

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**EFEITO DO GÊNERO SOBRE A LEMBRANÇA DE RESPOSTAS AFETIVAS E
COMPORTAMENTAIS EXPERIMENTADAS EM RELAÇÃO A UM EVENTO ESTRESSANTE**

Aluna: Analuiza Camozzato de Padua

Orientador: Prof.Dra. Márcia Lorena Chaves

TESE DE DOUTORADO

2003

Aos meus filhos, Mateus e Gabriela.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas Iverson Brandão, Marcelo Vaz e Raquel M. Carneiro pela valiosa colaboração na obtenção dos dados obtidos para este estudo.

Aos estudantes da UFRGS que concordaram em participar do estudo tornando possível sua realização.

A minha família pelo seu apoio em todas as etapas da elaboração desta tese.

À professora Márcia Lorena Chaves pelo seu exemplo de profissional, pesquisadora, médica, mulher e pessoa.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa de minha vida acadêmica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	005
2	REVISÃO DA LITERATURA	008
2.1	Dados de prevalência - diferença entre os gêneros	008
2.2	Gênero e definição /diagnóstico de sintomas depressivos e depressão	011
2.3	Gênero e história da depressão e dos sintomas de humor	014
2.4	Hipótese biológicas da depressão e gênero	017
2.5	Papel dos eventos estressantes e diferentes padrões de vulnerabilidade	019
2.6	Hipóteses de causas sociais e culturais	023
2.7	Diferenças de pensamento e no desenvolvimento emocional	027
2.8	Hipótese do artefato	032
2.9	Diferença de prevalência de sintomas físicos e somáticos de depressão	037
2.10	Considerações finais	038
3	OBJETIVOS	040
3.1	Objetivos gerais	040
3.2	Objetivos específicos	040
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	041
5	ARTIGOS CIENTÍFICOS EM INGLÊS	055
6	ARTIGOS CIENTÍFICOS EM PORTUGUÊS	121
7	ANEXOS	182

1.0.INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são um problema de saúde pública por seus altos índices de prevalência, morbidade e mortalidade. As taxas de prevalência variam de 5 a 25% ao longo da vida, numa média de 12% para mulheres e 8% para homens. Eles causam incapacitações que se comparam ou excedem as causadas por dor, hipertensão, diabetes mellitus e doenças coronarianas nos EUA e as taxas de suicídio e de cronicidade são de 15% (Blazer, 1995).

Além disso, um dos achados epidemiológicos mais consistentes da literatura é a maior prevalência de transtornos depressivos em mulheres quando comparados a homens (Weissman & Klerman, 1977; Nolen-Hocksema 1990; Weissman et al, 1991; Ernst & Angst, 1992; Mirovski e Ross, 1992; Baron e Campbell, 1993; Kessler et al 1994; Turner et al, 1995; Olson e von Knorring, 1997; Hankin & Abramson, 2001; Kuehner, 2003). Esta diferença é mais proeminente em adultos jovens e pessoas de meia-idade. O maior risco para mulheres ocorre em quadros leves de depressão (Kessler et al, 1993; Burke et al, 1990).

No Brasil, há, também, estudos demonstrando maior prevalência de ansiedade, fobias, somatização e depressão em mulheres (Almeida-Filho, 1997).

O gênero (sexo) chega a ser considerado fator de risco em modelos explanatórios para o surgimento de transtornos depressivos (Blazer, 1995; Lepine, 1998).

As mulheres apresentam maiores escores de sintomas depressivo - ansiosos sem configurar diagnóstico, conforme as escalas de avaliação de sintomatologia depressiva. Vários fatores são especulados para explicar este achado, mas ainda não existe nada conclusivo.

Alguns modelos contemporâneos de depressão enfatizam construtos psicológicos para explicar a origem dos sintomas de humor, outros se preocupam com os mecanismos biológicos que estão subjacentes.

No modelo biológico, a predisposição genética, a alteração das aminas biogênicas ou alterações hormonais não conseguem explicar esta diferença de prevalência entre sexos.

Nos modelos psicológicos, teorias ligadas à expectativa de papéis conforme o gênero, ou diferenças de estilos cognitivos de enfrentamento de situações estressoras, bem como o próprio papel de evento estressor como desencadeante de depressão, são aspectos importantes a considerar. Também é interessante pensar porque esta diferença desaparece na velhice ou é até um pouco invertida na infância. A possibilidade de que este achado de diferença de frequência de depressão entre os sexos seja um artefato de relatos de sintomas ou do padrão de procura de ajuda é interessante, embora seja descartada pela maior parte da literatura sobre o assunto (Weissman, 1977; Mirowski & Ross, 1995).

Embora as taxas de depressão sejam maiores em mulheres, a mortalidade geral é maior em homens (Verbrugge, 1986, 1987; Manton KG, 1997; Luy, 2002). Esta discrepância conduz à hipótese de que alguns sintomas levados em conta para o diagnóstico de depressão façam parte de comportamentos e/ou cognições ligados ao gênero não necessariamente “depressivos”. No Brasil, Aquino e cols. (1992) também referem menor mortalidade em mulheres, embora paradoxalmente as mulheres tenham mais indicadores de morbidade.

As diferenças comportamentais e dos “padrões cognitivos” entre homens e mulheres poderiam representar possíveis vieses nestes, e conseqüentemente assumir-se-ia haver vício de aferição na detecção de sintomas depressivos e de depressão.

Uma forma de imaginar a origem deste viés seria porque as escalas de sintomas e instrumentos diagnósticos para depressão utilizam uma linguagem que se aproxima mais da maneira como as mulheres se expressam e agem. Isto poderia gerar uma diferença de frequência de depressão entre homens e mulheres significativa, ficando a pergunta de quanto a mais, realmente, as mulheres apresentam depressão. Um estudo recente levanta esta possibilidade (Salokangas, 2002).

Este assunto é bastante relevante, do ponto de vista do questionamento das implicações destes resultados. Se mulheres são verdadeiramente mais deprimidas do que homens, há que se pensar em causas e possíveis estratégias preventivas e terapêuticas. Se esta afirmativa é

falsa e decorre de um artefato, podemos estar tratando em excesso ou desnecessariamente ou deixando de reconhecer padrões “masculinos” de comportamento representativos de depressão.

Com base nestas considerações esta dissertação objetivou estudar a influência do gênero no padrão de respostas cognitivo - comportamentais recordadas a partir da lembrança de uma situação “depressogênica”, através de uma investigação exploratória em indivíduos adultos normais, numa tentativa de gerar novas contribuições a respeito deste achado intrigante. Utilizamos indivíduos saudáveis para avaliar padrões de comportamentos que possam associar-se ou não ao gênero, mesmo sem qualquer doença psiquiátrica.

Os dados analisados geraram a produção de quatro artigos, cujas versões em inglês e português estão no corpo desta dissertação e serão enviadas para publicação.

Cabe salientar que como o objetivo principal é divulgar os resultados obtidos como artigos em revistas tivemos que fazer mais de um artigo, pois de outra forma ficaria muito extenso. Por esta razão alguns aspectos do método estarão repetidos em cada um dos artigos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DADOS DE PREVALÊNCIA - DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS

Um dos achados mais consistentes das pesquisas epidemiológicas é o de maior prevalência de transtornos depressivos em mulheres, adultas e adolescentes, numa proporção média de 2:1 (Weissman et al, 1991; Ernst Angst, 1992; Mirovski e Ross, 1992; Turner et al, 1995; Baron e Campbell, 1993; Olson e von Knorring, 1997; Weissman & Klerman, 1977; Blazer 1995; Nolen-Hocksema 1987; Hankin & Abramson, 2001; Kessler et al 1994; Kuehner, 2003). O Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA-NIMH), a Pesquisa Nacional de Co-Morbidade (NCS) e a pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS) demonstram este achado (Lima, 1999). Este achado parece ocorrer em várias culturas (Weissman et al, 1996; Maier et al, 1999).

Em nosso meio o Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica também demonstra maior prevalência de ansiedade, fobias, somatização e depressão em mulheres (Almeida-Filho, 1997).

Esta diferença é maior em adultos jovens e pessoas de meia-idade (Kessler et al, 1993; Burke et al, 1990), sendo que as causas para tal achado permanecem como especulações e variam desde aspectos sócio-culturais a aspectos biológicos. As taxas de sintomas depressivos e de depressão aumentam drasticamente na adolescência, com a diferença de prevalência entre os sexos iniciando neste período (Cole et al, 1999). Até o início da adolescência há uma preponderância masculina e no meio da puberdade estas taxas invertem-se (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Alguns estudos epidemiológicos demonstram que a diferença de depressão entre os gêneros diminui e torna-se não significativa em indivíduos com mais de 50 anos (Bebbington et

al, 1998; Bland et al, 1988). Outros estudos, também de base populacional, como o realizado no Canadá, não encontraram essa diminuição da diferença de depressão entre os gêneros depois da menopausa, em torno dos 55 anos (Cairney & Wade, 2002). Sonnenberg e cols. (2000), num estudo de base comunitária também encontraram maiores taxas de depressão em mulheres em idades mais avançadas.

