



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

RELAÇÃO ENTRE ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO NA UNIÃO EUROPEIA: ESTUDO ECOLÓGICO

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante –

Joana Ribas Teixeira Leal

Porto, julho 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

RELAÇÃO ENTRE ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO NA UNIÃO EUROPEIA: ESTUDO ECOLÓGICO

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Joana Ribas Teixeira Leal

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Diogo Costa

Porto, julho 2025

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Diogo Costa, expresso um sincero agradecimento pela orientação rigorosa, as sugestões valiosas e pela confiança no meu trabalho.

Aos meus professores que, ao longo do curso, contribuíram para a minha formação académica e pessoal. Obrigada pela partilha de conhecimentos e experiências.

À minha família, em especial aos meus pais, agradeço o amor incondicional, apoio constante e por acreditarem sempre em mim. São sem dúvida a minha maior inspiração.

Aos meus amigos, agradeço pela paciência e amizade que foi fundamental em dias mais desmotivantes.

Agradeço aos meus colegas e em especial às minhas amigas - Érica, Joana Santos, Joana Polónia, Mariana, Matilde, Mafalda e Rafaela – por serem tão especiais na minha vida e por tornarem este percurso muito mais leve e bonito.

Resumo

Este estudo explorou a relação entre os estereótipos de género e a saúde mental das mulheres na União Europeia, focando-se na qualidade de vida e nos sintomas de depressão. Foi usada uma abordagem quantitativa, ecológica, com base em dados recolhidos no âmbito do Eurobarómetro 465 (Estereótipos de Género) e dados disponibilizados pelo Eurostat, usando-se os 27 países da União Europeia como unidade de análise. Analisaram-se as relações entre indicadores de Estereótipos de género e vários indicadores da qualidade de vida, como a satisfação com a vida, o suporte social, a perceção do estado de saúde e necessidades de cuidados médicos não atendidos, assim como os sintomas depressivos.

Os resultados sugerem que, ao nível do país, uma maior aceitação de estereótipos tradicionais de género, associa-se com uma menor proporção de mulheres que reportam sintomas depressivos, mas também com indicadores sugestivos de uma pior qualidade de vida. Em particular, observaram-se correlações negativas entre estereótipos tradicionais de género e indicadores nacionais de satisfação com a vida, suporte social e (muito boa) saúde autoreportada, nas mulheres.

Os resultados deste estudo reforçam a importância de desenvolver políticas e programas que promovam a igualdade de género, não só como questão de justiça social, mas também como forma de proteger a saúde mental e melhorar a qualidade de vida das mulheres na Europa.

Palavras-chave: qualidade de vida, depressão, União Europeia, mulheres, saúde mental

Abstract

This study explored the relationship between gender stereotypes and women's mental health in the European Union, focusing on quality of life and depressive symptoms. A quantitative, ecological approach was adopted, based on data collected from Eurobarometer 465 (Gender Stereotypes) and additional data provided by Eurostat, using the 27 EU member states as units of analysis. The study examined the associations between indicators of gender stereotypes and several quality-of-life measures, including life satisfaction, social support, self-perceived health status, unmet medical needs, and depressive symptoms.

The results suggest that, at the country level, greater acceptance of traditional gender stereotypes was associated with a lower proportion of women reporting depressive symptoms, but also with indicators suggesting a lower overall quality of life. Specifically, negative correlations were found between traditional gender stereotypes and national indicators of life satisfaction, social support, and self-reported (very good) health, among women.

These findings highlight the importance of developing policies and programs that promote gender equality—not only as a matter of social justice, but also as a means of protecting mental health and improving women's quality of life across Europe.

Keywords: quality of life, depression, European Union, women, mental health

Índice

<i>Introdução.....</i>	<i>7</i>
<i>Enquadramento teórico</i>	<i>9</i>
Definição de estereótipos de género	9
Relação entre estereótipos de género e a saúde mental	10
Estereótipos de género e qualidade de vida	11
Estereótipos de género e depressão	12
<i>Métodos.....</i>	<i>13</i>
Fundamentação do método	13
Amostra	14
Instrumentos.....	15
Procedimento de recolha de dados	19
Procedimento de tratamento dos dados.....	20
<i>Resultados</i>	<i>21</i>
<i>Discussão</i>	<i>27</i>
<i>Conclusão</i>	<i>29</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>31</i>
<i>Anexos</i>	<i>34</i>
Anexo 1- Tabela de dados (estereótipos de género).....	34
Anexo 2 – Tabela de dados (sintomas depressivos e indicadores da qualidade de vida)	36
Anexo 3 – Questões e dimensões	38

Introdução

O presente projeto de dissertação visa investigar a relação entre os estereótipos de género e a saúde mental das mulheres na Europa, destacando-se como um estudo de relevância social, cultural e científica. A influência dos estereótipos de género na saúde mental das mulheres é uma preocupação de longa data e permanece uma questão pertinente na sociedade contemporânea. Estes estereótipos, moldados por normas sociais e culturais, podem afetar significativamente a qualidade de vida e aumentar os riscos de depressão entre as mulheres, sendo estas as variáveis a analisar no projeto.

A pandemia da COVID-19 acentuou, nos últimos anos, algumas desigualdades, com impacto direto na saúde mental das mulheres. As mulheres foram desproporcionalmente afetadas pelo aumento da violência de género, sobrecarga doméstica e instabilidade económica, sendo estes, fatores que reforçam estereótipos e agravam os seus efeitos prejudiciais no bem-estar psicológico (UN Women, 2021).

As normas de género continuam a influenciar as oportunidades, expectativas e tratamento diferenciado atribuído a homens e mulheres em diversas esferas da vida, incluindo trabalho, educação, família e saúde (Eurobarómetro, 2017). Portanto, compreender como esses estereótipos afetam a saúde mental das mulheres é crucial para promover a igualdade de género e garantir o bem-estar psicológico de indivíduos e sociedades como um todo.

No contexto europeu, esta questão adquire contornos particulares devido à diversidade cultural, política e histórica da região. A Europa é composta por uma variedade de países com diferentes sistemas de valores, línguas e tradições, o que influencia diretamente as perceções e manifestações dos estereótipos de género em cada contexto nacional. Portanto, investigar essa relação comparando países europeus permitirá a identificação de padrões e nuances específicas, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos mecanismos pelos quais os estereótipos de género afetam a saúde mental das mulheres (Eurobarómetro, 2017).

A relevância do Eurobarómetro neste estudo é destacada pela sua abrangência e representatividade. Como uma pesquisa periódica, conduzida pela Comissão Europeia, o Eurobarómetro oferece dados obtidos a partir de amostras representativas da população europeia, permitindo uma análise abrangente de múltiplas atitudes e perceções, incluindo em relação aos estereótipos de género, como foram o caso dos Eurobarómetros realizados em 2017 e em 2024. Além disso, a série temporal do Eurobarómetro possibilita a análise de tendências e mudanças ao longo do tempo nas normas de género e perceções sobre saúde mental na Europa,

forneendo *insights* valiosos sobre a evolução desses fenómenos ao longo das décadas (Eurobarómetro, 2017).

A dissertação apresentada irá dividir-se em três partes. Numa primeira fase será apresentado o enquadramento teórico, no qual serão explorados os dois grandes temas: os estereótipos de género e a sua relação com a saúde mental, nomeadamente com a qualidade de vida e a depressão. Numa fase posterior será detalhado o método, onde se apresentam os objetivos específicos, hipóteses, amostra, instrumentos, procedimentos de recolha e tratamento dos dados. De seguida, serão apresentados os resultados e discussão dos mesmos. Por fim, terminará com as referências bibliográficas e anexos.

Enquadramento teórico

Definição de estereótipos de género

Os estereótipos de género são crenças amplamente compartilhadas sobre as características, papéis e comportamentos considerados apropriados para homens e mulheres numa determinada sociedade. Esses estereótipos podem influenciar a maneira como as pessoas percebem e se comportam em relação aos géneros, moldando expectativas sociais e limitando as oportunidades com base no sexo ou género de uma pessoa (Brown & Stone, 2016).

Por exemplo, alguns estereótipos de género incluem a ideia de que os homens devem ser assertivos, fortes e emocionalmente contidos (American Psychological Association, 2018), enquanto as mulheres devem ser gentis, emocionalmente sensíveis e voltadas para atividades domésticas (Reich-Stiebert et al., 2023). Essas expectativas podem afetar várias áreas da vida, desde escolhas de carreira até dinâmicas familiares e relacionamentos interpessoais.

É importante reconhecer que os estereótipos de género são construções sociais e culturais e não refletem necessariamente as competências e interesses das pessoas. Desafiar e desconstruir esses estereótipos é essencial para promover a igualdade de género e criar sociedades mais justas e inclusivas (Rodrigues, 2011).

Muitas vezes, os estereótipos de género influenciam as perceções e oportunidades tanto para os homens como para as mulheres. Como os estereótipos estão enraizados nas expectativas e perceções da sociedade, moldam a forma como os indivíduos percebem e representam as diferenças de género (Ellemers, 2018).

