tendem a ser mais eficazes quando integrados em ambientes que validam culturalmente essas práticas como compatíveis com a masculinidade. Nos modelos de regressão, a variável justiça na divisão das tarefas não evidenciou efeitos significativos sobre os comportamentos de saúde nem sobre indicadores de bem-estar subjetivo. Assim, os dados não validam H2, uma vez que não se verificou a associação positiva esperada entre atitudes igualitárias e indicadores de bem-estar, tanto ao nível das correlações como dos modelos de regressão.

A terceira hipótese (H3) partia da suposição de que, em países onde se observa maior prevalência de crenças sobre desigualdade salarial, se verificariam piores indicadores de saúde autorreportada, menor satisfação com a vida, maior prevalência de necessidades médicas não satisfeitas e maior impacto negativo do trabalho na saúde dos homens. A nível correlacional, a perceção da desigualdade salarial revelou associações positivas com sintomas depressivos ($r = 0,604$; $p < 0,01$), depressão major ($r = 0,642$; $p < 0,01$) e gravidade dos sintomas depressivos ($r = 0,497$; $p < 0,01$), o que pode sugerir que, em contextos onde as normas tradicionais de género são desafiadas, mas ainda não substituídas por modelos alternativos estabilizados de

masculinidade, os homens poderão experienciar maior insegurança identitária e mal-estar psicológico (Kimmel, 2012; Jordan, 2022). No entanto, nos modelos de regressão múltipla, esta variável não apresentou efeitos estatisticamente significativos sobre os indicadores de saúde analisados. Acresce que outras variáveis previstas na hipótese, como a satisfação com a vida, as necessidades médicas não satisfeitas e o impacto negativo do trabalho, também não evidenciaram associações estatisticamente significativas com a percepção da desigualdade salarial. A ausência de associações significativas poderá indicar que a percepção da injustiça estrutural, embora relevante, não atua de forma direta sobre todos os domínios da saúde masculina, sendo provavelmente mediada por fatores como a identidade de género, o apoio social ou o sentimento de agência individual. Assim, os dados não são suficientes para confirmar H3.

5.2 Implicações

Os resultados desta investigação poderão ser úteis para informar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e a conceção de estratégias de intervenção sensíveis ao género, ajustadas às dinâmicas socioculturais dos contextos europeus (Seidler et al., 2016; Vogel et al., 2011). Evidenciam, em particular, a importância de desenvolver intervenções que desafiem os estereótipos tradicionais de masculinidade e promovam modelos alternativos mais compatíveis com o autocuidado, a expressão emocional e a procura de ajuda (Addis & Mahalik, 2003; Vogel et al., 2011; Winter & Sumbane, 2025). Ainda que algumas das associações esperadas entre estereótipos de género e saúde mental não se tenham revelado robustas, as correlações bivariadas identificadas (nomeadamente entre atitudes mais igualitárias e menores níveis de sintomatologia depressiva, maior satisfação com a vida e prática de autocuidado) reforçam a importância de integrar a dimensão simbólica do género como determinante psicossocial (Connell & Messerschmidt, 2005; Ridgeway & Correll, 2004). A promoção de masculinidades plurais, compatíveis com a expressividade emocional e o cuidado de si, poderá constituir uma estratégia preventiva relevante na mitigação do sofrimento psicológico masculino (Courtenay, 2000; Wong et al., 2017; Winter & Sumbane, 2025), ainda que os efeitos observáveis variem consoante o contexto cultural e os indicadores utilizados (Lin et al., 2021).

A nível organizacional e político, embora a variável “confiança na representação masculina” não tenha evidenciado associações estatisticamente significativas com os indicadores de saúde analisados, a sua inclusão sublinha a importância das percepções de representatividade institucional nos processos de bem-estar psicológico. Sentir-se representado

nos espaços de decisão poderá influenciar o modo como os homens se posicionam face às normas de género dominantes, à procura de ajuda e ao exercício do autocuidado (Seidler et al., 2016; Vogel et al., 2011). Promover culturas institucionais mais sensíveis ao género, com narrativas inclusivas e maior diversidade nos modelos identitários disponíveis, poderá beneficiar não apenas as mulheres, mas também os homens, ao legitimar formas alternativas de viver a masculinidade, menos centradas no poder, na invulnerabilidade ou na exclusão emocional (Addis & Mahalik, 2003; Connell, 2005).

5.3 Limitações

Contudo, importa reconhecer várias limitações que balizam o alcance das conclusões obtidas. Em primeiro lugar, o desenho ecológico do estudo, baseado em dados agregados por país, impossibilita inferências causais e restringe a aplicabilidade direta dos resultados a dinâmicas individuais (Morgenstern, 1995; Susser, 1994). A ausência de temporalidade (*i.e.*, uma vez que os dados são transversais e referem-se a um único ponto temporal), bem como a impossibilidade de controlar variáveis intraindividuais, exige cautela na interpretação dos efeitos observados.