Embora a imensa maioria dos estudos replique estes achados, há alguns que não encontraram diferença na prevalência de sintomas depressivos e/ou depressão entre gêneros.

Baumgart & Oliver (1981) não encontraram esta diferença de depressão entre sexos ao aplicarem de forma anônima o Inventário de Beck em 275 estudantes universitários. Concluem que o fato de não responderem o questionário face-a-face com o entrevistador permitiu que os homens expressassem mais livremente seus sintomas depressivos.

Wilhelm & Parker (1989) não encontraram diferença na prevalência de sintomas depressivos e de depressão diagnosticada entre um grupo de professores do sexo masculino e feminino.

Seeman (1997) comenta sobre estudos realizados em alguns países como Índia, Iraque e Nova Guiné onde não se encontrou diferença entre os gêneros na prevalência de depressão, embora não fossem estudos populacionais.

Num artigo (Levav et al, 1997) sobre dados obtidos nas áreas de Los Angeles e New Haven, do ECA - NIMH (Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos), foi relatado uma proporção de 1:1 para mulheres e homens judeus com depressão. Os autores especularam que os baixos índices de alcoolismo entre homens judeus implicariam em maiores taxas de depressão entre eles.

Hammen & Padesky (1977) aplicaram o Inventário de Depressão de Beck em 972 homens e 1300 mulheres, todos alunos de cursos introdutórios de psicologia e não encontraram diferença das médias dos escores totais entre os gêneros.

A influência do gênero sobre o curso dos transtornos depressivos é mais controversa (Kuehner, 2003). Simpson e cols. (1997) encontraram uma maior prevalência em mulheres, mas verificaram uma pequena influência do gênero no curso da depressão. Concluíram que não há evidências de um curso mais crônico de depressão nas mulheres. Outros estudos mostraram um curso similar da depressão entre homens e mulheres (Eaton et al, 1997; Wilhelm et al, 1997). Entretanto, vários outros estudos identificaram maiores taxas de relapso ou não - remissão nas mulheres (Kuehner, 2003).

As taxas de suicídio em indivíduos deprimidos são maiores em homens, pelo menos nos países ocidentais. Alguns fatores ligados ao gênero são considerados protetores para as mulheres e de vulnerabilidade para os homens. O fato de mulheres valorizarem a interdependência, consultarem amigos, procurarem ajuda, pensar suas atitudes num contexto de relacionamentos seriam fatores protetores. O oposto ocorreria com os homens com a valorização da independência, da capacidade de decisão e dificuldade de procurar ajuda (Murphy, 1998).

Gunnell e cols. (2002) também comentam sobre o contraste de maiores taxas de suicídio em homens com maior prevalência de depressão nas mulheres. Numa coorte que avaliou diferenças entre os gêneros em transtornos mentais menores detectados por questionários auto - respondidos e sua associação com suicídio, concluíram que o risco de suicídio associado com possível transtorno mental menor foi maior nos homens do que nas mulheres, questionam as diferenças entre os gêneros na validade de respostas a questionários auto - respondidos rastreadores de doença mental.

Vários estudos têm demonstrado que mulheres também apresentam escores mais elevados de sintomas depressivo-ansiosos, sem configurar diagnóstico, em escalas de avaliação de sintomatologia depressiva.

Compas e colaboradores (1997) estudaram os relatos de duas grandes amostras de adolescentes encaminhados e não encaminhados a atendimento e observaram uma maior

prevalência de humor deprimido e de uma síndrome depressivo-ansiosa nas adolescentes de sexo feminino.

Hendrie e colaboradores (1990) encontraram uma proporção significativamente maior de sintomas de depressão e ansiedade em mulheres ao estudarem uma amostra de 634 estudantes de Medicina e 227 "house staff". Observaram ainda que não houve um declínio de relato destes sintomas entre o período de graduação e da residência médica nas mulheres, enquanto isto ocorreu com os estudantes do sexo masculino.

Outro estudo de sintomas afetivos com duplas, onde um dos cônjuges havia tido um traumatismo cerebral e encontrava-se em estágio crônico, encontrou um elevado índice de sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes e uma maior frequência de sintomas depressivos e ansiosos nos parceiros saudáveis do sexo feminino (Linn, 1994).

Ao avaliarem os possíveis mecanismos de risco para depressão entre 55 adolescentes de ambos os sexos expostos à situação estressora de ter um dos pais com câncer, Grant e cols. (1995) encontraram mais sintomas depressivos - ansiosos em adolescentes do sexo feminino cujas mães tinham câncer.

Também em nosso meio, tem-se encontrado maior frequência de sintomas depressivos em mulheres de diferentes faixas etárias. Tais dados foram obtidos através de escalas de avaliação de sintomas depressivos (Feijó, 1999; Fleck, 1997; Salles, 1999; Eizirik, 1998; Gorenstein, Pompéia e Andrade, 1995).

Novy e co-autores (1996) estudaram a influência do gênero na expressão da sintomatologia depressiva em pacientes com dor crônica, entre os quais as mulheres demonstraram maiores índices de distorção de imagem corporal e de fadiga. Os autores enfatizaram a necessidade de considerar estas diferenças de comportamento nas formas de enfrentar os problemas.

2.2 DEFINIÇÃO/DIAGNÓSTICO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DEPRESSÃO E GÊNERO

O termo depressão é usado para designar um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Como já citado anteriormente, as mulheres demonstram maiores escores de doença como de sintomas num limiar sub-clínico. Há discordância sobre humor deprimido e depressão como um continuum de gravidade ou como coisas diferentes (Hankin 2001).

A característica tida como mais típica dos estados depressivos é o relato de sentimentos de tristeza ou vazio. O mundo é visto “sem cores”, sem alegria. Retraimento social, crises de choro, comportamento suicida e retardo ou lentificação psicomotora são considerados evidências comportamentais de depressão (Del Porto, 1999).

Alguns sintomas depressivos confundem-se com comportamentos ligados ao gênero. Mulheres choram mais do que homens (Lombardo et al, 1983; Williams & Morris, 1996; Salokangas et al, 2002) por possíveis causas biológicas, psicológicas e/ou culturais e este é um sintoma utilizado na avaliação e definição de humor depressivo e um possível artefato (Salokangas et al, 2002).

A classificação psiquiátrica norte-americana mais atual (DSM-IV), amplamente utilizada, define transtorno depressivo maior como um quadro de humor triste e/ou perda de interesse ou prazer pela maior parte das atividades diárias por um período maior que duas semanas, mais quatro sintomas dos citados a seguir (alteração de apetite, alterações de sono, lentificação ou agitação psicomotora, falta de energia, idéias de desvalia, culpa e/ ou desesperança, dificuldades de tomar decisões, ideação suicida) (APA, 1994; Sheehan et al, 1998).

Este conceito é muito abrangente e pouco preciso, englobando uma gama heterogênea de condições, desde as fronteiras da normalidade até as formas mais graves de depressão. Vale lembrar que as diferenças de prevalência entre gêneros é maior para quadros leves.

Não há claros marcadores ou "limiares" naturais na distribuição dos sintomas para o diagnóstico de depressão (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Angst & Dobbler - Mikola (1984)

questionam o uso do mesmo critério de definição de caso para homens e mulheres (idêntico número mínimo necessário de sintomas para definição de caso). Ao observarem as taxas de prevalência de depressão numa coorte de 591 indivíduos adulto - jovens (226 homens e 236 mulheres) concluíram que as mulheres relatam mais sintomas depressivos, os homens provavelmente esquecem mais os sintomas, a duração e as depressões menos recentes, e as mulheres procuram um médico ou se automedicam mais. Entretanto quando avaliaram a prevalência de disfunção sócio-ocupacional que a depressão causava não observaram diferenças entre os gêneros.

Similarmente, Maier e cols (1999) ao adicionarem o critério de prejuízo social na definição de quadro depressivo observaram que diminuiu a diferença de depressão entre os gêneros. Ao contrário, outro estudo não demonstrou diminuição desta diferença quando foi incluído o item de disfunção sócio - ocupacional na definição de doença e nem quando foi usado um ponto de corte na avaliação diagnóstica mais restritivo para as mulheres (Fennig et al, 1994).

Dados obtidos da Pesquisa Nacional de Co - Morbidade (NCS) (Kessler et al, 1993) demonstraram que o risco de depressão aumenta para mulheres comparado a homens, quanto mais sintomas forem necessários. Estes resultados sugerem que o que diferencia a taxa de depressão em homens e mulheres não seria só a alteração de humor ou o interesse diminuído, mas o menor escore de outros sintomas necessários para o diagnóstico. Resultados semelhantes foram encontrados por Fennig e cols. (1994). Similarmente, Young et al, (1990) ao avaliarem 2163 parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno mental concluíram também que a diferença de depressão entre os gêneros aumentou quanto maior o número de sintomas relatados. Todos estes autores concluem por uma real diferença de prevalência de depressão entre os gêneros e que variar o número de critérios diagnósticos necessários não elimina esta diferença.