O Eurobarómetro disponibiliza diversos relatórios sobre diferentes temas e diferentes países na União Europeia. Para este estudo, são referenciados dois relatórios do Eurobarómetro, 465 referente a 2017 (“*Gender Equality*”) e 544 referente a 2024 (“*Gender stereotypes – violence against women*”). A escolha destes relatórios justifica-se pela sua pertinência para os objetivos deste estudo, uma vez que ambos abordam as perceções e atitudes da população europeia relativamente aos estereótipos de género. Ao analisar os resultados do Eurobarómetro 465, de 2017, sobre a presença de estereótipos de género na União Europeia (EU), percebemos que ainda existe uma distância significativa entre a perceção e a realidade. Por exemplo, embora a maioria das pessoas entrevistadas considere que alcançar a igualdade de género é fundamental para uma sociedade mais justa e democrática, ainda há dúvidas sobre a sua realização efetiva (Eurobarómetro, 2017).

Relação entre estereótipos de gênero e a saúde mental

A relação entre discriminação/estereótipos de gênero e a saúde mental das mulheres na Europa pode ser complexa. A discriminação de gênero pode expressar-se de diversas formas, como as disparidades salariais, a falta de acesso a oportunidades de emprego, violência doméstica e limitações nas escolhas de vida (American Psychological Association, 2023). Essas formas de discriminação podem criar um ambiente onde as mulheres se sentem desvalorizadas e incapazes de expressar todo o seu potencial (European Institute for Gender Equality, 2020). Além disso, podem contribuir para problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, stress crónico e baixa autoestima. Por exemplo, a pressão social para se conformar a padrões de beleza irreais pode levar a distúrbios alimentares e imagem corporal negativa (European Institute for Gender Equality, 2021).

Muitos dos papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres são valorizados de forma diferente, sendo os dos homens geralmente vistos como mais importantes ou desejáveis (Bussey & Bandura, 1999). Segundo a teoria cognitiva social do desenvolvimento de gênero, proposta por Bussey e Bandura (1999), as ideias sobre o que é ser “homem” ou “mulher” formam-se a partir de normas sociais sobre o comportamento esperado para cada gênero. Ou seja, a forma como pensamos e as influências sociais moldam os papéis de gênero. Por isso, estereótipos de gênero podem criar expectativas sobre como as mulheres devem agir, aumentando a pressão para que desempenhem vários papéis ao mesmo tempo.

Embora a Europa tenha feito progressos significativos na igualdade de gênero e nos direitos das mulheres, ainda existem desafios persistentes que afetam a sua saúde mental. Segundo Fodor et al. (2011), as mulheres na Europa enfrentam maiores riscos de desigualdade social e menor qualidade de vida, com maior risco de desemprego, menores rendimentos e maior risco de depressão.

Segundo Devries et al. (2013), a desigualdade de gênero não afeta apenas o acesso a recursos ou oportunidades, mas está fortemente associada à prevalência de violência entre parceiros íntimos, impactando a saúde mental das mulheres.

A discriminação persiste, principalmente, no meio familiar, onde algumas práticas desiguais criam diferenças entre os homens e as mulheres. Sendo que na maioria das vezes são as mulheres que ficam mais prejudicadas e que têm menos oportunidades que os homens, vêm a sua saúde mental negativamente afetada. Por isso, é importante que se expanda a literacia em todo o mundo, para enfrentar essa exposição assimétrica aos riscos e assim promover o bem-estar das mulheres (UNESCO, 2020).

A pressão da sociedade que faz com que os indivíduos do sexo masculino e feminino se conformem com certos papéis de género pode ter efeitos adversos, como uma diminuição da autoestima, o aparecimento de ansiedade ou até mesmo de depressão (Mahalik et al., 2007).

Os objetivos deste estudo passam por analisar a relação entre os estereótipos de género e indicadores selecionados de saúde mental, nomeadamente a qualidade de vida e depressão, em mulheres na Europa. Assim, pela pertinência para este estudo, apresentamos a relação que tem sido encontrada entre estereótipos de género, qualidade de vida e depressão.

Estereótipos de género e qualidade de vida

A qualidade de vida, definida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 2012, p. 11) é uma variável que avalia vários aspetos do bem-estar e satisfação de uma pessoa ou comunidade, não considerando apenas indicadores económicos, como renda e emprego, mas também aspetos sociais, emocionais, físicos e ambientais (World Health Organization, 2012).

Os países nórdicos lideram os rankings europeus de qualidade de vida. Países como a Dinamarca, Suécia e Finlândia ocupam as primeiras posições, refletindo altos níveis de segurança, estabilidade económica e políticas sociais inclusivas (Tiemer, 2018). Ainda assim, o país que se encontra na primeira posição é o Luxemburgo, refletindo de igual forma a segurança e estabilidade em diferentes dimensões (Statista, 2025).

Uma maior igualdade de género está associada a níveis agregados mais elevados de bem-estar subjetivo (Kuscharska, 2017). A magnitude do efeito da desigualdade é significativa, indicando que mudanças na desigualdade estão relacionadas a mudanças substanciais no bem-estar.

A igualdade de género contribui para o bem-estar geral da sociedade, promovendo uma distribuição mais equitativa de recursos e oportunidades. Assim, as políticas e práticas que visam promover a igualdade de género, diminuindo assim os estereótipos de género, não apenas beneficiam as mulheres, mas também contribuem para o aumento do bem-estar e da satisfação geral da sociedade como um todo (Audette et. al, 2019).

Embora a esperança média de vida esteja a aumentar, o número de anos vividos com qualidade de vida não cresce na mesma proporção (OECD & European Commission, 2024). Mulheres geralmente vivem mais, mas em alguns países podem ter menor qualidade de vida devido a fatores socioeconómicos e culturais. Segundo Leão et al., (2024) desigualdades de género, como níveis educacionais, influenciam a saúde, assim como desequilíbrios de renda e

poder entre os géneros. Esses fatores contribuem para a distribuição desigual de saúde mental entre homens e mulheres ao longo da vida adulta. Desta forma, maior igualdade de género, acesso equitativo ao emprego e distribuição justa do poder político e económico beneficiam a saúde de homens e mulheres (Leão et. al., 2024).

Estereótipos de género e depressão

Segundo dados do Eurostat, em 2019, mais de 7% da população da União Europeia sofria de depressão. Portugal registou os valores mais elevados (12,2%), seguido da Suécia (11,7%), Alemanha e Croácia (ambos com 11,6%). Em contrapartida, os países com menor percentagem de população com depressão são a Roménia (1%), Bulgária (2,7%) e Malta (3,5%) (Eurostat, 2021). A prevalência da depressão foi maior entre mulheres do que homens em todos os países da União Europeia. Portugal apresenta a maior proporção de mulheres com depressão (16,4%), enquanto a Suécia regista os maiores valores de depressão em homens (10%) (Eurostat 2021).

Segundo Broderick & Korteland (2002), os níveis de depressão aumentam com a idade e são as mulheres que relatam níveis mais elevados de depressão à medida que envelhecem. Este aumento pode ser justificado pela presença de estereótipos de género.

Os estereótipos de género desempenham um papel significativo no desenvolvimento e manutenção da depressão, criando expectativas irreais, promovendo estigma e discriminação, limitando oportunidades e contribuindo para desigualdades de poder (Wisdom, 2007). Na sociedade, os estereótipos em torno da feminilidade frequentemente associam as mulheres à passividade, fragilidade e sensibilidade, enquanto atribuem aos homens características como força, coragem e autoridade (Rice et al., 2011). Esses papéis de género diferenciados têm consequências prejudiciais para a saúde de ambos os sexos, afetando comportamentos de proteção à saúde, a procura de ajuda e perceção da doença (Rice et al., 2011).

Por exemplo, as expectativas de que os homens devem ser emocionalmente fortes e não mostrar fraqueza podem impedir que eles procurem ajuda para problemas de saúde mental, aumentando o risco de depressão. Da mesma forma, a pressão social sobre as mulheres para se encaixarem em padrões de beleza irreais pode levar à insatisfação com a aparência física e baixa autoestima (Kucharska, 2017), contribuindo para a depressão. Assim, os papéis sociais que os homens e as mulheres ocupam podem ser responsáveis pelas diferenças de género nas taxas de perturbações psiquiátricas (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). Mesmo que os estereótipos de género afetem a saúde mental dos homens e das mulheres, os níveis de sofrimento psicológico e a prevalência de sintomas depressivos e perturbações de ansiedade relativamente aos

estereótipos de género é significativamente maior em mulheres quando comparadas com homens (World Health Organization, 2002).

Apesar dessas pressões, as mulheres tendem a adotar comportamentos de saúde mais preventivos do que os homens, em parte devido a terem sido historicamente encorajadas para tal. Isso resulta em estilos de vida mais saudáveis para as mulheres e menos condições crônicas severas, bem como uma maior longevidade em comparação com os homens. Além disso, as mulheres têm maior facilidade em assumir o papel de doente, pois a fragilidade associada à doença é socialmente mais aceite para o género feminino (Rabasquinho & Pereira, 2007).