Em segundo lugar, a utilização de dados secundários provenientes de fontes distintas, embora metodologicamente consistentes, implicou lidar com diferenças nos instrumentos, procedimentos de recolha e escalas, o que pode ter comprometido parcialmente a comparabilidade entre indicadores (Tabachnick & Fidell, 2007). A operacionalização de constructos (como “normatividade de género” ou “igualdade de género”) através de índices compostos e variáveis agregadas representa uma simplificação necessária, mas teoricamente redutora (Connell & Messerschmidt, 2005). A dependência de medidas autorreportadas, baseadas em perceções subjetivas, introduz ainda possíveis enviesamentos, como o da desejabilidade social ou da interpretação culturalmente mediada dos itens (Vogel et al., 2011).

Adicionalmente, a amostra analítica centrou-se exclusivamente em homens adultos (no caso das variáveis do Eurostat) e em amostras da população geral (no caso do Eurobarómetro), sem desagregação por idade, classe social, orientação sexual, pertença étnico-racial ou identidade de género. Esta limitação dificulta a compreensão das múltiplas configurações da experiência masculina, invisibilizando desigualdades intra-grupo e excluindo vivências de homens trans e não-binários, o que perpetua uma visão binária e homogeneizadora da masculinidade (Crenshaw, 1997; Seidler et al., 2016). Acresce ainda que as variáveis atitudinais extraídas do Eurobarómetro não se encontram estratificadas por género, ao contrário dos indicadores de saúde do Eurostat. Esta limitação metodológica inviabiliza a identificação

de possíveis discrepâncias entre os géneros na adesão às normas de masculinidade, dificultando a aferição da medida em que os valores culturais captados nas variáveis independentes são de facto representativos dos homens analisados nas variáveis dependentes.

Por fim, futuras investigações deverão recorrer a metodologias mais sensíveis à experiência subjetiva, de forma a integrar as representações da vulnerabilidade e as normas masculinas na análise da procura de apoio. A criação de contextos terapêuticos que acolham expressões diversas da masculinidade, e a promoção de narrativas compatíveis com o cuidado de si, poderão legitimar o bem-estar psicológico como parte integrante da identidade masculina, carecendo, porém, de validação empírica centrada nos sujeitos (Addis & Mahalik, 2003; O'Neil, 2008).

5.4 Direções Futuras

Os resultados obtidos, ainda que exploratórios, sublinham a necessidade de aprofundar a investigação sobre a relação entre normas de género e saúde mental masculina, especialmente numa perspetiva transnacional sensível às especificidades culturais dos contextos europeus (Seidler et al., 2016; Wong et al., 2017). Futuras investigações deverão beneficiar da adoção de metodologias mistas, que combinem dados estatísticos com abordagens qualitativas centradas nas narrativas identitárias, nas representações da vulnerabilidade e nas estratégias de *coping* adotadas pelos homens em diferentes contextos. Esta integração poderá captar dimensões subjetivas frequentemente invisibilizadas por estudos ecológicos, oferecendo uma compreensão mais situada dos efeitos simbólicos da normatividade de género (Connell & Messerschmidt, 2005). A teoria da masculinidade frágil mantém-se, por isso, um enquadramento relevante para futuras investigações sobre os efeitos da exigência de validação identitária na saúde psicológica masculina (Vandello & Bosson, 2013).

Recomenda-se igualmente o uso de modelos multinível e de desenhos longitudinais, que permitam distinguir efeitos individuais e contextuais, bem como analisar a evolução das normas de género ao longo do ciclo de vida. Estes modelos poderão clarificar, por exemplo, de que forma a exposição precoce a ideais masculinos rígidos se associa a padrões de autorregulação emocional ou procura de apoio em diferentes fases da vida (Mahalik et al., 2003).

Finalmente, torna-se importante incorporar uma perspetiva interseccional, reconhecendo como o género se articula com outras estruturas de desigualdade, como classe social, etnia, localização geográfica ou orientação sexual. Investigações aplicadas que avaliem o impacto de intervenções sensíveis ao género (como campanhas mediáticas, programas de

promoção da saúde mental ou práticas clínicas inclusivas) poderão gerar evidência relevante para informar políticas públicas mais eficazes e equitativas (Flood, 2011; Griffith, 2015; Ruxton et al., 2009; Winter & Sumbane, 2025).