Vários instrumentos têm sido utilizados para avaliar os sintomas depressivos e sua intensidade, dentre os quais as escalas de Beck. Hamilton, Montgomery - Asberg (Yonkers,

2000). Nestas escalas estão muitos dos sintomas utilizados como definidores do diagnóstico e a avaliação dos sintomas é imprescindível para a elaboração do diagnóstico de depressão.

Não há diferentes pontos de corte para a definição de escores depressivos de acordo com o gênero nas escalas que medem sintomas depressivos (Yonkers, 2000). Um estudo em nosso meio com análise fatorial do Inventário de Depressão de Beck (Gorenstein et al, 1999) encontraram três fatores numa amostra de 1080 estudantes: auto - estima baixa, cognitivo - afetivo e somático. As mulheres combinaram afeto e baixa auto - estima no mesmo fator, e os homens combinaram o fator somático e a baixa auto - estima na mesma dimensão. Steer et al, (1989), em outra análise fatorial do Inventário de Beck, referiram uma diferença do conteúdo cognitivo da depressão entre homens e mulheres, homens combinaram sintomas afetivos e desempenho numa dimensão e mulheres, sintomas afetivos e cognitivos no mesmo fator.

Salokangas et al, (2002) ao comparar dois métodos de screening para depressão Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Depressão (DEPS) em 330 sujeitos da população geral do sul da Finlândia, concluíram que alguns sintomas como chorar e perder o interesse em sexo são mais prevalentes e associados ao sexo feminino, e que os instrumentos usados podem conter vieses associados ao gênero que acabam gerando maiores escores de depressão e seriam artefatuais.

Os instrumentos e critérios utilizados para avaliação e diagnóstico de depressão talvez utilizem itens que são mais associados ao gênero do que propriamente ao quadro depressivo. Parker et al, (1994) sugeriram, para o diagnóstico de melancolia, um sistema classificatório baseado em características objetivas observáveis, como lentificação psico - motora como "core" destes quadros.

2.3 GÊNERO E HISTÓRIA DA DEPRESSÃO E DOS SINTOMAS DE HUMOR

Os conceitos atuais de depressão e mania datam da segunda metade do século IX e emergiram da transformação dos conceitos antigos de mania e melancolia. O critério de

alteração de humor como sintoma principal é algo deste século, pois por muito tempo houve uma desvalorização de alterações subjetivas como sintoma de doença.

Tristeza e desânimo sempre foram elementos essenciais da melancolia, mas, desde a Antiguidade até a Renascença, a melancolia também envolvia emoções fortes ligadas a alucinações e idéias paranóides, ansiedade e medo, tal como descritos por Richard Burton, em seu livro *A Anatomia da Melancolia*, em 1621. Burton também referiu uma preponderância masculina nos quadros de melancolia (Berrios, 1996).

Berrios (1996) refere que quadros de depressão não -psicótica, que classificamos hoje como Episódio Depressivo Maior, com achados melancólicos não seriam classificados como melancolia em outros tempos. No século XVIII seriam chamados de “vapours” “spleen” or “hypochondria”, ou “neuroses” por Cullens, ou “Transtornos Nervosos” por Sydenham e Willis.

A melancolia Clássica era explicada por um excesso de bile negra. A Teoria Médica Clássica baseada nos humores corporais teve grande influência por quase dois séculos. Havia quatro fluidos vitais: sangue, bile amarela, flegma (todas as secreções incolores) e bile negra (melancolia). Sangue era o líquido da vitalidade, bile amarela era indispensável para a digestão, flegma era um fluido lubrificante e a bile negra era patológica e causadora do escurecimento dos demais fluidos. O equilíbrio entre os humores determinaria a saúde física e mental. Um excesso de sangue ou bile amarela poderia ocasionar mania e um excesso de bile negra, melancolia ou depressão.

A subjetividade e abrangência, que o termo “Transtornos Afetivos” engloba, são ressaltados como características que dificultam a história da evolução destes quadros.

A semiologia da “afetividade” e a contribuição deste aspecto para a caracterização de doença mental permaneceram relegadas por muito tempo por influência de uma visão Clássica de que “passions” eram considerados aspectos escuros e menores dos homens e pela própria dificuldade de definição dos termos sentimentos, emoções, humor, afeto e paixão.

Em torno de 1820 houve alterações conceituais na definição de melancolia e este quadro não poderia mais ser um sub-tipo de mania, um transtorno primário do intelecto, nem irreversível. Melancolia foi redefinida como uma forma parcial de insanidade, um transtorno das emoções, cujas características clínicas e etiológicas refletiam perda, inibição, redução e declínio. Então este termo foi renomeado como “depressão”, um termo popular na área cardiovascular da medicina da metade do século IX que se referia a uma diminuição da função (Berrios, 1995).

Do ponto de vista histórico social, a era Romântica tornou a depressão um quadro “fashion”, de elites sociais e artísticas, e ligado a homens com “sensibilidade superior”, com uma “organização cerebral delicada”. Isto ocorreu no contexto de novas propostas do funcionamento do corpo humano visto como uma máquina, atribuindo transtornos psiquiátricos ao sistema nervoso, agora visto como um circuito hidráulico de canos e fibras governando sensações e movimentos.

Porter (1995) refere um curso raro deste “quadro da moda”, com muitos quadros de hipocondria (em homens), histeria (em mulheres) e, em torno de 1900, uma tendência a quadros de “neurastenia”, muitos tratados em “análises intermináveis”.

Baseado em outros autores, Porter, (1995) refere que esta “depressão de elite” tornou-se muito associada com mulheres e com homens “afeminados”, o que não ocorria com as imagens tradicionais de mania e melancolia que eram sempre descritas como sendo doenças de homens. Diz que desde o século XVIII, e especialmente com a imagem da histeria em primeiro plano, a melancolia tornou-se “feminilizada”. Cita uma novela de 1759 a 1797 onde se popularizou a imagem de uma heroína tornando-se vitimizada e enlouquecida, sendo muito sensível para sobreviver num mundo impiedoso. Desde o início da época Vitoriana o comportamento depressivo, histérico, suicida e autodestrutivo tem sido muito associado ao fato de ser mulher e a idéia desta associação está na mente dos psiquiatras, da população em geral e entre as próprias mulheres. As antigas ligações entre escritores, gênios e melancolia eram

tradicionalmente feitas para homens. Durante os últimos 150 anos tem havido este tipo de associação com mulheres como as escritoras Emily Dickinson (1830-86), Virginia Wolf (1882-1941), entre outras.

Numa perspectiva histórica chama a atenção esta inversão nas taxas de prevalência de depressão entre homens e mulheres. Como referido anteriormente, a melancolia e mesmo a renomeada depressão eram mais associadas ao sexo masculino e, a partir do século XVIII, passou a haver uma preponderância feminina. Uma possível explicação seria a de que a melancolia “Clássica” provavelmente não é o que classificamos hoje como transtorno depressivo e abrangia quadros mais graves, inclusive psicóticos. Sabe-se que entre formas mais graves de depressão esta diferença de prevalência entre os gêneros desaparece.

Outra possível consideração é a sobreposição de quadros classificados como histeria, hipocondria, neurastenia com o que classificamos atualmente de depressão e que sempre foram mais associados a mulheres, exceto hipocondria.

Mesmo assim fica uma lacuna nesta tendência histórica de “feminilização” da prevalência de quadros depressivos.

2.4 HIPÓTESES BIOLÓGICAS DA DEPRESSÃO E GÊNERO

Atualmente, há poucas evidências de que fatores biológicos expliquem a diferença de prevalência de depressão entre os gêneros (Hankin & Abramson, 1999).

As hipóteses biológicas da depressão variam desde alterações na neuro-transmissão, genéticas e hormonais.

Seeman (1997) refere que muitos fatores sociais e psicológicos desempenham um papel mais importante na diferença de prevalência de transtornos de humor entre os gêneros do que os hormônios femininos. Entretanto, refere que as flutuações cíclicas dos estrógenos podem tornar as mulheres mais vulneráveis aos processos neurotóxicos mediados por hormônios ligados à resposta ao estresse, o que ocasiona uma susceptibilidade maior à depressão e

ansiedade. Outros autores (Halbreich & Kahn, 2001) comentam que as complexas interações do estrógeno com o sistema nervoso central e com a produção de quadros disfóricos ainda não estão elucidadas. Então, achados como a precipitação de episódios depressivos no período pós-parto, a acentuação do humor disfórico no período pré-menstrual e o uso de anticoncepcionais com as alterações hormonais decorrentes não explicam consistentemente a maior prevalência de depressão em mulheres.

Quanto à possível influência genética, homens e mulheres compartilham quase todos os mesmos gens para depressão e o risco genético é similar em ambos os sexos. (Kendler & Prescott, 1999).

Embora um estudo mais recente dos mesmos autores concluiu que fatores genéticos demonstram uma influência maior na etiologia da depressão em mulheres do que em homens quando se usam definições diagnósticas mais amplas (Kendler et al, 2001).

Ainda em relação à genética, uma meta - análise recente não encontrou diferença significativa no fator hereditário para depressão entre os sexos (Sullivan, 2000).

Como os transtornos decorrentes do uso de álcool são mais prevalentes nos homens, outra hipótese é que os transtornos depressivos seriam uma variação fenotípica do mesmo genótipo, cuja expressão, e conseqüentemente a prevalência, seria maior para as mulheres (Blazer, 1995).