As crenças sobre como é que os homens e as mulheres se devem comportar, influenciam as reações e comportamentos dos indivíduos em certas situações. A estratégia mais comum é a ruminação, onde os indivíduos direcionam a atenção apenas para pensamentos negativos e dessa forma os sintomas depressivos tendem a aumentar (Broderick & Korteland, 2002).

Esses padrões de comportamento e perceções sociais influenciam profundamente a experiência de saúde e doença para homens e mulheres, destacando a necessidade de desafiar e desconstruir os estereótipos de género prejudiciais. Ao promover uma compreensão mais equitativa e inclusiva dos papéis de género na sociedade, podemos ajudar a reduzir o impacto negativo desses estereótipos na saúde mental e bem-estar de todos.

A relação entre estereótipos de género e a saúde mental das mulheres na Europa, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida e à depressão, ainda foi pouco explorada. Estudar esta ligação pode ajudar a identificar padrões e a levantar novas hipóteses sobre fatores culturais que influenciam esta relação. Por isso, este estudo tem como objetivo aprofundar este tema, cruzando dados sobre estereótipos de género recolhidos em duas ondas de aplicação do Eurobarómetro com indicadores de saúde mental das mulheres disponíveis nas bases de dados do Eurostat, nomeadamente sobre qualidade de vida e depressão.

Métodos

Fundamentação do método

O presente estudo quantitativo, ecológico, utiliza dados secundários do Eurobarómetro e Eurostat. O estudo ecológico correlacional permite uma compreensão mais ampla de fenómenos complexos, analisando padrões e relações em níveis populacionais, em vez de se focar apenas em indivíduos isolados (Lima-Costa & Barreto, 2003). Sendo que para este estudo pretendemos abordar questões de saúde pública e políticas sociais, uma análise ecológica torna-se particularmente relevante (Rodrigues et al., 2017).

Tendo em conta a natureza do estudo, as correlações foram analisadas com especial foco nas respostas dadas por mulheres, de forma a compreender o impacto social e psicológico das desigualdades de género.

Para este estudo, foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos: 1) Analisar a relação entre os estereótipos de género e a qualidade de vida percebida pelas mulheres na Europa e, 2) analisar a relação entre os estereótipos de género e sintomas de depressão entre as mulheres na Europa.

Além dos objetivos foram desenvolvidas hipóteses que dão respostas provisórias para o problema de pesquisa. Assim, H1) é esperado que países em que se observe uma maior proporção da população mostrando conformidade com os estereótipos de género apresentem uma maior proporção de mulheres (como percentagem da população) com menor qualidade de vida (medida através de dados agregados ao nível do país). Ou seja, os países em que o valor agregado (percentual) da população sugere que esta segue mais estritamente os papéis e expectativas tradicionais atribuídos às mulheres e homens pela sociedade, tendem a apresentar menores valores agregados de qualidade de vida nas mulheres. Relativamente à depressão, H2) é esperado que países com uma maior percentagem da população indicando conformidade com os estereótipos de género, apresentem níveis percentuais superiores de depressão para as mulheres.

Amostra

As amostras analisadas neste estudo foram recolhidas no âmbito de duas fontes secundárias: O Eurobarómetro e o Eurostat. O inquérito Eurobarómetro é o instrumento oficial de sondagem utilizado pelo Parlamento Europeu e pela Comissão Europeia para monitorizar regularmente o estado da opinião pública sobre questões relacionadas com a União Europeia, bem como atitudes sobre temas de natureza política e social (Parlamento Europeu, n.d.). O Eurostat é o órgão oficial de estatísticas da Comissão Europeia, responsável por fornecer estatísticas de alta qualidade a nível europeu que permitem comparações entre países e regiões (Eurostat, n.d.). Para a variável da qualidade de vida serão utilizados indicadores recolhidos através da iniciativa *European Health Interview Survey* (EHIS) e da *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), retirados da base de dados do Eurostat. Para os indicadores de depressão serão utilizados dados recolhidos através do Patient Health Questionnaire (PHQ-8), também retirados da base de dados Eurostat. Para medir os estereótipos de género, recorreremos ao uso do Eurobarómetro.

Em relação à **variável da qualidade de vida**, esta foi obtida através do Inquérito Europeu à Saúde (EHIS – *European Health Interview Survey*), que tem como objetivo a recolha de dados harmonizados sobre o estado de saúde, os comportamentos de risco e a utilização de cuidados de saúde da população residente nos Estados-Membros da União Europeia (Eurostat, 2020). Para tal, o inquérito está estruturado em quatro módulos principais: estado de saúde, determinantes de saúde, cuidados de saúde e variáveis de base (características sociodemográficas). É direcionado à população residente na União Europeia com 15 anos ou mais, que vive em agregados familiares privados (exclui pessoas que vivem em lares ou instituições). A seleção dos participantes é realizada através de técnicas de amostragem probabilística aleatória, garantindo a representatividade populacional. O tamanho das amostras na vaga realizada em 2019 variou entre 4054 e 45962.

Já o objetivo do Inquérito Europeu sobre Rendimento e Condições de Vida (EU-SILC) é recolher dados comparáveis sobre rendimento, condições de vida, pobreza, exclusão social e bem-estar (Eurostat, 2023). A amostra é composta por indivíduos com 16 ou mais anos de idade, residentes em agregados familiares privados nos países participantes, sendo excluídas pessoas institucionalizadas. A amostragem é probabilística, aleatória e representativa da população de cada país. O tamanho mínimo efetivo da amostra para o módulo transversal da União Europeia totaliza cerca de 273.000 indivíduos, distribuídos por 130.000 agregados familiares, com variações entre países (por exemplo, 3.250 famílias no Luxemburgo e 8.250 na Alemanha)

Para a **depressão**, obtida também a partir do PHQ-8 inserido no EHIS, a amostra incluiu 24824 pessoas com 15 anos ou mais de idade residentes em domicílios particulares no território do país avaliado. Foi utilizada uma amostra aleatória e estratificada, garantindo representatividade nacional.

Os dados sobre os **estereótipos de género** foram retirados do Eurobarómetro, dos inquéritos realizados em 2017 e 2024 (European Commission, 2017; European Commission, 2024). Foram entrevistadas pessoas de diferentes grupos sociais e demográficos dos países da União Europeia, sendo que em média eram realizadas cerca de 1000 entrevistas por país a indivíduos com mais de 18 anos. A amostra caracteriza-se por ser aleatória, estratificada e multiestágio..

Instrumentos

Foram consideradas três fontes de dados:

Para avaliar a variável da qualidade de vida definiram-se quatro indicadores: questões relacionadas com a saúde autopercebida, o suporte social, a satisfação com a vida e os cuidados

médicos não atendidos. Como mencionado anteriormente, foi utilizado o instrumento EU-SILC para a saúde autopercebida, a satisfação com a vida e os cuidados médicos não atendidos.

A componente de saúde do EU-SILC integra o *Módulo Mínimo Europeu de Saúde* (MEHM), que inclui a autoavaliação da saúde/saúde autopercebida onde é feita uma pergunta sobre a percepção subjetiva do próprio estado de saúde (“Como classificaria o seu estado geral de saúde) usando como categorias de resposta: muito boa/boa/razoável/fraco/muito fraco. Para este estudo, foi apenas selecionado a percentagem de participantes que responderam “muito boa”.

Para a satisfação com a vida, foi também utilizado o EU-SILC. Está integrado no módulo de bem-estar subjetivo do EU-SILC, onde é feita uma pergunta única sobre a satisfação geral com a vida – “Em geral, quão satisfeito está com a sua vida atualmente?” A resposta é dada em função de uma escala likert de 11 pontos, de 0 a 10, onde 0 é “completamente insatisfeito” e 10 significa “completamente satisfeito.

O indicador referente às necessidades não atendidas de cuidados médicos foi medida com a seguinte questão incluída no instrumento EU-SILC - “No último ano, houve algum momento em que sentiu que precisava de exame médico ou tratamento (excluindo dentista), mas não os recebeu?”. As respostas possíveis foram “Sim” ou “Não”. Caso a resposta fosse “Sim”, solicitava-se a indicação do motivo principal entre as seguintes categorias: razões financeiras, listas de espera, distância ou falta de transporte para o serviço de saúde. Utilizou-se a proporção de população com resposta “sim” neste indicador, independentemente da razão.