6. Conclusão

O presente estudo permitiu explorar a relação entre normas de género e indicadores de saúde mental masculina na Europa, revelando um padrão menos linear do que o antecipado. Apesar de se terem identificado correlações negativas entre estereótipos tradicionais e vários indicadores de mal-estar psicológico e saúde comportamental, esses efeitos não se mantiveram robustos nos modelos de regressão múltipla com controlo por fatores macroeconómicos (Winter & Sumbane, 2025; Wong et al., 2017). Além disso, as atitudes igualitárias e a perceção de desigualdade revelaram padrões menos consistentes, sugerindo que o impacto das crenças de género na saúde mental masculina poderá depender de múltiplos fatores contextuais, incluindo o grau de enraizamento normativo e as dinâmicas socioculturais locais (Connell & Messerschmidt, 2005; Courtenay, 2000). Os resultados devem, por isso, ser interpretados com cautela, tendo em conta as limitações do desenho ecológico, a reduzida dimensão amostral e a possibilidade de variáveis de confundimento não controladas. Ainda assim, os dados obtidos sublinham a relevância de incorporar uma perspetiva sensível ao género nas políticas de saúde pública, promovendo formas de masculinidade mais compatíveis com o bem-estar psicológico e a procura de apoio (Seidler et al., 2016; Addis & Mahalik, 2003; Winter & Sumbane, 2025).

Referências:

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- American Psychological Association. (2019). Publication manual of the American Psychological Association. *American Psychological Association*, 428.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Berger, B. G., Pargman, D., & Weinberg, R. S. (2008). *Foundations of exercise psychology* (2nd ed.). Fitness Information Technology.
- Bosson, J. K., & Vandello, J. A. (2011). Precarious manhood and its links to action and aggression. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 82–86. <https://doi.org/10.1177/0963721411402669>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Crenshaw, K. (1997). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In *Feminist legal theories* (pp. 23–51). Routledge.
- Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 458–476). Sage.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- European Commission. (2017). *Special Eurobarometer 465: Gender equality*. https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/coeuro01/47.dir/coeuro0147.pdf
- European Institute for Gender Equality. (2023). *Gender Equality Index 2023*. <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2023/country>
- Flood, M. (2011). Involving men in efforts to end violence against women. *Men and Masculinities*, 14(3), 358–377. <https://doi.org/10.1177/1097184X10363995>
- Griffith, D. M. (2015). “I AM a man”: Manhood, minority men’s health and health equity. *Ethnicity & Disease*, 25(3), 287–293. [10.18865/ed.25.3.287](https://doi.org/10.18865/ed.25.3.287)
- Inglehart, R., & Norris, P. (2003). *Rising tide: Gender equality and cultural change around the world*. Cambridge University Press.
- Jordan, J. (2022). *Tackling rape culture: Ending patriarchy*. Routledge.
- Kimmel, M. S. (2012). *The gender of desire: Essays on male sexuality*. State University of New York Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). *The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Levant, R. F. (1996). The new psychology of men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(3), 259–265. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.27.3.259>
- Levant, R. F., & Kopecky, G. (1996). *Masculinity reconstructed: Changing the rules of manhood—at work, in relationships and in family life*. Plume Books.
- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2009). An evaluation of the Health Behavior Inventory–20 and its relationships to masculinity and attitudes toward seeking psychological help among college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(4), 262–273. <https://doi.org/10.1037/t29918-000>
- Lin, J., Zou, L., Lin, W., Becker, B., Yeung, A., Cuijpers, P., & Li, H. (2021). Does gender role explain a high risk of depression? A meta-analytic review of 40 years of evidence. *Journal of Affective Disorders*, 294, 261–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.018>
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2003). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201–2209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035>

- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social science & medicine*, 64(11), 2201-2209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035>
- Marmot, M. (2005). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. Times Books.
- Morgenstern, H. (1995). Ecologic studies in epidemiology: Concepts, principles, and methods. *Annual Review of Public Health*, 16, 61–81. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.16.050195.000425>
- O'Neil, J. M. (2008). *Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale: New research paradigms and clinical implications*. *The Counseling Psychologist*, 36(3), 358–445. <https://doi.org/10.1177/0011000008317057>
- Rabelo, V. C., & Cortina, L. M. (2014). Two sides of the same coin: Gender harassment and heterosexist harassment in LGBQ work lives. *Law and human behavior*, 38(4), 378. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/lhb0000087>
- Ridgeway, C. L. (2011). *Framed by gender: How gender inequality persists in the modern world*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199755776.001.0001>
- Ridgeway, C. L., & Correll, S. J. (2004). Unpacking the gender system: A theoretical perspective on gender beliefs and social relations. *Gender & Society*, 18(4), 510–531. <https://doi.org/10.1177/0891243204265269>
- Ruxton, S., Hearn, J., Cowburn, M., Featherstone, B., & Pringle, K. (2009). *Man Made: Men, Masculinities and Equality in Public Policy*. COMAB - Coalition on Men and Boys. <http://www.themenscoalition.org.uk/report/comabreportfull.pdf>
- Scambor, E., Wojnicka, K., & Bergmann, N. (Eds.). (2014). *The role of men in gender equality – European strategies and insights*. European Commission. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bb2a8e27-4e1b-417c-bb79-c2fd5bdf5c6f>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Steinfeldt, J. A., Vaughan, E. L., LaFollette, J. R., & Steinfeldt, M. C. (2012). Bullying among adolescent football players: Role of masculinity and moral atmosphere. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(4), 340. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026645>

- Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J., Hallgren, M., Schuch, F. B., Veronese, N., & Kahl, K. G. (2018). *Physical activity and mental health*. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 873–874.
- Susser, M. (1994). The logic in ecological: I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84(5), 825–829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.5.825>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Vandello, J. A., & Bosson, J. K. (2013). Hard won and easily lost: A review and synthesis of theory and research on precarious manhood. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), 101–113. <https://doi.org/10.1037/a0029826>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). “Boys don’t cry”: Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368–382. <https://doi.org/10.1037/a0023688>
- Weaver, J. R., Vandello, J. A., Bosson, J. K., & Burnaford, R. M. (2013). The proof is in the punch: Gender differences in perceptions of action and aggression as components of manhood. *Sex Roles*, 68(11–12), 767–778. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0213-4>
- Winter, M. & Sumbane, G. (2025). *Men’s Mental Health Matters: The Impact of Traditional Masculinity Norms...* American Journal of Men’s Health. <https://doi.org/10.1177/15579883251321670>
- Wong, Y. J., Ho, M. H. R., Wang, S. Y., & Miller, I. S. K. (2017). *Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes*. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. World Health Organization.

Declaração de Responsabilidade – Uso de Inteligência Artificial (IA)

Declaro que o presente trabalho foi integralmente realizado por mim e reflete o meu próprio raciocínio, análise, redação e originalidade. O uso de ferramentas de IA, nomeadamente do ChatGPT, foi feito de forma responsável e apenas como apoio à elaboração do trabalho. Em concreto, recorri à IA como instrumento de apoio à revisão linguística, simplificação de conteúdos e identificação de algumas referências relevantes durante a redação do enquadramento teórico. Todos os contributos gerados por esta via foram usados como ponto de partida, tendo sido revistos, adaptados e integrados de forma crítica, respeitando os princípios de integridade e responsabilidade académica.

ANEXOS

Anexo 1 – Descrição das Variáveis da Saúde Mental e Física Masculina

Nome técnico da variável	Descrição descritiva	Fonte e período	Nome técnico da variável	Descrição descritiva	Fonte e período
Sintomas Depressivos (homens)	Percentagem de homens com sintomas depressivos nos últimos 14 dias, segundo a escala PHQ-9.	EHIS (2019)	Gravidade dos sintomas depressivos	Percentagem de homens cuja sintomatologia depressiva, autorreportada nos últimos 14 dias, foi classificada como severa com base na escala PHQ-9.	EU-SILC (2019)
Depressão major (homens)	Percentagem de homens com sintomas depressivos de intensidade elevada, compatíveis com depressão major (PHQ-9).	EHIS (2019)	Necessidades médicas não satisfeitas	Percentagem de homens que referem necessidades médicas não satisfeitas nos últimos 12 meses.	EU-SILC (2019)
Inatividade e Física / Praticam até 150 minutos de atividade / Praticam mais de 150 minutos de atividade	Tempo médio de atividade física (nenhuma, <150 min, ≥150 min), segundo os critérios da OMS.	EHIS (2019)	Suporte Social Pobre	Percentagem de homens que afirmaram não ter ninguém com quem possam contar em caso de necessidade pessoal, emocional ou prática. Este dado é recolhido através de uma pergunta de resposta dicotómica (sim/não), integrada no módulo de participação social.	EU-SILC (2019)
Impacto negativo do trabalho na saúde	Percentagem de homens que referem que o trabalho afeta negativamente a	EHIS (2022)	Satisfação com a vida	Média da pontuação atribuída por homens numa escala de 0 (“nada	EU-SILC (2023)

	saúde física e/ou mental.				
Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho	Percentagem de homens que associam o trabalho ao surgimento de problemas de saúde física e/ou mental.	de	EHIS (2022)		
Autoavaliação da Saúde muito boa	Percentagem de homens que classificam a sua saúde como 'muito boa', numa escala de 1 a 5 (muito mau a muito bom).	de	EU-SILC (2019)		satisfeito”) a 10 (“totalmente satisfeito”). A percentagem de homens “satisfeitos” (e.g., ≥ 7) não se encontra disponível publicamente, sendo por isso utilizada a média como aproximação ao nível geral de satisfação.