Muitas hipóteses neurobiológicas para depressão tem sido estudadas. Os achados mostram possível envolvimento do sistema neuroendócrino (eixo-hipotálamo - hipófise-adrenal), da neurotransmissão (alterações de neurotransmissores, e na concentração de seus metabólitos, dos sítios, de recaptação e receptores), da neuroplasticidade, da remodelação celular, envolvendo alterações celulares e moleculares (ex. proteína G, cálcio, CREB, RNAm, fatores de transcrição...). Com os avanços da neuroimagem é possível estudar os aspectos morfofuncionais na depressão (ex. no córtex pré-frontal, giro do cíngulo, núcleo caudado e estriado, tálamo, hipocampo e amígdala). Porém, o possível envolvimento de um ou outro

mecanismo neurobiológico ou área cerebral está relacionado com o tipo de transtorno de humor e sua severidade, não havendo diferenças neurobiológicas descritas entre os gêneros (Nemeroff, 2002; Young, 2002; Nestler et al, 2002). Apenas Shaffery et al, (2003), em um estudo sobre a neurofisiologia da depressão, relatam que a diferença da depressão entre os gêneros está relacionada com a responsividade aumentada das mulheres ao estresse.

2.5 Papel dos eventos estressantes e diferentes padrões de vulnerabilidade entre os gêneros

É sabido que eventos negativos de vida colocam os indivíduos em maior risco para depressão (Kendler et al, 1993, 1995). Possíveis interpretações sobre a diferença de depressão entre os gêneros são que mulheres teriam mais eventos estressantes do que homens ou que mulheres seriam mais susceptíveis a estes eventos ficando deprimidas.

Entretanto, num artigo recente, Kendler et al, (2001) concluem que a maioria das categorias de eventos vitais influenciam o risco para depressão maior de maneira similar em ambos os sexos. Desta forma sugerem que a diferença de prevalência de depressão entre os gêneros não pode ser atribuída a diferenças nos índices de eventos estressantes relatados nem a uma sensibilidade diferente a seus efeitos patogênicos conforme o gênero.

Estes mesmos autores (Kendler et al, 1999) numa amostra populacional de gêmeos do sexo feminino reenfatazaram a relação causal entre eventos vitais estressantes e início de episódio depressivo, mas encontraram um terço de associação não-causal de eventos estressores e episódios depressivos. Sugerem que alguns indivíduos geneticamente predispostos à depressão maior, também são predispostos por temperamento a envolver-se em situações de alto risco.

Palanza (2001) estudou o efeito de estressor social conforme o gênero em camundongos, encontrou comportamentos de menor exploração e maior ansiedade nas fêmeas quando sozinhas. Sugere que modelos animais podem contribuir para elucidar alguns aspectos de

doença neuropsiquiátrica, mas que isto requer considerações sobre aspectos da vida natural das espécies estudadas e de seu comportamento social numa perspectiva evolucionista.

McGuire e Trois (1998) interpretam a diferença de taxas de depressão entre homens e mulheres numa perspectiva evolutiva e consideram que um maior índice de depressão em mulheres é consequência, primariamente, de uma falha em alcançar objetivos biológicos. Apontam ainda, secundariamente, a depressão como resultante de estratégias envolvidas para lidar com situações adversas, principalmente entre parceiros, e, como uma forma de autopreservação.

Mulheres teriam menor grau de auto-afirmação, autoconfiança, e uma baixa expectativa em relação a sua habilidade para lidar com eventos importantes. Teorias de causas de depressão sustentam que a necessidade de aceitação e aprovação de outras pessoas para a auto-estima e auto-avaliação coloca o indivíduo em risco para depressão (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Ao confrontar-se com um evento negativo, meninas teriam uma vulnerabilidade cognitiva que implicaria interpretação negativa (atitude disfuncional) ou inferência negativa (estilo negativo inferencial) do evento tornando-as mais suscetíveis à instalação de um quadro depressivo (Hankin, 2001).

Nolen-Hoeksema & Girgus (1994) propõem três possíveis explicações para a emergência de diferença de taxas de depressão entre os gêneros na adolescência: fatores etiológicos para depressão são idênticos em meninos e meninas, mas há um maior aumento destes fatores na adolescência inicial no sexo feminino; causas de depressão diferem entre meninos e meninas e isto explicaria a diferença entre os sexos desde a adolescência inicial; meninas têm mais fatores de risco do que meninos antes da emergência da diferença de depressão entre os sexos, e estes fatores de risco interagem com desafios sociais que ocorrem no início da adolescência causando uma maior vulnerabilidade feminina à depressão.

Cyranowski et al., (2000) relatam que as necessidades interpessoais, de relacionar-se com outras pessoas colocam adolescentes meninas em particular risco para eventos negativos, isso levaria a uma maior vulnerabilidade à depressão. Estes autores referem que, por fatores sociais e talvez biológicos, mulheres têm um padrão de relacionamento afiliativo, ou seja, mulheres têm uma preferência por intimidade, comunicação interpessoal mais próxima e responsabilidade pelos relacionamentos. Durante a adolescência há um aumento das pressões sociais para que meninas e meninos enquadrem-se nos estereótipos de feminilidade e masculinidade, onde as mulheres necessitam mais dos relacionamentos para seu bem-estar. Especula-se que a ocitocina poderia estar envolvida no aumento do comportamento afiliativo nas adolescentes do sexo feminino. Outros fatores que estariam envolvidos no risco maior de depressão em adolescentes meninas seriam vínculos inseguros com os pais. Temperamento prévio ansioso ou tímido e um estilo ruminativo de lidar com situações estressoras. Então, eventos negativos (especialmente com consequências interpessoais) associados com enfoque altamente afiliativo, vínculos prévios fracos, alta ansiedade e dificuldade de lidar com situações estressoras colocariam as mulheres em risco maior para depressão na puberdade e ao longo da idade adulta.

Wilhem, Parker & Dewhurst (1998) estudaram a diferença entre os gêneros em relação ao impacto presumido para determinados eventos vitais e ao impacto sentido por eventos que efetivamente ocorreram. Um grupo socialmente homogêneo de 97 adultos jovens que estavam no primeiro ano de formação para professor foi acompanhado por cinco anos. No início desta coorte os sujeitos receberam um check-list de eventos vitais prazerosos e desprazerosos derivados de escala de eventos vitais e registraram o impacto imaginado que cada um dos eventos poderia ocasionar (escores de impacto antecipado). Após quatro anos os sujeitos graduaram novamente o impacto de estresse ou prazer para cada evento experimentado nos últimos 12 meses, usando a mesma lista de eventos vitais (escores de impacto real). Não houve diferença significativa entre os sexos nos escores antecipados de eventos prazerosos ou

desprazerosos, entretanto as mulheres deram escores significativamente maiores para os eventos reais. Mulheres demonstram maior índice de afetividade emocional na direção positiva e negativa. Mulheres teriam maior tolerância à reatividade de humor.

Nazroo (1997) comenta que algumas categorias de eventos vitais relacionados à vida familiar têm particular importância para mulheres.

Goleman (1995) comenta que homens não seriam aptos a tolerar a mesma extensão de afetividade, emoção como as mulheres, e que homens protegem-se se tornando mais estóicos.

Bedi (1999) refere que a depressão é resultante de uma inadequada capacidade comportamental, psicológica, socioambiental e biológica do indivíduo lidar com estresses vitais e que todas estas capacidades poderiam ser parcialmente influenciadas por fatores genéticos. Ainda refere que as mulheres teriam taxas maiores de depressão porque experimentam mais situações estressantes e sentem mais estresse com os eventos estressores, tendo menor repertório de estratégias de enfrentamento do que os homens. Isto também é referido por Ge e cols. (1994).

Mulheres aprenderiam menos estratégias psicológicas e comportamentais de enfrentamento do que homens. Por exemplo, mulheres ao enfrentar uma situação estressora não tendem a procurar atividades que as distraiam como homens costumam fazer, elas ficam freqüentemente ruminando sobre a situação e sobre os sentimentos de tristeza decorrentes. Este estilo ruminativo de enfrentamento de situações pode amplificar o estresse e interferir com o uso de outras estratégias. O estilo cognitivo dos homens de tentar distrair-se de um evento estressor os protegeria da depressão. (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

Sowa & Lustman (1984) estudaram 140 homens e mulheres e concluíram que homens experimentaram mais eventos estressantes, mas que as mulheres avaliaram o impacto como mais grave.