Para o indicador do suporte social foi também utilizado o EHIS. O conceito de suporte social é definido como a crença de que se é cuidado e amado, estimado e valorizado. Trata-se de uma consequência da interação entre fatores individuais e o ambiente social. É um conceito estratégico não apenas para compreender a manutenção da saúde e o desenvolvimento de problemas de saúde mental e somática, mas também para a sua prevenção. A sua medição é feita através de um módulo específico que inclui questões padronizadas relacionadas à percepção de apoio social por parte dos entrevistados. O instrumento utilizado foi o Oslo Social Support Scale (OSSS-3) e inclui 3 questões: Número de pessoas próximas em caso de problemas pessoais graves (Quantas pessoas são tao próximas de si que pode contar com elas se tiver problemas pessoais graves?) - as opções de resposta foram: nenhuma; 1 ou 2; 3 a 5; ou 6 ou mais pessoas; Grau de interesse e preocupação demonstrado por outras pessoas (quanto interesse ou preocupação as pessoas demonstram em relação ao que está a fazer?) - a resposta é dada numa escala de Likert de cinco pontos: muito interesse e preocupação; algum interesse; incerto; pouco interesse; nenhum interesse; Facilidade em obter ajuda prática dos vizinhos em

caso de necessidade (quão fácil é obter ajuda prática dos vizinhos caso necessite?) - as respostas seguem uma escala de Likert de cinco pontos: muito fácil; fácil; possível; difícil; muito difícil. As respostas são pontuadas entre 1 e 5 pontos. A pontuação total da OSSS-3 varia de 3 a 14, sendo obtida pela soma simples das respostas às três questões. Assim, valores mais baixos indicam suporte social fraco (9-11 pontos) e valores mais altos indicam suporte social forte (entre 12-14 pontos). Para este estudo, utilizou-se a proporção de população com pontuação acima de 12 pontos (suporte social percebido forte).

Para avaliar o indicador da depressão, foi utilizado o questionário PHQ-8 desenvolvido por Kroenke et al. (2009) e que está incluído no instrumento EHIS (European Health Interview Survey). Este questionário de autorrelato é composto por 8 itens do tipo Likert com escala de resposta que varia entre 0 e 3 e que se referem à presença de um sintoma depressivo durante as últimas 2 semanas. O PHQ-8 é uma ferramenta validada para avaliar os sintomas de depressão e que apresenta elevada consistência interna e fiabilidade adequada para todos os 27 países europeus incluídos no EHIS (Torre et al., 2023). A pergunta formulada foi: “Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu incomodado(a) por algum dos seguintes problemas?”

Os oito itens incluem:

1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança
3. Dificuldade em adormecer, dormir demais ou sono agitado
4. Sentir-se cansado ou com pouca energia
5. Falta de apetite ou comer em excesso
6. Sentir-se mal consigo mesmo ou sentir-se um fracasso
7. Dificuldade em concentrar-se em tarefas como ler ou ver televisão
8. Movimentar-se ou falar muito devagar, ou o oposto, inquietação excessiva

As respostas foram codificadas numa escala de frequência: 0 = De modo nenhum; 1 = Vários dias; 2 = Mais de metade dos dias; 3 = Quase todos os dias.

Neste estudo foi utilizada apenas a variável “qualquer sintoma depressivo” (“*any depressive symptoms*”), sendo esta uma variável composta, construída com base na conjugação de duas categorias principais, sendo eles os sintomas depressivos major (“*major depressive symptoms*”), que são definidos como a presença de resposta a pelo menos “mais de metade dos dias” nos itens 1 e 2 e em cinco ou mais itens entre o 1 e 8, e os “outros sintomas depressivos” (“*other depressive symptoms*”), que são definidos como a presença de resposta a pelo menos “mais de metade dos dias” no item 1 e 2 e em dois, três ou quatro dos itens entre 1 e 8.

Para medir os estereótipos de género recorreremos ao uso do Eurobarómetro, desenvolvido pela Comissão Europeia e que quantifica a prevalência e intensidade dos estereótipos de género.

Para isso, foi utilizado o relatório do Eurobarómetro 465 (de 2017), de onde foram recolhidas algumas questões relacionadas com os estereótipos de género, nomeadamente:

QC1.1 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: It is acceptable for men to cry”*.

QC1.2 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: Women are more likely than men to make decisions based on their emotions”*.

QC1.3 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: The most important role of a man is to earn money”*.

QC1.4 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: The most important role of a woman is to take care of her home and family?”*.

QC3.2 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: Promoting gender equality is important to ensure a fair and democratic society”*.

QC3.3 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: Promoting gender equality is important for you personally”*.

QC7.2 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: Men are more ambitious than women”*.

QC7.5 – *“Please tell me whether you agree or disagree with the following statement: Women do not have the necessary qualities and skills to fill positions of responsibility in politics?”*.

QC13 – *“In some circumstances, a woman is paid less than a male colleague for the same job. Do you think this is acceptable?”*.

Todas estas questões tinham como opções de resposta que variavam entre “totalmente de acordo” e “totalmente em desacordo”, exceto a questão QC13 que variava entre “totalmente aceitável” e “totalmente inaceitável”. Da questão QC1.1 a QC7.5 foi apenas selecionado para o estudo a percentagem de pessoas que responderam “totalmente de acordo”. Na questão QC13, a opção de resposta selecionada foi “totalmente aceitável”.

Além destas questões ainda foram extraídos os dados referentes ao “*QC1r – índice de estereótipo de género*”. Esta variável é derivada de todos os itens QC1 relacionados a estereótipos de género. Cada item é pontuado de 0 (“discordo totalmente” a 5 (“concordo totalmente”) e de seguida, é calculado um índice médio com base no somatório dos itens individuais, para cada país sendo que quanto mais elevado o valor, maior a aceitação dos estereótipos de género.

Além destas questões, foi analisado o questionário referente ao Eurobarómetro 544 (de 2024), com questões mais relacionadas à violência contra mulheres, mas que dependendo da resposta podem estar facilmente associadas aos estereótipos de género. Assim, foram escolhidas as seguintes questões:

Q1.4 – *“What do you think about each of the following situation. A man occasionally slapping his wife/girlfriend.”*

Q1.5 – *“What do you think about each of the following situation. A man controlling his wife’s/partner’s finances”*

Q1.6 – *“What do you think about each of the following situation. A man controlling his wife’s/girlfriend’s activities or relationships (e.g., mobile phone use, activities on social media, etc.)”*

Q3.2 – *“A husband or boyfriend can have sex with his wife or girlfriend without her consent”*

Q3.4 – *“Faced with a sexual proposal, if a woman says ‘no’, she often means ‘yes’ but she is playing ‘hard to get’”*

Q3.5 – *“If a woman suffers sexual violence while under the influence of alcohol or drugs, she is at least partially responsible”*

Nas primeiras três questões descritas, as frases apresentadas tinham como opções de resposta: “acho inaceitável”, “aceitável perante determinadas circunstâncias”, “acho aceitável”, “não sei/prefiro não responder”. Nestas questões, e para este estudo, foi apenas analisada a percentagem de participantes que responderam “acho aceitável”.

Nas últimas três questões, as respostas variavam entre: “totalmente de acordo”, “tende a concordar”, “tende a discordar”, “totalmente em desacordo”. Nestas questões a opção de resposta utilizada foi a percentagem de participantes que responderam “totalmente de acordo”.

Procedimento de recolha de dados

Por serem utilizadas fontes de dados secundárias, este estudo não necessita de aprovação por parte de uma Comissão de Ética relevante. Serão utilizados dados secundários selecionados das bases de dados do Eurostat e Eurobarómetro agregados a nível nacional e obtidos a partir das referidas fontes de dados oficiais da União Europeia, disponíveis de forma aberta nos respetivos *websites*. Note-se também que as unidades estatísticas (i.e., indivíduos) não são identificáveis, direta ou indiretamente, e nenhuma informação confidencial pode ser identificada ou inferida a partir dos resultados que serão gerados no âmbito deste estudo.

Para a qualidade de vida, no instrumento EHIS, a recolha de dados foi realizada por entrevistadores treinados, que seguiram protocolos padronizados para minimizar vieses e garantir a qualidade dos dados. A confidencialidade e o consentimento informado dos participantes foram rigorosamente mantidos durante todo o processo. As entrevistas podiam ser conduzidas presencialmente, por telefone ou através de questionários autoaplicados, dependendo das práticas nacionais de cada país participante. No instrumento EU-SILC, A recolha de dados é realizada anualmente, utilizando entrevistas presenciais, por telefone ou questionários autoaplicados, conforme o contexto nacional. Os dados de saúde referem-se ao momento atual, enquanto as necessidades não atendidas são relativas aos 12 meses anteriores à recolha.

Para a depressão, os dados foram recolhidos por meio de questionários administrados através de entrevistas presenciais, entrevistas telefónicas ou questionários autoaplicados, ou por uma combinação desses métodos, dependendo do país (Hintzpeter et. al., 2019)..

Para os estereótipos de género, tanto no Eurobarómetro 465 e 544, foi utilizada a entrevista pessoal assistida por computador nos países onde essa técnica estava disponível ou a entrevista também poderia ser realizada face a face na língua oficial do país. Para garantir a representatividade dos resultados, foi realizado um procedimento de ponderação nacional, utilizando dados populacionais do Eurostat.