Anexo 2 – Descrição dos Itens do Eurobarómetro 465

Código da variável	Descrição	Código da variável	Descrição
Índice de estereótipos de género (QC1r)	Índice composto que reflete o grau de adesão a estereótipos de género tradicionais, como a ideia de que os homens devem liderar ou que as mulheres são emocionalmente mais frágeis.	Estereótipo da Ambição Masculina (QC7.2 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a ideia de que “Os homens são mais ambiciosos do que as mulheres”, expressão de um estereótipo meritocrático.
Normas Emocionais Masculinas (QC1.1 disagree)	Percentagem de pessoas que discordam da frase “É aceitável que os homens chorem”, refletindo a internalização de normas emocionais restritivas.	Rejeição da Incompetência Feminina (QC7.5 Disagree)	Percentagem de pessoas que discordam da frase “As mulheres não têm as qualidades necessárias para cargos políticos”, refletindo crença na competência política feminina.
Estereótipo Emocional Feminino (QC1.2 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a frase “As mulheres tomam decisões mais baseadas nas emoções do que os homens” (“de acordo” + “totalmente de acordo”), expressão de um estereótipo de irracionalidade feminina.	Confiança na Representação Feminina (QC9)	Percentagem de pessoas que acreditam que “Uma representante política mulher pode representar os seus interesses”, indicador de aceitação da representação política feminina.

Papel Provedor Masculino (QC1.3 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a frase “O papel mais importante do homem é ganhar dinheiro”, reforçando o modelo tradicional de provedor masculino.	Confiança na Representação Masculina (QC10)	Percentagem de pessoas que acreditam que “Um representante político homem pode representar os seus interesses”, permitindo comparação com a percepção de representantes mulheres.
Rejeição do Papel Doméstico Feminino (QC1.4 disagree)	Percentagem de pessoas que discordam da frase “O papel mais importante da mulher é cuidar da casa e da família”, sinalizando rejeição de papéis de género tradicionais.	Perceção da Desigualdade Salarial (QC12 paid less)	Percentagem de pessoas que percebem que “as mulheres ganham menos do que os homens por hora de trabalho”, refletindo consciência da desigualdade salarial.
Igualdade como Valor Económico (QC3.1 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a afirmação “Promover a igualdade de género é importante para as empresas e para a economia”, revelando percepção do valor económico da igualdade.	Perceção de Salário Superior Feminino (QC12 paid more)	Percentagem de pessoas que acreditam que “as mulheres ganham mais, em geral”, o que pode indicar percepções distorcidas ou reativas.
Igualdade como Valor Democrático (QC3.2 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a ideia de que “A igualdade de género é essencial para uma sociedade democrática”, refletindo compromisso com valores democráticos.	Aceitação da Desigualdade Salarial (QC13 paid accept)	Percentagem de pessoas que consideram aceitável que “uma mulher receba menos do que um homem pelo mesmo trabalho em certas circunstâncias”, refletindo tolerância à desigualdade.
Igualdade como Valor Pessoal (QC3.3 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a importância da igualdade de género em termos pessoais, sinalizando envolvimento individual com a causa.	Crença em Salário Inferior Feminino (QC18 less)	Percentagem de indivíduos que acredita que, em cargos equivalentes, as mulheres ganham menos do que os homens, refletindo uma percepção de desigualdade salarial estrutural em posições equivalentes.
Justiça na Divisão das Tarefas (QC5.3 agree)	Percentagem de pessoas que concordam com a frase “Os homens devem partilhar igualmente as tarefas domésticas”, indicador de valorização da justiça na divisão do trabalho não remunerado.	Crença em Salário Superior Feminino (QC18 more)	Percentagem de indivíduos que acredita que, em cargos equivalentes, as mulheres ganham mais do que os homens, refletindo uma percepção de vantagem salarial feminina em posições equivalentes.