Segundo Ahlund e Frodi (1996), ao avaliarem 116 pacientes com depressão maior ou distímia hospitalizados, homens e mulheres apresentam diferenças na vulnerabilidade a

depressão e diferentes estressores precipitam este quadro conforme o gênero. Eventos que afetam relacionamentos interpessoais causam mais depressão em mulheres. Eventos que afetam a auto-estima ou que ameaçam o ego causam depressão em homens. As autoras explicam estes resultados à luz de duas teorias: teoria da perspectiva de um papel a desempenhar conforme o gênero e a uma teoria desenvolvimental específica a cada gênero. Consideram que há uma expectativa social de que as mulheres sejam dependentes, aquiescentes e sensíveis às necessidades dos outros e dependam mais do julgamento de outras pessoas para sua auto-avaliação. Dos homens espera-se independência, autoconfiança, instrumentalidade e agressividade. Demonstrar depressão seria uma falha e demonstrar agressividade seria um comportamento aceitável para os homens. De acordo com esta perspectiva de papéis, as diferentes expectativas em relação a homens e a mulheres os tornariam diferentemente vulneráveis a eventos que afetassem a si próprios e a outros significativos, respectivamente. Dentro da teoria desenvolvimental, a resolução do complexo edípico (ou de Electra) é diferente para meninos e meninas e poderia envolver o desenvolvimento de habilidades de relacionamento específicas a cada gênero. Para resolver seu complexo edípico meninos tem que abandonar, suprimir e negar seus sentimentos em relação à mãe e isto daria uma noção de um self isolado dos outros. As meninas podem simplesmente criar uma relação adicional com o pai e isto resultaria em maior interdependência com os outros.

Macejewsky et al. (2001) avaliaram a ocorrência de depressão após um evento estressor numa amostra populacional de 1024 homens e 1800 mulheres. Verificaram que mulheres tiveram um risco aproximadamente três vezes maior que o de homens de experimentarem depressão maior em resposta a maior parte dos eventos estressores avaliados.

2.6 Causas sociais e culturais determinando diferentes taxas de depressão entre os gêneros

Fatores psicossociais, como sobreposição de papéis, i.e., as mulheres teriam mais atribuições como profissionais, donas de casa, esposas, e mães, também têm sido levantados como causa para a diferença entre as taxas de depressão entre os sexos. Bebington e cols. (1991) sugerem que a maior prevalência de transtornos depressivos menores em mulheres em idade reprodutiva está associada a ter filhos e a ser casada.

Gutierrez e cols. (2000) estudaram o efeito combinado do estado conjugal e da ocupação profissional sobre as diferenças de taxas de depressão entre os sexos em 2599 pacientes com depressão. Concluíram que, quando analisados separadamente, sexo, estado conjugal e estar ou não empregado, têm influências distintas com um risco maior para "não ser casado", seguido por ser do sexo feminino e estar desempregado. Quando analisados em conjunto, o casamento foi significativamente menos vantajoso para mulheres do que para homens. As maiores taxas de depressão ocorreram em mulheres desempregadas e divorciadas, as menores taxas ocorreram em homens casados e empregados. Sugerem que estas variáveis (estado conjugal e ocupacional) devam ser levadas em conta em estudos epidemiológicos ao se investigar a diferença de depressão entre os sexos, pois, quando foram controladas, nesse estudo, as diferenças de taxas de depressão entre os sexos desapareceram.

Horsfall (2001) considera que sexo refere-se a fatores biológicos e gênero deriva de fatores sociais e culturais, embora reconheça que atualmente estes termos tem sido usados como sinônimos. As diferenças sociais relacionam-se a noção de masculinidade e feminilidade. Este autor considera que alguns dos sintomas considerados como depressivos são comportamentos associados a um ou outro gênero. Por exemplo, a queixa de fadiga persistente, que é mais comum em mulheres e pode não ser relacionado a um diagnóstico clínico e/ ou psiquiátrico, mas relaciona-se ao sintoma de falta de energia. Também comenta que as mulheres são frequentemente encorajadas a colocar os outros em primeiro lugar e que muito trabalho feito por mulheres não é visto ou é desvalorizado. Tais processos de socialização e desvalorização cultural levariam a sentimentos de baixa auto-estima, fraqueza, dependência em excesso,

sentimentos de desesperança e depressão nas mulheres. Acrescenta que qualquer um destes fatores sociais pode aumentar a probabilidade de mulheres obterem um diagnóstico de depressão. Fala ainda que alguns sintomas depressivos poderiam ser vistos como um exagero de características socialmente incentivadas.

Outros autores referem que fatores sociais é que determinam diferença de depressão entre os gêneros (Wilhelm & Parker, 1989; Harris, Surtees & Bancroft, 1991).

Wetzel (1994) considera que falta de autonomia, dependência e auto-acusações nas mulheres ultrapassam diagnósticos psiquiátricos.

Nolen-Hoeksema & Girgus (1994) falam sobre a teoria da intensificação do gênero na adolescência e suas implicações. Na adolescência precoce as pressões de socialização fazem com que meninas e meninos adotem características de personalidade diferenciadas conforme o gênero. As características de personalidade ligadas aos papéis do sexo feminino seriam mais depressiogênicas. O aumento da adoção de papéis femininos ou masculinos na adolescência poderia ocasionar maior influência dos relacionamentos na auto-estima, maior dependência e dificuldade de auto-afirmação nas meninas e o contrário para os meninos. A forma como meninos e meninas lidam com seus mundos poderia ocasionar a diferença na prevalência de depressão entre os sexos. De acordo com esta teoria de intensificação do gênero, meninas ficam mais à vontade para expressar suas emoções do que meninos e, portanto, admitiriam mais seus sintomas de depressão. Apesar disso, os autores acham que a diferença de prevalência de depressão entre os gêneros não pode ser atribuída a vieses no relato dos sintomas. A auto-estima das mulheres depende mais dos relacionamentos interpessoais do que a dos homens. Este aspecto da personalidade poderia ser um precursor da diferença de prevalência de depressão entre os gêneros.

O estereótipo feminino prevê que as adolescentes do sexo feminino preocupem-se com o julgamento dos outros sobre sua aparência, mostrem-se menos afirmativas do que os

adolescentes do sexo masculino e até tentem esconder sua inteligência, competência ou autoridade por acharem que serão menos aceitas.(Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Estudos sobre gênero e liderança demonstram que ainda há pressões sociais para que mulheres diluam exibições de autoridade e competência. Mulheres líderes que possuem comportamento agressivo do estereótipo masculino são avaliadas negativamente (Eagly et al, 1992).

Block et al (1991) sugerem que a violação do estereótipo feminino mostrando sua competência pode levar a depressão através da observação de que adolescentes do sexo feminino mostraram uma correlação significativa entre inteligência e sintomas depressivos.

Alguns pesquisadores têm postulado que homens e mulheres consideram estereótipos masculinos mais desejáveis do que femininos e que, em alguns casos, masculinidade prediz saúde mental e correlaciona-se positivamente com auto-estima em ambos os sexos (Wilhmen, 1998).

SanFilipo (1994) também encontrou que uma associação de maiores níveis de masculinidade são associadas com menores níveis de experiências depressivas em ambos os sexos numa amostra de 63 homens e 77 mulheres estudantes de Psicologia. Refere que masculinidade e feminilidade são traços que correspondem a diferenças comportamentais esperadas e socialmente sancionadas entre homens e mulheres. Características individualistas como independência, competitividade e capacidade de tomar decisões são associadas a maior masculinidade.

Moller-Leimkuhler (2002) refere que o papel atribuído ao gênero masculino nas sociedades ocidentais implica em não perceber ou admitir ansiedade, tristeza, desesperança, não chorar, ser estoico e ignorar sintomas. Isto resulta em menor procura de atendimento. Normas sociais da masculinidade tradicional podem tornar mais difícil a procura de ajuda devido à inibição da expressividade emocional influenciando a percepção do sintoma de depressão. Esta autora conclui que síndrome depressiva é sub-diagnosticada em homens.

2.7 Diferenças de pensamento e no desenvolvimento emocional de homens e mulheres

Gilligan (1982) aponta para diferenças do pensamento entre homens e mulheres. Fala que as operações cognitivas femininas parecem ser consideravelmente mais complexas que a dos homens. Diz que o pensamento das mulheres é mais inclusivo, menos restrito. Mulheres não se limitariam a usar a lógica Aristotélica. Isto acarretaria divergência entre casais, por exemplo, pois homens achariam o pensamento das mulheres confuso, e não que homens e mulheres pensam diferente, operando com diferentes prioridades e premissas. Diz que os homens são socializados (e talvez biologicamente programados) para valorizar capacidade de decisão e isto os faz simplificar conceitos para atingir objetivos. Mulheres procuram fazer um balanço de uma ampla gama de preocupações, mais do que fazer uma eliminação hierárquica de alguma delas. Isto faria com que não se precipitassem em conclusões.

Homens interagem socialmente com assuntos externos: esportes, negócios, política, lazer, sentimentos não são matéria de discussão. Revelar sentimentos de tristeza e de desesperança é reconhecer sua vulnerabilidade e isto é quase impensável para homens. No mundo competitivo dos homens demonstrar fraqueza só daria vantagem aos outros, por isso homens hesitariam em revelar a profundidade de seu desespero, daí não compartilhariam sua ideiação e plano suicida, por exemplo (Murphi, 1998).

Quando uma mulher descreve-se, sua identidade é descrita no contexto de um relacionamento interpessoal e julgada por um padrão de responsabilidade e cuidado com os outros. Homens não têm este tipo de autodescrição. Desafios, grande idéias ou distinção em suas atividades definem o modelo de avaliação e sucesso nos homens.