Procedimento de tratamento dos dados

Os dados das variáveis foram descarregados dos websites das respetivas fontes mencionadas (Eurostat e Eurobarómetro), e tratados com recurso ao Excel e ao SPSS. O *software* de análise estatística será utilizado para avaliar a associação entre as variáveis dependentes e independentes consideradas, estereótipos de género e variáveis de saúde mental, respetivamente. Para isso, foram realizados testes de Correlação de Pearson.

As análises focaram-se na correlação entre os níveis de estereótipos de género – desagregados por 5 dimensões (económica, emocional, profissional, violência e igualdade) - e os indicadores de qualidade de vida (satisfação com a vida, suporte social percebido, autoavaliação da saúde e necessidades médicas não atendidas), bem como os sintomas de depressão autorrelatados. As questões de estereótipos de género incluídas em cada dimensão foram agregadas com base na semelhança do conteúdo semântico. Na primeira dimensão, designada por “económica”, foram incluídas as questões QC1.3 e QC13, que estão relacionadas a aspetos económicos associados a papéis de género. A segunda dimensão (emocional), engloba as questões QC1.1 e QC1.2, relacionadas a afirmações com estereótipos e preconceitos

socialmente construídos. A terceira dimensão (profissional), inclui as questões QC1.4, QC7.2 e QC7.5, que contemplam crenças associadas ao papel das mulheres no contexto laboral e político. Na quarta dimensão (violência) foram incluídas as questões Q1.4, Q1.5, Q1.6, Q3.2, Q3.4 e Q3.5, relacionadas com a violência baseada no género. Por último, na dimensão 5 (igualdade), inclui as questões QC3.2 e QC3.3, que abordam a perceção social relativamente a desigualdade de género, conforme podemos observar no anexo 3.

Resultados

Nesta secção, são apresentados os resultados obtidos a partir da análise estatística.

Ao nível dos sintomas depressivos em mulheres, a União Europeia apresenta 8,1%, sendo que o país com menos sintomas depressivos é a Sérvia (2,7%) e o país com mais sintomas depressivos é a França (12,3%). Ao nível da qualidade de vida, a Finlândia é o país que apresenta maior satisfação com a vida (7,8%), enquanto que a Bulgária apresenta a menor percentagem (5,8%). O país que apresenta maior percentagem de suporte social percebido é o Chipre (53,2%). Em contrapartida, a Estónia apresenta o menor valor (4,9%). Dos dados retirados, ao nível do índice de estereótipos de género, é a Bulgária que apresenta valor superior (pontuação de 12,4), enquanto que a Suécia e Dinamarca apresentam o menor valor (3 e 4,4, respetivamente) (ver Tabela de dados no Anexo 1 e 2 – contendo a descrição de todas as variáveis utilizadas). Analisando as Correlações de Pearson realizadas, mais especificamente a relação entre os sintomas depressivos e o índice de estereótipos de género (Tabela 1), podemos aferir que existe uma correlação negativa e significativa ($r=-0,587$; $p=0,001$), sugerindo que uma pontuação superior no índice se relaciona com uma diminuição na frequência de sintomas depressivos.

Comparando o índice de estereótipos de género com as variáveis da qualidade de vida, podemos observar que a correlação com a satisfação com a vida ($r=-0,437$; $p=0,023$) é negativa, e significativa, o que sugere que uma pontuação superior no índice de estereótipos se relaciona com menores valores percentuais de satisfação com a vida.

Tabela 1

Resultados das correlações entre o índice de estereótipo de género e as variáveis da saúde

		Sintomas depressivos 2019	Suporte social percebido forte 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
QC1r - gender stereotype index	Correlação de Pearson	-0,587**	-0,248	0,228	-0,437*	-0,084
	Sig. (2 extremidades)	0,001	0,222	0,254	0,023	0,676

N	27	26	27	27	27
---	----	----	----	----	----

Na dimensão económica onde se inclui duas questões relativas aos estereótipos de género (“*The most important role of a man is to earn money*” e “*In some circumstances, a woman is paid less than a male colleague for the same job. Do you think this is acceptable?*”), podemos aferir que as correlações com os sintomas depressivos em mulheres são negativas, ($r=-0,548$; $p=0,003$ e $r=-0,438$; $p=0,022$, respetivamente), o que leva a crer que em países onde as pessoas mais concordam que o papel mais importante do homem é ganhar dinheiro ou que concordam com o facto das mulheres receberem menos dinheiro que os homens realizando as mesmas funções, são também aqueles com menor prevalência de sintomas depressivos relatados, a nível populacional (Tabela 2). A crença tradicional de que o papel principal do homem está associado ao sustento económico revela correlações negativas com a qualidade de vida, nomeadamente, na satisfação com a vida que apresenta uma correlação negativa significativa, ($r = -0,471$; $p = 0,013$), indicando que uma maior concordância com esta crença está associada a uma menor perceção de satisfação global. Também se observam correlações negativas com o suporte social percebido ($r = -0,261$; $p = 0,198$) e com a autoavaliação da saúde “muito boa” ($r = -0,145$; $p = 0,471$). A correlação com as necessidades médicas não atendidas ($r = 0,187$; $p = 0,350$) é positiva, mas não significativa, sugerindo que quem adere mais a esta visão tradicional poderá percecionar maior dificuldade em aceder aos cuidados médicos.

Tabela 2

Resultados entre a dimensão económica e as variáveis da saúde

DIMENSÃO ECONÓMICA		Sintomas Depressivos 2019	Suporte social percebido forte 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
QC1.3total agree - The most important role of a man is to earn money	Correlação de Pearson	-0,548**	-0,261	0,187	-0,471*	-0,145
	Sig. (2 extremidad es)	0,003	0,198	0,350	0,013	0,471
	N	27	26	27	27	27
QC13 acceptable - In some circumstances,	Correlação de Pearson	-0,438*	-0,198	0,104	0,209	0,097

a woman is paid less than a male colleague for the same job. Do you think this is acceptable?	Sig. (2 extremidades)	0,022	0,331	0,604	0,294	0,632
	N	27	26	27	27	27

Na dimensão emocional, foram analisadas duas crenças relacionadas a estereótipos de género e as suas correlações com os indicadores de qualidade de vida (*“Is it acceptable for men to cry”* e *“Women are more likely than men to make decisions based on their emotions”*), mostrados na Tabela 3. A crença de que é aceitável que os homens chorem apresenta correlação positiva significativa com os sintomas depressivos ($r = 0,546$; $p = 0,003$). Esta associação sugere que países onde há maior concordância com esta afirmação — isto é, que demonstram uma atitude menos tradicional e mais permissiva em relação à expressão emocional masculina — as mulheres reportam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Por outro lado, a crença de que as mulheres são mais propensas do que os homens a tomar decisões baseadas nas emoções apresenta correlações negativas com todos os indicadores de qualidade de vida, à exceção das necessidades médicas não atendidas, ainda que sem significância estatística. Destaca-se a correlação negativa significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,472$; $p = 0,013$), indicando que países que mais concordam com esta afirmação se relacionam com menos sintomas depressivos reportados por mulheres.

Tabela 3

Resultados entre a dimensão emocional e as variáveis da saúde

DIMENSÃO EMOCIONAL		Sintomas Depressivos 2019	Suporte social percebido forte 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
QC1.1total agree - Is it acceptable for men to cry	Correlação de Pearson	0,546**	0,283	-0,088	0,334	0,061
	Sig. (2 extremidades)	0,003	0,162	0,663	0,089	0,761
	N	27	26	27	27	27
QC1.2total agree - Women	Correlação de Pearson	-0,472*	-0,075	0,167	-0,300	-0,106

are more likely than men to make decisions based on their emotions	Sig. (2 extremidades)	0,013	0,717	0,406	0,129	0,600
N		27	26	27	27	27

A dimensão profissional engloba três afirmações: (1) “*The most important role of a woman is to take care of her home and family?*”, (2) “*Men are more ambition than women*”, e (3) “*Women do not have the necessary qualities and skills to fill positions of responsibility in politics?*”. A crença de que o papel mais importante da mulher é cuidar da casa e da família apresenta uma correlação negativa e significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,591$; $p = 0,001$), sugerindo que nos países que aderem mais fortemente a esta visão tradicional reportam-se menos sintomatologia depressiva nas mulheres (Tabela 4).

A concordância com a afirmação de que os homens são mais ambiciosos do que as mulheres, também demonstra uma correlação negativa significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,578$; $p = 0,002$), sugerindo que países onde acreditam mais nesta afirmação, as mulheres apresentam menos sintomas depressivos.

Por sua vez, a aceitação da ideia de que as mulheres não têm as competências necessárias para cargos de responsabilidade política mostra uma correlação negativa significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,490$; $p = 0,009$), indicando que a aceitação desta crença está relacionada com menos sintomas depressivos.