Anexo 3 – Valores por país das variáveis selecionadas do Eurostat e do Eurobarómetro 465 (percentagens, exceto para o Índice de Estereótipos de Género - média das questões QC1.1 a QC1.4; Satisfação com a vida – media de escala de 0 a 10; e o PIB - €/hab)

Country	Índice de estereótipos de género	Justiça na Divisão das Tarefas	Estereótipo da Ambição Masculina	Perceção da Desigualdade Salarial	Crença em Salário Superior Feminino	Sintomas Depressivos	Depressão major	Gravidade dos sintomas depressivos	Autoavaliação da Saúde muito boa	Suporte Social Pobre	Necessidades médicas não satisfeitas	Satisfação com a vida
European Union - 28 countries (2013-2020)	7,30	84	35	69	3	5,90	2,20	0,40	22,10	18,70	2,80	7,30
Belgium	6,60	88	41	79	3	7,50	3,40	1,00	30,90	17,80	1,50	7,70
Bulgaria	12,40	74	44	34	2	3,40	1,50	0,40	16,10			6,00
Czechia	10,30	66	57	72	2	3,20	0,80	0,20	26,10	11,90	1,50	7,20
Denmark	4,40	95	35	81	1	8,20	3,90	0,90	25,50	21,00	16,80	7,40
Germany	6,50	78	19	84	1	8,60	3,10	0,60	21,00	27,40	0,80	6,80
Estonia	9,40	90	46	63	1	5,90	2,20	0,20	11,70		12,50	7,00
Ireland	7,30	93	35	60	3	4,20	1,90	0,60	38,30	8,30	4,30	7,70
Greece	9,90	72	56	43	2	1,80	0,60	0,20	49,80	38,30	10,70	7,00
Spain	5,10	93	44	81	0	3,00	1,10	0,10	16,80	5,10	3,00	7,30
France	5,60	93	29	83	2	9,10	2,80	0,40	25,50	17,10	6,10	7,10
Croatia	9,00	70	44	58	4	6,50	2,70	0,60	36,00	4,80	6,10	7,20
Italy	8,60	82	53	51	2	2,80	1,00	0,30	18,30	19,70	1,50	7,40
Cyprus	8,90	81	46	55	3	1,90	0,70	0,30	44,20	8,60	0,00	7,50
Latvia	10,70	88	50	50	3	3,80	1,70	0,30	5,00	20,30	7,20	6,70
Lithuania	10,90	64	52	54	2	4,00	1,50	0,40	8,70		0,00	6,80
Luxembourg	5,80	92	30	65	0	7,20	3,20	0,90	22,80	24,70	2,90	7,30
Hungary	11,30	74	57	69	3	4,40	1,50	0,50	19,90	33,90	0,80	7,30

Malta	7,20	95	37	39	1	6,90	0,80	0,20	35,90	9,70	0,00	7,50
Netherlands	4,60	92	36	88	1	7,30	3,20	0,70	15,20	13,10	3,90	7,60
Austria	7,20	74	34	67	6	4,50	1,50	0,30	28,80	11,60	0,40	7,60
Poland	10,10	85	21	64	3	3,90	1,50	0,40	16,00	15,00	5,40	7,50
Portugal	7,20	86	46	55	2	5,90	2,10	0,50	14,20	11,90	2,50	7,40
Romania	10,20	74	49	31	7	3,30	1,50	0,40	30,00			7,80
Slovenia	8,70	78	39	68	2	6,40	3,10	0,70	24,20	13,60	6,50	7,60
Slovakia	10,60	77	60	68	1	2,60	0,90	0,30	26,20	18,50	0,00	7,30
Finland	6,10	91	48	81	2	6,50	2,60	0,50	13,90	23,80	8,70	7,60
Sweden	3,00	94	8	94	8	9,50	4,60	1,30	21,30	28,50	6,60	7,40
United Kingdom	6,30	89	21	64	3							

Country	Rejeição da Incompetência Feminina	Confiança na Representação Feminina	Confiança na Representação Masculina	Inatividade Física	Praticam até 150 minutos de atividade	Praticam mais de 150 minutos de atividade	Impacto negativo do trabalho na saúde	Problemas de saúde relatados pelo trabalho	PIB per Capita	Taxa de Desemprego
European Union - 28 countries (2013-2020)	80	86	82	43,7	19,0	37,3	65,8	9,8	100	6
Belgium	83	79	77	43,8	22,0	34,3	63,3	8,7	117	6
Bulgaria	70	85	87	72,7	10,5	16,8	70,7	3,4	66	4
Czechia	73	88	86	47,2	21,7	31,1	53,8	5,6	91	2
Denmark	90	96	94	19,5	26,7	53,8	43,4	7,5	128	6
Germany	86	87	85	26,7	21,1	52,2	36,4	9,9	115	4
Estonia	76	91	91	46,7	24,2	29,1	71,1	6,0	79	8
Ireland	80	92	88	45,5	14,1	40,4	61,9	3,0	211	4
Greece	84	86	82	62,4	13,4	24,2	74,5	2,9	70	8