Estas características psicológicas diferentes implicariam num risco aumentado para depressão nas mulheres (Gilligan, 1982).

Nolen-Hoeksema (1987) refere que mulheres têm um estilo cognitivo ruminativo de lidar com a depressão ou com os sintomas depressivos e que isto por si só, aumenta a chance de

episódios depressivos. Diz que homens teriam um estilo cognitivo orientado para a distração ao lidar com problemas ou sentimentos depressivos.

Sanathara e cols. (2003) concluem que mulheres possuem maior dependência interpessoal, ou seja, necessitam mais das outras pessoas como um suporte emocional e social, do que os homens e que isto pode contribuir significativamente para as diferenças de risco de depressão entre os gêneros.

Lehmicke & Hicks (1995) estudaram a relação entre estilo de resposta ruminativa ou orientada para a distração e depressão e gênero em 91 estudantes. Esta amostra respondeu ao Inventário de Beck para Depressão e um Questionário sobre Estratégias de Enfrentamento. Hipotetizaram que o estilo de resposta orientado para a distração era um meio mais efetivo de lidar com depressão do que um estilo ruminativo e que isto era independente do gênero. Os resultados confirmaram parcialmente esta hipótese, pois isto foi válido só para as mulheres da amostra. Ou seja, homens não tinham diferença no uso de uma ou outra estratégia de enfrentamento e isto não influenciou a severidade de sintomas depressivos. Já mulheres com maiores índices de repostas ruminativas tiveram maiores escores depressivos.

Sintomas como relato de humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais, sentimentos de desesperança ou de culpa inapropriados, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, envolvem alterações no pensamento e dependem de percepção, interpretação, e verbalização. Há vários estudos que mostram melhor desempenho de mulheres em tarefas que exigem habilidades verbais.

Adamm e colaboradores (1999) concluíram que homens e mulheres usam estratégias de processamento cognitivo diferentes ao examinarem o “tempo de reação de escolha” numa amostra de 12 homens e 12 mulheres.

Smith (1997) verificou a hipótese de que adolescentes do sexo feminino dispenderiam mais tempo em conversação do que sozinhas, quando comparadas a adolescentes masculinos. Concluiu que adolescentes femininas dispenderiam mais tempo que os adolescentes do sexo

masculino em ambos os tipos de situações. Atribui estes resultados a influências sócio-culturais.

A escassa literatura sobre a relação entre memória e gênero é discutida no artigo de Herlitz e cols. (1997) que concluem que homens têm melhor desempenho em tarefas visuo-espaciais, enquanto mulheres têm mais fluência verbal. Outra conclusão é que as mulheres têm melhor desempenho nas tarefas de memória episódica.

Seidlitz & Diener (1998) ao estudarem a influência do gênero na recordação de experiências afetivas em indivíduos normais concluem que as mulheres lembram mais tanto eventos negativos como positivos, embora não relacionem esta maior capacidade de recordação à intensidade do afeto relacionado. Atribuem este achado a diferenças na codificação de detalhes entre homens e mulheres, mulheres codificariam seus eventos vitais com mais detalhes do que homens e isso contribuiria para sua melhor memória. Especulam que isto possa ocorrer devido a maior tendência à afiliação e maior acuidade da percepção das emoções de terceiros nas interações sociais por parte das mulheres.

Kramer e cols. (1997) comentam a superioridade do sexo feminino no aprendizado verbal ao estudarem 401 meninas e 410 meninos dos 5 aos 16 anos.

Ao estudarem 1480 adultos entre 20-74 anos, Kaufman e cols. (1991) não observaram diferenças entre crescimento e declínio intelectual ao longo da vida adulta entre homens e mulheres.

A influência do gênero em aspectos linguísticos também é um assunto referido na literatura. Dixon e Foster (1997) ao estudarem o uso de expressões verbais que causam imprecisão (“sort of”) ou facilitação (“you know”) não encontraram diferenças na frequência de uso das mesmas entre homens e mulheres, mas citam outros autores que relatam o uso de diferentes formas de linguagem em homens e mulheres.

Mearski e colaboradores (1996) estudaram o desempenho de 6 homens e 8 mulheres no teste de Stroop e encontraram maior velocidade de resposta na mulheres. Atribuíram estes achados ao melhor desempenho de mulheres nas tarefas verbais e habilidades motoras finas.

Waters e Schreiber (1991) observaram diferentes estratégias cognitivas conforme o gênero e melhor desempenho em testes de memória recente em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino.

Gordon e Kravetz (1991) encontraram melhor desempenho de mulheres destros em tarefas verbais, e de homens e mulheres sinistras em tarefas viso-espaciais. A influência do gênero nestas diferenças foi maior do que a da lateralidade.

Schonwald (1998) também não observou diferenças em relação à lateralidade nas tarefas cognitivas verbais e viso-espaciais estudadas numa amostra de adultos jovens de ambos os sexos. A diferença por sexo observada foi o melhor desempenho dos homens numa tarefa de memória viso-espacial.

Avaliando, também, a influência de gênero e lateralidade sobre estratégias cognitivas, Pezaris e Casey (1991) encontraram maior uso de estratégias verbais entre as meninas, e de estratégias viso-espaciais entre meninos. Observaram ainda um sub-grupo de adolescentes do sexo feminino que apresentavam melhor desempenho em matemática, eram destros, mas seus pais não, e que utilizavam com igual frequência tanto estratégias verbais e viso-espaciais. Denominaram este grupo como meninas que usavam “estratégias masculinas” para resolução de problemas e atribuíram estas características a fatores genéticos e ambientais.

Gladue (1991) investigou as características do comportamento agressivo e encontrou predominância de comportamento de agressão física em homens, e de agressão verbal em mulheres.

Numa metanálise sobre as diferenças entre os sexos no curso do desenvolvimento da personalidade, Cohn (1991) referiu que adolescentes do sexo feminino atingem uma maturidade em termos de julgamento moral, empatia, níveis de agressão mais precocemente

que os adolescentes do sexo masculino. Afirmam que estes achados não parecem ser um artefato causado pela superioridade das meninas em habilidades verbais, e que estas diferenças desaparecem ao longo do ciclo vital. .

Brody (1985) também refere que as diferentes taxas de maturação cognitiva e biológica, como a aquisição de linguagem numa idade mais precoce em meninas, podem estar relacionadas a diferentes taxas de desenvolvimento emocional nos gêneros. Em sua revisão sobre diferenças entre os gêneros no desenvolvimento emocional relata que mulheres sentem mais alegria, tristeza, medo, são mais expressivas emocionalmente, são mais sensíveis a sinais não verbais do que homens e expressam menos raiva. Estes dados derivam de estudos sobre estereótipos ligados ao gênero como de medidas de auto-avaliação. Comenta ainda que não há uma explicação definida sobre as causas de tais diferenças, se por processos biológicos-evolutivos ou por processos sociais-cognitivos. Enfatiza os diferentes processos de socialização como principal causa da diferença do desenvolvimento emocional entre os gêneros.

Outro estudo avaliando a comparabilidade de escalas auto-respondidas e feitas por examinadores para avaliar escores de depressão em 75 adolescentes hospitalizados, além de concluir que instrumentos de auto-resposta são uma boa alternativa para avaliar sintomas de depressão e ansiedade, encontrou maior correlação entre escores da escala auto-respondida com os de escala aplicada por examinadores nas adolescentes femininas, sugerindo uma dificuldade dos pacientes masculinos comunicarem sintomas depressivos (Jolly, 1994).

Sowa & Lustsman (1984) ao avaliarem 70 homens e 70 mulheres com o Questionário de Estresses Vitais, o Inventário de Depressão de Beck e o Questionário de Pensamentos Automáticos encontraram maiores índices de depressão em mulheres e maiores distorções no conteúdo cognitivo em homens. Sugerem que as distorções cognitivas usadas pelos homens podem isolá-los do humor deprimido.

- Há poucos estudos em que homens referiam mais algum tipo de sofrimento psíquico que mulheres. Um estudo de sintomas obtidos através da escala de Depressão do Centro de

Estudos Epidemiológicos demonstrou que homens relataram 42,6 % mais dias em que se sentiram não gostados ou que as outras pessoas não pareciam amigáveis comparado às mulheres (Ross & Mirovsky, 1984). Outro estudo (Newmann, 1984) mostrou que homens diziam que tinham feito algo errado e que esperavam punição mais que mulheres.

2.8 Hipótese do artefato

A hipótese de que mulheres procuram mais atendimento médico e que por isso são mais diagnosticadas, não é sustentada pelos estudos em comunidades que seguem observando maior prevalência de depressão no sexo feminino.

Alguns autores (Ernst & Angst, 1992; Wilhelm & Parker, 1998) referem como um possível artefato causando a diferença de depressão entre os gêneros o achado de que homens recordam menos do que mulheres os seus sintomas ou episódios depressivos prévios. Este foi um dos achados da coorte de Zurique que acompanhou por sete anos um grupo de adultos jovens (Ernst & Angst, 1992).

Wilhelm et al. (1994) também demonstraram que mulheres lembram mais de episódios depressivos prévios e homens esquecem mais de episódios depressivos prévios, o que aumentaria as taxas de depressão ao longo da vida.