Tabela 4

Resultados entre a dimensão profissional e as variáveis da saúde

DIMENSÃO PROFISSIONAL			Sintomas depressivos 2019	Suporte social percebido forte 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
QC1.4total agree - The most important role of a woman is to take care of her home and family?	Correlação de Pearson		-0,591**	-0,202	0,300	-0,357	-0,053
	Sig. (2 extremidades)		0,001	0,323	0,129	0,068	0,793
	N		27	26	27	27	27
QC7.2total agree - Men are more ambitious than women	Correlação de Pearson		-0,578**	-0,200	0,280	-0,206	0,017
	Sig. (2 extremidades)		0,002	0,327	0,157	0,302	0,933
	N		27	26	27	27	27

QC7.5total agree - Women do not have the necessary qualities and skills to fill positions of responsibility in politics?	Correlação de Pearson	-0,490**	-0,221	0,057	-0,146	-0,075
	Sig. (2 extremidades)	0,009	0,278	0,778	0,468	0,709
	N	27	26	27	27	27

Na dimensão da violência são incluídas 6 afirmações onde é possível salientar que a aceitação de que um homem deve controlar as atividades e relações da mulher demonstra uma correlação negativa significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,522$; $p = 0,004$), sugerindo que uma adesão mais forte a esta crença está relacionada com menos sintomas depressivos nas mulheres (Tabela 5).

Também a ideia de que “quando uma mulher diz ‘não’ a uma proposta sexual, pode querer dizer ‘sim’” revelou-se relevante, com correlação negativa significativa com a satisfação com a vida e ($r = -0,499$; $p = 0,007$), indicando que em países que mais frequentemente aceitam este estereótipo, as mulheres reportam uma menor satisfação global com a vida. As correlações com os restantes indicadores de saúde e bem-estar são negativas, embora não significativas.

Uma das crenças com maior destaque é a de que se uma mulher sofre violência sexual sob o efeito de álcool ou drogas, ela é pelo menos parcialmente responsável. A aceitação desta crença apresenta uma correlação negativa significativa com os sintomas depressivos ($r = -0,374$; $p = 0,050$), novamente indicando menos sintomatologia entre as mulheres, nos países que validam esta visão culpabilizante. Contudo, esta aceitação está significativamente associada a uma menor perceção de apoio social ($r = -0,458$; $p = 0,016$), menor satisfação com a vida ($r = -0,415$; $p = 0,028$), e pior autoavaliação da saúde ($r = -0,396$; $p = 0,037$).

Tabela 5

Resultados entre dimensão da violência e as variáveis da saúde

DIMENSÃO VIOLÊNCIA		Sintomas depressivos 2019	Suporte social percebido 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavalição da saúde 2023
Q1.4 acceptable544 – A man occasionally slapping his wife/girlfriend	Correlação de Pearson	-0,240	-0,168	0,101	0,093	-0,288
	Sig. (2 extremidades)	0,218	0,403	0,610	0,637	0,138
	N	28	27	28	28	28
Q1.5 acceptable544	Correlação de Pearson	-0,307	0,220	-0,113	0,125	-0,111

– A man controlling his wife's/partner's finances	Sig. (2 extremidades)	0,112	0,269	0,568	0,527	0,573
	N	28	27	28	28	28
Q1.6 acceptable544 – A man controlling his wife's/girlfriend's activities or relationships (e.g. mobile phone use, activities on social media, etc.)	Correlação de Pearson	-0,522**	0,071	0,068	0,073	-0,072
	Sig. (2 extremidades)	0,004	0,724	0,731	0,710	0,716
	N	28	27	28	28	28
Q3.2 totally agree544 – A husband or boyfriend can have sex with his wife or girlfriend without her consent	Correlação de Pearson	-0,308	-0,283	-0,014	-0,119	-0,184
	Sig. (2 extremidades)	0,110	0,152	0,944	0,546	0,350
	N	28	27	28	28	28
Q3.4 totally agree544 – Faced with a sexual proposal, if a woman says 'no', she often means 'yes' but she is playing 'hard to get'	Correlação de Pearson	-0,235	-0,165	0,037	-0,499**	-0,280
	Sig. (2 extremidades)	0,228	0,412	0,852	0,007	0,149
	N	28	27	28	28	28
Q3.5 totally agree544 - If a woman suffers sexual violence while under the influence of alcohol or drugs, she is at least partially responsible	Correlação de Pearson	-0,374*	-0,458*	0,207	-0,415*	-0,396*
	Sig. (2 extremidades)	0,050	0,016	0,291	0,028	0,037
	N	28	27	28	28	28

Por último, na dimensão da igualdade, foram analisadas duas afirmações principais (*“Promoting gender equality is important to ensure a fair and democratic society”* e *“Promoting gender equality is important for you personally”*), Tabela 6.

Nesta dimensão podemos salientar que, no caso da segunda afirmação os países onde mais se concorda com esta crença, relacionaram-se positivamente com o suporte social percebido pelas mulheres, ($r = 0,478$, $p = 0,013$), e também com uma melhor saúde autorreportada ($r = 0,437$, $p = 0,023$). Observou-se ainda uma relação negativa com o acesso aos cuidados de saúde: países cuja população deu mais importância pessoal à igualdade de género, associaram-se com menor prevalência de necessidades médicas não atendidas ($r = -0,411$, $p = 0,033$).

Tabela 6

Resultados entre a dimensão igualdade e as variáveis da saúde

DIMENSÃO IGUALDADE			Sintomas depressivos 2019	Suporte social percebido 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
QC3.2total agree Promoting gender equality important ensure a fair and democratic society	-	Correlação de Pearson	0,247	0,387	-0,228	-0,006	0,325
	is to	Sig. (2 extremidades)	0,214	0,051	0,252	0,975	0,099
		N	27	26	27	27	27
QC3.3total agree Promoting gender equality important for you personally	-	Correlação de Pearson	0,184	0,478*	-0,411*	0,205	0,437*
	is you	Sig. (2 extremidades)	0,358	0,013	0,033	0,306	0,023
		N	27	26	27	27	27

Discussão

Os resultados sugerem que, de uma forma geral, uma maior concordância com estereótipos tradicionais de género, está associada com menos sintomas depressivos, mas também com pior qualidade de vida, sobretudo em aspetos como o suporte social, satisfação com a vida e a saúde autorreportada, a nível ecológico (i.e., utilizando os países como unidade de análise).

A correlação negativa entre o índice global de estereótipos e os sintomas depressivos pode sugerir que a internalização desses estereótipos e ideias tradicionais, ajuda a evitar

conflitos internos, ou seja, funciona como um mecanismo de redução do desconforto psicológico. Isto acontece porque ao concordarem com as expectativas sociais, as crenças pessoais das mulheres (e dos homens) tornam-se mais compatíveis com o contexto em que vivem, o que pode diminuir potenciais conflitos internos (Martínez-Marín & Martinez, 2022)

No entanto, esta aparente proteção psicológica não parece traduzir-se em resultados favoráveis nas variáveis da qualidade de vida. Isto é, as correlações negativas entre o índice de estereótipos de género e indicadores como a satisfação com a vida e o suporte social percebido mostram que, embora as mulheres relatem menos sintomas depressivos (em proporção da população), tendem a sentir-se menos satisfeitas com a vida e com menos apoio à sua volta, o que se reflete numa perceção de pior qualidade de vida. Este resultado vai de encontro aos de Ouahid et al. (2023), sugerindo que normas de género mais rígidas, podem limitar o acesso a recursos e serviços importantes para o bem-estar.

Um dos resultados mais curiosos deste estudo, e que não vai de encontro com a tendência geral dos restantes resultados, é a correlação positiva entre a crença de que é aceitável que os homens chorem e níveis mais elevados de sintomas depressivos. Esta contradição, pode indicar que quando existe maior aceitação social sobre as emoções dos homens, as pessoas podem estar mais conscientes do que sentem e mais abertas a falar sobre isso, levando a que reconheçam mais facilmente os sentimentos de tristeza ou mal-estar, expressando-os.

Outro resultado relevante diz respeito à dimensão da violência, onde se verificou que a aceitação de crenças que justificam a violência de género está associada a níveis mais baixos de sintomas depressivos, mas, ao mesmo tempo, a uma pior perceção da qualidade de vida, nomeadamente menor suporte social percebido e menor satisfação com a vida. Isto pode indicar que a normalização da violência, em que a aceitação da mesma funciona como uma estratégia de adaptação que reduz o mal-estar psicológico imediato, pode ter efeitos negativos no bem-estar geral e na saúde a longo prazo (Heise, 2011; Devries et al., 2013).

Analisando os dados retirados do Eurobarómetro (anexo 1) podemos afirmar que os países com maior índice de estereótipo de género são a Hungria e a Bulgária. Em contrapartida, os países com menor índice, são os países nórdicos, nomeadamente, a Suécia e Dinamarca. Países com valores mais conservadores, como é o caso da Hungria e Bulgária, tendem a favorecer estruturas patriarcais, onde a expectativa social sobre os papéis de género se mantém mais estáveis ao longo do tempo. Muitas vezes, a implementação de políticas públicas para a promoção da equidade é escassa (Grzebalska & Pető, 2018).