Spain	88	91	88	43,7	15,3	41,0	79,1	6,1	92	10
France	92	82	73	44,8	21,2	33,9	77,6	7,2	99	8
Croatia	75	84	82	60,0	16,6	23,4	62,7	6,2	77	5
Italy	61	80	70	59,2	16,3	24,5	65,1	5,4	98	6
Cyprus	78	75	62	61,7	11,8	26,5	67,4	3,8	95	5
Latvia	58	83	84	52,6	22,9	24,6	74,7	4,8	71	8
Lithuania	78	91	89	54,5	20,1	25,3	52,9	2,0	87	8
Luxembourg	88	94	89	32,8	18,8	48,4	78,7	10,7	241	7
Hungary	55	82	84	38,0	26,2	35,8	64,3	2,8	77	5
Malta	76	87	88	68,1	17,3	14,5	52,8	2,2	109	3
Netherlands	96	96	95	22,2	12,8	65,0	85,1	6,8	135	4
Austria	76	82	82	31,1	22,6	46,3	83,2	13,4	115	6
Poland	76	85	82	52,4	23,1	24,5	70,3	36,7	79	3
Portugal	83	94	91	60,3	18,6	21,1	87,2	5,5	82	6
Romania	56	74	79	76,0	11,5	12,4	69,4	2,9	79	6
Slovenia	79	92	92	44,4	18,4	37,2	70,6	4,2	91	4
Slovakia	66	79	79	42,3	20,9	36,8	61,6	7,5	75	5
Finland	87	94	89				75,5	21,4	103	9
Sweden	96	97	94	24,1	19,7	56,1	79,9	15,8	114	8
United Kingdom	85	87	84							

Anexo 4 - Correlações de Pearson entre variáveis do Eurobarómetro 465 e do Eurostat

		Correlações											
Nomes		Sintomas Depressivos	Autoavaliação da Saúde muito boa	Depressão major	Gravidade dos sintomas depressivos	Suporte Social Pobre	Necessidades médicas não satisfeitas	Satisfação com a vida	Inatividade Física	Praticam até 150 minutos de atividade	Praticam mais de 150 minutos de atividade	Impacto negativo do trabalho na saúde	Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho
Índice de estereótipos de género (QC1r)	Correlação de Pearson	-0,711**	-0,030	-0,673**	-0,555**	0,061	-0,217	-0,436*	0,646**	-0,070	-0,709**	-0,171	-0,216
	P-value	0,000	0,879	0,000	0,002	0,778	0,287	0,020	0,000	0,727	0,000	0,384	0,269
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Normas Emocionais Masculinas (QC1.1_disagree)	Correlação de Pearson	-0,637**	0,046	-0,536**	-0,402*	-0,049	-0,231	-0,348	0,599**	-0,165	-0,624**	-0,152	-0,165
	P-value	0,000	0,815	0,003	0,034	0,819	0,256	0,069	0,001	0,412	0,000	0,439	0,400
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Estereótipo Emocional Feminino (QC1.2_agree)	Correlação de Pearson	-0,151	-0,047	-0,140	-0,043	-0,128	-0,034	0,255	0,105	0,004	-0,118	-0,126	-0,092
	P-value	0,435	0,817	0,468	0,826	0,559	0,872	0,199	0,596	0,985	0,550	0,523	0,641
	N	29	27	29	29	23	25	27	28	28	28	28	28
Papel Provedor Masculino (QC1.3_agree)	Correlação de Pearson	-0,128	-0,020	-0,160	-0,092	-0,289	0,019	0,220	0,265	-0,025	-0,288	-0,185	-0,129
	P-value	0,509	0,923	0,408	0,635	0,181	0,928	0,271	0,173	0,900	0,138	0,347	0,515
	N	29	27	29	29	23	25	27	28	28	28	28	28
Rejeição do Papel Doméstico Feminino (QC1.4_disagree)	Correlação de Pearson	0,145	0,046	0,132	0,021	0,186	-0,048	-0,220	-0,192	0,031	0,204	0,103	0,150
	P-value	0,452	0,820	0,496	0,913	0,395	0,820	0,271	0,329	0,877	0,299	0,602	0,447
	N	29	27	29	29	23	25	27	28	28	28	28	28
Igualdade como Valor Económico (QC3.1_agree)	Correlação de Pearson	0,174	0,261	0,073	0,170	0,001	-0,262	0,282	0,022	-0,463*	0,129	0,295	-0,095
	P-value	0,377	0,179	0,714	0,386	0,996	0,197	0,147	0,913	0,015	0,522	0,127	0,630
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
	Correlação de Pearson	0,238	0,306	0,157	0,240	-0,011	-0,168	0,195	0,021	-0,410*	0,113	0,285	-0,067