Como isto não se aplica a quadros recentes ou de curta duração em que segue ocorrendo a diferença de frequência, este fator não pode ser responsabilizado totalmente por este achado.

Há outros estudos em que não foram encontradas diferenças na estabilidade do diagnóstico de depressão ao longo da vida entre homens e mulheres (Kendler et al, 2001) ou não foram encontradas diferenças na recordação de sintomas depressivos entre os gêneros (Kuehner, 1999).

Talvez este achado de que os homens recordem menos explique os resultados de que não houve diferença entre os gêneros na cronicidade ou na recorrência de depressão na Pesquisa de Comorbidade Nacional (NCS) realizada nos EUA (Kessler et al, 1993).

Andrews et al (1999) encontraram um índice de 77% de recordação de episódio depressivo prévio num estudo longitudinal. Não referiram diferença entre os gêneros, mas enfatizaram que os indivíduos avaliados tinham formas graves de depressão e não refletiria achados de comunidade.

Mulheres podem expressar-se diferente de homens e isto pode causar uma falsa impressão de que as mulheres sofrem mais (Nolen-Hoeksema, 1987). Mulheres são mais livres para expressarem suas emoções. Isto pode representar um viés importante, ou seja, sintomas considerados como associados à depressão, podem ser na verdade um padrão "feminino" de resposta. Além disso, mulheres não relatam menos sentimentos de alegria do que homens, às vezes até relatando mais (Wood et al, 1989).

Embora mulheres tenham mais queixas psicológicas, mais sintomas físicos, mais doenças crônicas não-fatais, freqüentem mais consultórios médicos e hospitais do que os homens, os homens têm maiores taxas de doenças crônicas fatais e de mortalidade (Verbrugge,1986). Depressão e sintomas depressivos são comumente associados com suicídio, mas as taxas de suicídios são maiores em homens (Murphy,1998).

Gunnell e cols. (2002) reavaliam a questão da maior prevalência de depressão diagnosticada em estudo de comunidade com as maiores taxas de suicídio em homens. Um total de 8466 homens e mulheres foram rastreados por um instrumento de avaliação de transtornos mentais menores (General Health Questionnaire) e acompanhados por aproximadamente 20 anos, registrando-se as taxas de suicídio. O risco de suicídio associado a possível transtorno mental menor foi maior para os homens (RC=6,78) do que para mulheres (RC=1,66). Concluem que ou o risco de suicídio a longo prazo, num contexto de um episódio passado de transtorno mental menor, é maior em homens do que nas mulheres, ou que existem diferenças em relação ao sexo na validade das respostas a questionários rastreadores de saúde mental.

Esta discrepância entre as taxas de sintomas e queixas e as taxas de mortalidade conduz à hipótese de que a maior prevalência de sintomas depressivos e de depressão decorra de artefatos (Ritchey et al, 1991).

Newmann (1987) diz que o sentimento de tristeza é típico de mulheres e associado à solidão e que não existem diferenças entre os gêneros na síndrome depressiva como tal. Acha que a tristeza é uma reação emocional das mulheres, as quais são mais dependentes das relações interpessoais, e que este sintoma não pertence ao core da depressão.

Chorar também é um comportamento bastante associado ao sexo feminino e geralmente associado ao sentir-se triste (Lombardo, 1983; William Morris, 1996). Este tipo de comportamento não necessariamente é depressão.

Ersnt & Angst, 1992, num estudo de coorte, sugerem que transtornos psiquiátricos conduzem a reações mais globais ou difusas nas mulheres que nos homens, e que isto não deveria ser confundido com expressividade diferente.

Num artigo recente, Salokangas et al (2002) concluíram que os instrumentos utilizados para avaliar depressão contêm itens que são relacionados ao gênero feminino e não à depressão em si. Referem que chorar e perder o interesse em sexo são comportamentos biológicos, psicológicos e culturalmente ligados ao sexo feminino e sugerem um artefato causado pelos instrumentos que medem sintomas depressivos causando a diferença destes sintomas entre os gêneros.

Outros autores discordam da idéia de que a diferença de sintomas depressivos ou depressão entre gêneros seja um artefato (Hankin, 2001; Weissmann & Klermann, 1977; Mirowski & Ross, 1995).

Weissman & Klermann (1977) discordam da possibilidade de que a diferença de depressão entre os gêneros seja um artefato em seu artigo de revisão. A hipótese de "artefato" presume que mulheres percebem, reconhecem, relatam e procuram ajuda para seu sofrimento de uma forma diferente dos homens e estes fatores contribuiriam para a diferença de

prevalência de depressão entre os sexos. Citam estudos que não evidenciaram diferença de quantidade de eventos estressores entre os sexos. Também refutam a idéia de que mulheres respondem ao estresse com "affective distress" porque se sentem mais livres para reconhecer estes sintomas. Referem que embora homens e mulheres tenham diferentes padrões de busca de auxílio, isto não explica a diferença de depressão entre os sexos encontrada em estudo de comunidade. Acham também discutível a idéia de que homens com diagnóstico de alcoolismo teriam depressão não identificada.

Mirovsky & Ross (1995) também concluem que mulheres sofrem genuinamente mais angústia do que homens e que isto não é um artefato devido a vieses como o fato de mulheres relatarem mais livremente suas emoções ou de os homens serem mais introspectivos, guardarem mais suas emoções para si mesmos. Estes autores conduziram um questionário por telefone a 1282 mulheres e 749 homens. Mediram o grau de angústia em 6 índices que representavam tristeza, felicidade, raiva, ansiedade, dores e dificuldades para se concentrar ou dormir. Além disso, perguntaram o grau de concordância dos respondentes com a afirmação: "Eu mantenho minhas emoções comigo mesmo" para gerar uma medida de expressividade emocional. Concluíram que mais homens que mulheres concordavam com a afirmativa de que eram mais reservados na expressão de suas emoções, mas que esta medida de "reserva" emocional correlacionava-se positivamente com o item que avaliava tristeza. Demonstraram também que as mulheres expressavam todas as suas emoções mais livremente que os homens, tinham escores mais altos em todos os itens que mediam angústia e que, mesmo controlando para o fato de serem mais expressivas, seguiam tendo maiores escores. Para medir o grau de expressividade emocional usaram a medida direta (questão sobre instrospecção) e criaram uma medida indireta. Esta se baseou na construção de uma variável que avaliava os itens de tristeza e felicidade. Os autores consideraram que os indivíduos que referiam mais ambas as emoções eram "emocionalmente expressivos" e os que relatavam escores altos de tristeza e baixos de felicidade eram "depressivos".

Perda de interesse e/ou prazer, inclusive perda de interesse sexual é um sintoma considerado como depressivo. Sabe-se que mulheres diferem de homens no grau de interesse sexual por fatores biológicos, sociais e culturais (Baldwin & Baldwin, 1997). Esta diferença relaciona-se ao gênero e não a ter depressão ou não.

Será que se procura e se leva em conta somente os “critérios femininos” (a forma de expressão mais “feminina” dos sintomas), e que não se considera a diferença normal de comportamento e cognição entre os sexos? Também emerge a dúvida da existência de um “equivalente masculino”, cujas características não são detectadas porque não são verbalizadas, e muito menos investigadas.

Wilhelm & Parker (1993) já levantaram esta questão num estudo de coorte de 10 anos onde verificaram diferentes padrões de enfrentamento (*coping*) quando deprimidos, entre 170 professores dos sexos masculino e feminino. Homens tiveram maiores taxas de comportamento imprudente, enquanto mulheres tiveram um comportamento de gastar mais dinheiro com si mesmas, comer mais e chorar mais. Estes autores questionam a possibilidade de comportamentos "masculinos" não serem considerados nos critérios de depressão. Sugerem que homens podem expressar raiva ou ter outros tipos de atuações que não são considerados como legítimos de depressão devido a uma tendência a usar experiências femininas quando o conceito de depressão está sendo discutido. Sugerem também que um maior grau de neuroticismo e de dependência nas mulheres seriam fatores de vulnerabilidade a depressão. Ainda concluem que algumas das estratégias de lidar com situações usadas por mulheres como chorar mais e comer mais podem aumentar artefactualmente as taxas de depressão se são usadas como variáveis que contam para o diagnóstico.

Sonnenberg e cols. (2000) ao estudarem diferenças nas taxas de depressão entre os gêneros em idades acima de 50 anos encontraram ainda maior prevalência nas mulheres. Mas discutem o uso de escalas auto-respondidas para aferição dos sintomas como uma limitação

importante do seu estudo. Isto porque diferenças entre os gêneros em relatar sintomas depressivos podem causar um aumento artefactual da prevalência de depressão.

2.9 Diferença de prevalência de sintomas físicos e somáticos de depressão entre os gêneros

Sintomas físicos, somáticos, transtornos e sintomas de ansiedade também são mais prevalentes em adolescentes do sexo feminino e mulheres adultas e isto poderia implicar num aumento de identificação de depressão entre as mulheres. Alguns autores hipotetizam que a maior prevalência de sintomas ansiosos ou transtornos de ansiedade em mulheres é que levariam a diferença de prevalência de depressão entre os sexos (Breslau, 1995; Wilhelm, 1997; Parker, 2001).