Por outro lado, países nórdicos são caracterizados por fortes políticas sociais que promovem a igualdade de género. Existe um forte compromisso com a igualdade e a

participação equilibrada de homens e mulheres no mercado de trabalho. Além disso, países como a Suécia e a Dinamarca valorizam mais os direitos humanos e a diversidade, justificando assim os índices baixos de estereótipos de género (Tiemer, 2018). Relativamente às variáveis da qualidade de vida, podemos também afirmar que estes países, a par com a Finlândia, apresentam valores superiores no indicador da satisfação com a vida. Uma sociedade que priorize a igualdade de género está associada a maiores níveis de bem-estar, pois a igualdade reduz desigualdades sociais e promove relações interpessoais mais equilibradas e satisfatórias, o que também melhora a qualidade de vida.

Os resultados mostram que existe uma realidade complexa: por um lado, há menos sintomas depressivos associados à aceitação de certos estereótipos de género, mas por outro, verifica-se uma pior qualidade de vida, revelando assim que os estereótipos de género têm impacto na saúde das mulheres. Por isso, é importante implementar políticas e intervenções que promovam a igualdade de género, não apenas como uma questão de justiça social, mas também como uma forma de melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres (WHO, 2019).

Além disso, os resultados confirmam que maior conformidade com estereótipos de género está associada a menor qualidade de vida, especialmente ao nível da satisfação com a vida, apoio social e perceção da saúde. Esta relação corrobora a hipótese inicial deste estudo, onde era esperado que as mulheres que relatam maior conformidade com os estereótipos de género apresentem menor qualidade de vida.

No entanto, no caso da sintomatologia depressiva, os dados mostram uma relação mais complexa, ou seja, em certos contextos, a aceitação de crenças estereotipadas pode associar-se a menos sintomas depressivos, possivelmente devido a mecanismos de normalização da violência, contrariando assim a segunda hipótese, que previa uma associação direta entre maior adesão a estereótipos de género e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Conclusão

Este estudo procurou entender a relação entre os estereótipos de género e a saúde mental das mulheres na Europa, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida e aos sintomas de depressão, medidos ao nível do país. Os resultados confirmam parte das hipóteses iniciais: percebeu-se que uma maior aceitação de estereótipos de género tradicionais medida ao nível do país, se relaciona com piores indicadores de qualidade de vida, , em mulheres. Países com maior percentagem da população conformada com os estereótipos tradicionais de género, tendem a associar-se negativamente com indicadores populacionais de satisfação com a vida, suporte social percebido, e (muito boa) saúde autorreportada. Esses resultados estão de acordo com a

literatura, que mostra que regras rígidas sobre o que é “ser mulher” limitam as oportunidades, aumentam as desigualdades e diminuem o bem-estar.

No entanto, quando se analisou a relação com a depressão, os resultados foram mais complexos. Ao contrário do esperado, em alguns casos, a aceitação de estereótipos está associada a níveis mais baixos de sintomas depressivos. Aceitar essa ideologia pode funcionar como uma estratégia de *coping*, que reduz o sofrimento psicológico.

O uso de dados representativos de vários países europeus, permite comparar diferentes realidades, ainda que a nível ecológico. Além disso, o cruzamento entre dados do Eurobarómetro e do Eurostat permitiu integrar diferentes dimensões da saúde e do contexto social. Contudo, a interpretação dos resultados deve considerar as limitações inerentes ao estudo, incluindo a natureza correlacional que impede a inferência causal e possíveis vieses de resposta associados à autoavaliação. A unidade de análise ecológica utilizada (o país), não permite analisar as diferenças dentro de cada país ou entre grupos sociais. Também é importante lembrar que os estereótipos podem ter significados diferentes dependendo do país ou da cultura, o que exige outras formas de estudo. Futuras investigações poderão beneficiar de metodologias qualitativas para explorar os mecanismos psicológicos subjacentes à relação entre estereótipos de género e a saúde. Estudos longitudinais que acompanhem as mesmas pessoas ao longo do tempo ou com mulheres que já têm problemas de saúde mental também poderão trazer informações mais detalhadas sobre a relação entre os estereótipos de género e a saúde mental em população mais vulnerável, assim como permitir verificar a direção e evolução de sintomas.

Estes resultados mostram que é essencial continuar a investir em políticas públicas e programas educativos que promovam a igualdade de género. Além de ser uma questão de justiça, a igualdade é também uma forma de proteger a saúde mental e o bem-estar das mulheres. Reduzir os estereótipos e aumentar a consciência sobre os seus efeitos pode ajudar a construir sociedades mais justas, saudáveis e inclusivas.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2018). *APA guidelines for psychological practice with boys and men*. <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>
- American Psychological Association. (2023). *Gender discrimination in the workplace and beyond: Addressing pay gaps, violence, and opportunity barriers*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/news/gender-discrimination-report-2023>
- Audette, A., Lam, S., O'Connor, H., & Radcliff, B. (2019). (E) Quality of life: A cross-national analysis of the effect of gender equality on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 20(7), 2173–2188. [10.1007/s10902-018-0042-8](https://doi.org/10.1007/s10902-018-0042-8)
- Broderick, P., & Korteland, C. (2002). Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs. *Sex Roles*, 46(7), 201–213. [10.1023/A:1019946714220](https://doi.org/10.1023/A:1019946714220)
- Brown, C., & Stone, E. (2016). Gender stereotypes and discrimination: How sexism impacts development. In *Advances in Child Development and Behavior*, 50, 105–133). [10.1016/bs.acdb.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2015.11.001)
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676–713. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.676>
- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275–298. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
- European Institute for Gender Equality. (2020). *Beijing +25: The fifth review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States*.
- European Institute for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health — Body image drives poor mental health, especially youth*.
- Eurobarometro. (2017). *Gender equality 2017: Gender equality, stereotypes, and women in politics*.
- Fodor, É., Lane, L., Schippers, J., & Lippe, T. (2011). Gender differences in quality of life. In *Quality of life and work in Europe*, 149–161. https://doi.org/10.1057/9780230299443_9
- Krocharska, J. (2017). Cumulative trauma, gender discrimination and mental health in women: Mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*. [10.1080/09638237.2017.1417548](https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417548)
- Leão, T., Doetsch, J., Henriques, A., & Fraga, S. (2024). Is gender equality associated with a longer healthier life? Ecological evidence from 27 European countries. *Journal of Public Health*, 46(1), 136–143. [10.1093/pubmed/fdad256](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad256)

- 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. [10.1016/j.socscimed.2007.02.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035)
- Ouahid, H., et al. (2023). Gender norms and access to sexual and reproductive health services among women in the Marrakech-Safi region of Morocco: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 407. [10.1186/s12884-023-05724-0](https://doi.org/10.1186/s12884-023-05724-0)
- Parlamento Europeu. (n.d.). Eurobarómetro. <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/pt/be-heard/eurobarometer>
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 439–454.
- Reich-Stiebert, N., Froehlich, L. & Voltmer, J. (2023) *Gendered Mental Labor: A Systematic Literature Review on the Cognitive Dimension of Unpaid Work Within the Household and Childcare*. *Sex Roles* 88, 475–494. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01362-0>
- Rice, S., Fallon, B., & Bambling, M. (2011). Men and depression: The impact of masculine role norms throughout the lifespan. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28(2), 133–144. <https://doi.org/10.1375/aedp.28.2.133>
- Rodrigues, C., Lima, F., & Timbó, F. (2017). Importance of using basic statistics adequately in clinical research. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.01.011>
- Rodrigues, E. (2011). Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: Um retrato nacional. *Saúde e Tecnologia*, (6), 24–31.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43, 605–628. <https://doi.org/10.1023/A:1007148407005>
- Statista. (2025). Quality of Life Index in Europe in 2025, by country. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1541464/europe-quality-life-index-by-category> (consultado em 27 de junho de 2025).
- Tierner, J. (2018). The Success of the Nordic Countries as a Blueprint for Small Open Economies. *Intereconomics*, 53(4), 209–214.
- Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Valderas, J. M., Bakolis, I., Dregan, A., Molina, A. J., Navarro-Mateu, F., Pérez, K., Bartoll-Roca, X., Elices, M., Pérez-Sola, V., Serrano-Blanco, A., Martín, V., & Alonso, J. (2023). Reliability and cross-country equivalence of the 8-item version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-8) for the assessment of depression:

- Results from 27 countries in Europe. *Lancet Psychiatry*, 10(6), 659. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100659>
- Wisdom, J., et al. (2007). Adolescents' perceptions of the gendered context of depression: "Tough" boys and objectified girls. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(2), 144–162.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Gender and mental health*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2012). *WHOQOL-Programme on mental health*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*.