Igualdade como Valor Democrático (QC3.2_agree)	P-value	0,223	0,114	0,426	0,219	0,960	0,411	0,319	0,916	0,034	0,576	0,142	0,737
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Igualdade como Valor Pessoal (QC3.3_agree)	Correlação de Pearson	0,265	0,437*	0,177	0,285	-0,043	-0,246	0,402*	-0,060	-0,379	0,194	0,202	0,015
	P-value	0,173	0,020	0,366	0,142	0,842	0,225	0,034	0,765	0,051	0,332	0,304	0,940
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Justiça na Divisão das Tarefas (QC5.3_agree)	Correlação de Pearson	0,516**	-0,134	0,450*	0,330	-0,095	0,343	0,313	-0,361	0,095	0,377	0,251	0,232
	P-value	0,005	0,498	0,016	0,087	0,658	0,086	0,105	0,065	0,636	0,052	0,198	0,235
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28

Correlações		Sintomas Depressivos	Autoavaliação da Saúde muito boa	Depressão maior	Gravidade dos sintomas depressivos	Suporte Social Pobre	Necessidades médicas não satisfeitas	Satisfação com a vida	Inatividade e Física	Praticam até 150 minutos de atividade	Praticam mais de 150 minutos de atividade	Impacto negativo do trabalho na saúde	Problemas de saúde relatados causados pelo trabalho	
Nomes	Estereótipo da Ambição Masculina (QC7.2_agree)	Correlação de Pearson	-0,692**	0,040	-0,656**	-0,581**	-0,008	-0,110	-0,125	0,487**	-0,117	-0,512**	-0,042	-0,514**
		P-value	0,000	0,841	0,000	0,001	0,970	0,592	0,526	0,010	0,560	0,006	0,833	0,005
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Perceção da Desigualdade Salarial (QC12_paid_less)		Correlação de Pearson	0,604**	-0,215	0,642**	0,497**	0,111	0,148	0,258	-0,885**	0,460*	0,849**	0,027	0,375*
		P-value	0,001	0,271	0,000	0,007	0,607	0,471	0,184	0,000	0,016	0,000	0,893	0,049
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Perceção de Salário Superior Feminino (QC12_paid_more)		Correlação de Pearson	-0,239	0,208	-0,313	-0,221	-0,060	-0,410*	0,189	0,500**	-0,178	-0,509**	-0,041	-0,179
		P-value	0,222	0,287	0,105	0,258	0,782	0,038	0,336	0,008	0,376	0,007	0,838	0,361
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Aceitação da Desigualdade Salarial (QC13_paid_accepted)		Correlação de Pearson	-0,404*	0,138	-0,302	-0,193	-0,116	-0,096	0,197	0,371	0,044	-0,436*	-0,149	0,013
		P-value	0,033	0,485	0,118	0,324	0,590	0,642	0,315	0,056	0,827	0,023	0,449	0,948
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Crença em Salário Inferior Feminino (QC18_less)		Correlação de Pearson	0,035	0,038	-0,019	0,048	0,038	-0,496**	0,050	-0,347	0,412*	0,256	-0,254	0,207
		P-value	0,860	0,847	0,925	0,807	0,859	0,010	0,801	0,076	0,033	0,197	0,193	0,290
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Crença em Salário Superior Feminino (QC18_more)		Correlação de Pearson	0,019	0,178	0,147	0,284	0,068	-0,051	0,266	0,089	-0,070	-0,078	0,223	0,167
		P-value	0,925	0,364	0,454	0,144	0,752	0,805	0,172	0,660	0,727	0,699	0,254	0,396
		N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28

Rejeição da Incompetência Feminina (QC7.5_Woman_NoS SkillPolitic_Disagree)	Correlação de Pearson	0,618**	0,075	0,595**	0,462*	-0,033	0,297	0,138	-0,539**	-0,036	0,623**	0,162	0,252
	P-value	0,000	0,706	0,001	0,013	0,880	0,141	0,483	0,004	0,859	0,001	0,411	0,197
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Confiança na Representação Feminina (QC9_Woman_Represent_Politic)	Correlação de Pearson	0,486**	-0,344	0,527**	0,408*	0,061	,446*	-0,009	-0,514**	0,141	0,535**	0,117	0,147
	P-value	0,009	0,073	0,004	0,031	0,776	0,022	0,966	0,006	0,484	0,004	0,554	0,456
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28
Confiança na Representação Masculina (QC10_Man_Represent_Politic)	Correlação de Pearson	0,416*	-0,411*	0,456*	0,347	0,086	0,381	-0,076	-0,407*	0,193	0,396*	0,055	0,058
	P-value	0,028	0,030	0,015	0,070	0,689	0,055	0,702	0,035	0,334	0,041	0,780	0,769
	N	28	28	28	28	24	26	28	27	27	27	28	28