Anexos

Anexo 1- Tabela de dados (estereótipos de género)

	QC 1r	QC1. 1total agree	QC1. 2total agree	QC1. 3total agree	QC1. 4total agree	QC3. 2total agree	QC3. 3total agree	QC7. 2total agree	QC7. 5total agree	QC1 3 accep table	Q1.4 accept able54 4	Q1.5 accept able54 4	Q1.6 accept able54 4	Q3.2 totally agree5 44	Q3.4 totally agree5 44	Q3.4 totally agree5 44	Q3.5 totally agree5 44
European Union - 27 countries (from 2020)											3,0	6,0	3,0	2,0	3,0	69,0	4,0
Belgium	6,6	91,0	62,0	40,0	38,0	91,0	80,0	41,0	16,0	15,0	2,0	10,0	4,0	3,0	2,0	67,0	4,0
Bulgaria	12,4	62,0	83,0	81,0	81,0	88,0	71,0	44,0	24,0	9,0	1,0	5,0	3,0	4,0	7,0	35,0	13,0
Czechia	10,3	80,0	83,0	72,0	77,0	85,0	78,0	57,0	23,0	15,0	4,0	12,0	7,0	3,0	3,0	50,0	6,0
Denmark	4,4	96,0	64,0	17,0	14,0	85,0	75,0	35,0	8,0	8,0	2,0	6,0	3,0	4,0	3,0	70,0	3,0
Germany	6,5	94,0	72,0	37,0	28,0	91,0	85,0	19,0	13,0	5,0	2,0	4,0	3,0	1,0	2,0	77,0	2,0
Estonia	9,4	85,0	78,0	53,0	70,0	80,0	54,0	46,0	20,0	12,0	2,0	6,0	3,0	1,0	2,0	51,0	7,0
Ireland	7,3	94,0	72,0	39,0	52,0	94,0	86,0	35,0	16,0	12,0	3,0	4,0	3,0	2,0	2,0	71,0	4,0
Greece	9,9	80,0	77,0	65,0	69,0	96,0	87,0	56,0	15,0	8,0	2,0	6,0	4,0	2,0	2,0	58,0	4,0
Spain	5,1	94,0	53,0	27,0	29,0	96,0	91,0	44,0	10,0	3,0	4,0	7,0	4,0	2,0	4,0	76,0	3,0
France	5,6	94,0	57,0	31,0	27,0	94,0	91,0	29,0	5,0	3,0	2,0	5,0	2,0	2,0	2,0	76,0	3,0
Croatia	9,0	71,0	76,0	55,0	60,0	91,0	84,0	44,0	24,0	16,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	66,0	4,0
Italy	8,6	85,0	79,0	57,0	51,0	92,0	81,0	53,0	37,0	14,0	3,0	6,0	3,0	3,0	2,0	71,0	4,0
Cyprus	8,9	80,0	79,0	39,0	60,0	97,0	96,0	46,0	22,0	8,0	1,0	8,0	4,0	2,0	2,0	61,0	5,0
Latvia	10,7	77,0	83,0	68,0	74,0	85,0	61,0	50,0	35,0	10,0	3,0	7,0	5,0	2,0	4,0	35,0	12,0
Lithuania	10,9	63,0	81,0	67,0	73,0	88,0	72,0	52,0	20,0	12,0	8,0	4,0	3,0	6,0	3,0	43,0	14,0
Luxembourg	5,8	97,0	58,0	31,0	32,0	94,0	93,0	30,0	9,0	4,0	0,0	5,0	2,0	1,0	0,0	75,0	2,0
Hungary	11,3	77,0	87,0	79,0	78,0	89,0	82,0	57,0	41,0	13,0	2,0	10,0	4,0	1,0	3,0	44,0	8,0

Malta	7,2	91,0	75,0	36,0	46,0	96,0	90,0	37,0	21,0	5,0	2,0	1,0	0,0	1,0	4,0	52,0	5,0
Netherlands	4,6	98,0	68,0	18,0	15,0	91,0	82,0	36,0	3,0	3,0	2,0	12,0	5,0	2,0	1,0	80,0	4,0
Austria	7,2	79,0	66,0	42,0	41,0	87,0	80,0	34,0	22,0	18,0	2,0	4,0	3,0	1,0	1,0	73,0	4,0
Poland	10,1	72,0	80,0	65,0	77,0	85,0	73,0	21,0	20,0	13,0	3,0	8,0	4,0	3,0	4,0	57,0	6,0
Portugal	7,2	96,0	79,0	49,0	47,0	98,0	92,0	46,0	16,0	5,0	1,0	3,0	2,0	1,0	3,0	61,0	3,0
Romania	10,2	64,0	65,0	67,0	69,0	83,0	80,0	49,0	41,0	25,0	2,0	4,0	5,0	3,0	4,0	50,0	8,0
Slovenia	8,7	82,0	81,0	42,0	55,0	93,0	85,0	39,0	20,0	6,0	1,0	6,0	3,0	1,0	1,0	61,0	5,0
Slovakia	10,6	68,0	83,0	75,0	73,0	81,0	65,0	60,0	27,0	14,0	3,0	8,0	3,0	2,0	2,0	44,0	7,0
Finland	6,1	98,0	74,0	26,0	40,0	95,0	90,0	48,0	10,0	10,0	3,0	4,0	2,0	2,0	3,0	73,0	4,0
Sweden	3,0	99,0	47,0	10,0	11,0	98,0	95,0	8,0	3,0	4,0	2,0	4,0	2,0	2,0	2,0	80,0	2,0
United Kingdom	6,3	96,0	60,0	31,0	38,0	94,0	84,0	21,0	9,0	5,0							

Anexo 2 – Tabela de dados (sintomas depressivos e indicadores da qualidade de vida)

	Sintomas depressivos 2019	Suporte social percebido 2019	Cuidados médicos não atendidos 2023	Satisfação com a vida 2023	Autoavaliação da saúde 2023
European Union - 27 countries (from 2020)	8,1	2,8	7,2	19,0	33,3
Belgium	10,4	1,2	7,6	25,5	30,1
Bulgaria	5,5	1,1	5,8	12,1	
Czechia	5,1	0,5	7,4	22,4	49,8
Denmark	8,7	3,1	7,6	26,1	25,6
Germany	9,6	0,2	7	18,4	30,7
Estonia	10,1	14,7	7,2	11,3	4,9
Ireland	5,5	3,5	7,5	39,2	46,0
Greece	3,4	13,8	6,8	45,1	14,8
Spain	6,5	2,1	7,2	14,5	45,5
France	12,3	4,3	7,1	22,5	35,4
Croatia	10,2	1,3	7	31,3	37,8
Italy	5,5	2,2	7,2	16,3	25,1
Cyprus	3,1	0,1	7,4	43,6	53,2
Latvia	7,1	9,5	6,9	3,9	19,2
Lithuania	6,8	4,2	7,2	7,2	7,6
Luxembourg	9,5	1,0	7,2	19,8	26,8
Hungary	6,2	1,2	7,2	15,0	33,1
Malta	10,8	0,1	7,4	31,4	26,0
Netherlands	9,0	0,4	7,6	13,1	28,4
Austria	6,8	0,6	7,8	24,9	47,8
Poland	6,0	4,1	7,6	12,3	35,5
Portugal	10,6	3,2	7	10,3	30,6

Romania	4,9	6,1	7,7	24,6	
Slovenia	8,6	4,3	7,7	20,2	34,6
Slovakia	3,6	3,4	7,2	20,4	22,4
Finland	6,5	9,4	7,8	13,7	29,8
Sweden	11,4	2,4	7,5	17,7	27,8

Anexo 3 – Questões e dimensões

Dimensão índice geral	QC1r - gender stereotype index
Dimensão económica	QC1.3total agree - The most important role of a man is to earn money
	QC13 acceptable - In some circumstances, a woman is paid less than a male colleague for the same job. Do you think this is acceptable?
Dimensão emocional	QC1.1total agree - Is it acceptable for men to cry
	QC1.2total agree - Women are more likely than men to make decisions based on their emotions
Dimensão profissional	QC1.4total agree - The most important role of a woman is to take care of her home and family?
	QC7.2total agree - Men are more ambitious than women
	QC7.5total agree - Women do not have the necessary qualities and skills to fill positions of responsibility in politics?
Dimensão violência	Q1.4 acceptable544 - A man occasionally slapping his wife/girlfriend
	Q1.5 acceptable544 - A man controlling his wife's/partner's finances
	Q1.6 acceptable544 - A man controlling his wife's/girlfriend's activities or relationships (e.g. on social media, etc.)
	Q3.2 totally agree544 - A husband or boyfriend can have sex with his wife or girlfriend without her consent
	Q3.4 totally agree544 - Faced with a sexual proposal, if a woman says 'no', she often means 'yes' but she is playing 'hard to get'
	Q3.5 totally agree544 - If a woman suffers sexual violence while under the influence of alcohol or drugs, she is at least partially responsible
Dimensão igualdade	QC3.2total agree - Promoting gender equality is important to ensure a fair and democratic society
	QC3.3total agree - Promoting gender equality is important for you personally