Os critérios diagnósticos para depressão compreendem sintomas de alteração no pensamento e conduta, assim como sintomas neurovegetativos. Uma maior prevalência de sintomas físicos ou somáticos entre mulheres tem sido descrita, o que por si só poderia ser responsável pela diferença de prevalência de depressão entre os sexos. O estudo de Kroenke & Spitzer (1998) em 1000 casos de pacientes avaliados em entrevistas psiquiátricas num local de Cuidados Primários para Transtornos Mentais demonstrou que o sexo foi o fator demográfico mais importante de associação com sintomas físicos. Mulheres apresentaram maiores índices de sintomas físicos assim como somatomorfos, mesmo controlando para outros sintomas psiquiátricos.

Um estudo recente (Silverstein, 1999) encontrou uma maior prevalência do agrupamento de sintomas somáticos ansiosos (alterações de sono e apetite, fadiga e ansiedade) em mulheres com diagnóstico de depressão. Este autor propõe que a diferença de prevalência de depressão entre os gêneros resulte da maior freqüência de sintomas somáticos (fadiga, alterações de sono e de apetite) em mulheres.

Num estudo epidemiológico, Breslau e cols. (1998) concluíram que os maiores índices de transtornos de ansiedade em mulheres podem ser um fator de risco para as maiores taxas de depressão.

Parker e cols (2001) também sugerem que uma maior ocorrência de transtornos de ansiedade possa determinar em parte a preponderância feminina de depressão e distímia.

A maior prevalência de queixas de sintomas físicos ou de sintomas somáticos e ansiosos em mulheres é um achado interessante e poderia explicar a prevalência aumentada de depressão neste sexo, embora sejam necessárias mais repetições destes achados, além de explicações para tal fenômeno. Por outro lado, não se pode esquecer que o diagnóstico de transtorno depressivo maior atual pelos sistemas classificatórios mais comumente utilizados (DSM-IV ou CID X) compreende vários itens que envolvem sintomas neurovegetativos ou somáticos. Desta forma, também seria importante estudar a influência do gênero sobre a ocorrência dos itens utilizados como critério diagnóstico para depressão.

2. 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores determinantes das diferenças de depressão entre os gêneros estão longe de serem bem estabelecidos e ainda falta a combinação destes fatores num modelo etiológico integrado (Piccineli & Wilson, 2000).

A possibilidade deste achado ser determinado por artefatos não pode ser descartada também.

Estudos em indivíduos saudáveis podem contribuir para o entendimento desta questão, uma vez que podem ser avaliados os aspectos de comportamento, cognições e emoções que possam ou não estar associados ao gênero, independente de doença psiquiátrica.

Outro importante aspecto a considerar é a influência das características ligada ao gênero e suas implicações na relação médico-paciente em geral. Como refere Bishop (2002), há uma crescente literatura sobre as diferenças na experiência de vida e na psicologia de homens e

mulheres. Também há crescente interesse sobre as formas pelas quais homens e mulheres, do ponto de vista biológico, são socializados como homens e mulheres em qualquer cultura por comportamentos aprendidos, sobre o sexismo (discriminação ou prejuízo baseado no sexo do indivíduo), sobre a pressuposição de que o gênero seja o único determinante para um dado papel, atividade ou ocupação e sobre como estes aspectos pode afetar a prática médica.

A diferença de depressão e sintomas depressivos entre os gêneros faz pensar nestas questões e coloca-nos no desafio de avaliar este achado respeitando e admitindo as diferenças existentes e as não existentes, e considerando os preconceitos derivados de inúmeras fontes sociais, históricas, econômicas e culturais envolvidos.

Ainda não é possível achar uma explicação única ou firmar conclusões sobre a diferença de depressão entre os gêneros, mas as causas sociais e a possível inclusão de padrões mais femininos como definidores deste diagnóstico são hipóteses atraentes.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

- Estudar a influência do gênero nos padrões de respostas “cognitivo-comportamentais psicológicas” a uma situação estressora *lembrada* em uma amostra de indivíduos adultos.

3.2 Específicos:

1. Avaliar os escores da escala Carroll (versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão) respondida em função de um evento estressante recordado, comparando entre homens e mulheres.
2. Analisar associação dos itens individuais da escala Carroll com sexo (gênero) e posteriormente avaliar os itens significativos num modelo multivariado por regressão logística.
3. Analisar associação de questões sobre estratégias de enfrentamento respondidas em função da lembrança de um evento estressante com gênero.
4. Avaliar associação dos itens da escala Carroll e do questionário de estratégias de enfrentamento respondidos em função da lembrança de um evento estressante com maior ou menor presença de sintomas depressivos entre os homens e entre as mulheres.
5. Avaliar a associação de alteração de humor e de prazer em resposta à lembrança de um evento estressante com questões que abordam outros aspectos cognitivos e de estratégias de enfrentamento também recordados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam JJ, Paas FG, Buekers MJ, Wuyts IJ, Spijkers WA, Wallmeyer P. Gender differences in choice reaction time: evidence for differential strategies. *Ergonomics* 1999 Feb 42 (2):327-35.
2. Ahnlund K, Frodi A. Gender differences in the development of depression. *Scandinavian J of Psychology* 1996 Sep 37 (3):229-37.
3. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington: DC; 1994.
5. Andrews G, Anstey K, Brodaty H, Issakidis C, Luscombe G. Recall of depressive episode 25 years previously. *Psychological Medicine* 1999 Jul 29 (4):787-91.
6. Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affective Disorders* 1984 Dec 7 (3-4):189-98.
7. Aquino EM, Menezes GM, Amoedo MB. Gender and health in Brazil: considerations based on the National Household Sampling Survey. *Rev Saude Publica*. 1992 26(3):195-202.
8. Baldwin JD, Baldwin JI. Gender differences in sexual interest. *Arch Sexual Behaviour* 1997 Apr 26 (2):181-210.
9. Baron P, Campbell TL. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of earlier findings. *Adolescence* 1993;28(112):903-11.
10. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med* 2001 Apr 16 (4):266-75.
11. Baumgart EP, Oliver JM. Sex-ratio and gender differences in depression in an unselected adult population. *J Clin Psychol* 1981 Jul 37 (3):570-4.

12. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological Medicine* 1998 Jan 28 (1):9-19.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961 4:53-63.
14. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the BDI: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol* 1988;8:77-100.
15. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ramieri W. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and - II in psychiatry outpatients. *J Pers Assess* 1996 Dec 67 (3):588-97.
16. Bedi RP. Depression: an inability to adapt to one's perceived life distress? *J Affective Disorders* 1999 Jul 54 (1-2):225-34.
17. Berrios GE. Affect and its disorders. In: *The history of mental symptoms*. Berrios GE. Cambridge University Press 1996;12:289-331
18. Berrios GE. Mood disorders- Clinical Sections. In : *A History of Clinical Psychiatry*. Berrios & Porter. The Athlone Press London 1995;14:384-408.
19. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatry Scand* 1988;338 suppl:33-42.
20. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 6nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore:USA; 1995. p. 1079-88.
21. Block JH, Gjerde PF, Block JH. Personality antecedents of depressive tendencies in 18-years-olds: a prospective study. *J Personality Social Psychology* 1991 May 60 (5):726-38.
22. Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res.* 1995 Sep 8;58 (1):1-12.
23. Breslau N, Chilcoat H, Schultz LR. Anxiety disorders and the emergence of sex differences in major depression. *J Gend Specif Med* 1998 Dec;1(3):33-9

24. Brody LR. Gender differences in emotional development: a review of theories and research. *J of Personality* 1985;53(2):102-49.
25. Bruce ML, Kim KM. Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am J Psychiatry* 1992 149:914-917
26. Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990 Jun 47 (6):511-8.
27. Cairney J, Wade TJ. The influence of age on gender differences in depression: further population-based evidence on the relationship between menopause and the sex difference in depression. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002 Sep 37 (9):401-8.
28. Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carrol rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry* 1981 Mar 138:194-200.
29. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie J. Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *J Affect Disord* 2000 Dec 61 (1-2):59-67.
30. Christensen L, Pettijohn L. Mood and carbohydrate cravings. *Appetite* 2001 Apr 36 (2):137-45.
31. Cohn LD. Sex differences in the course of personality development: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1991 Mar 109 (2):252-66.
32. Cole DA, Martin JM, Peeke LG, et al. Children's over and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression and anxiety. *Child development* 1999;70:459-73.
33. Compas B, Oppedisano G, Connor JK, et al. Gender differences in depressive symptoms in adolescence: comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *J Consult Clin Psychol* 1997 Aug 65 (4):617-26.

34. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 2000 Jan 57 (1):21-7.
35. Del Porto JÁ. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatria* 1999;21 suppl 6-11.
36. Dixon JA, Foster DH. Gender and hedging: from sex differences to situated practice. *J Psycholinguist Res* 1997 Jan 26 (1):89-107.
37. Eagly AH, Machkijani MG, Klonsky BG. Gender and evaluation of leaders: A meta-analysis. *Psychological Bull* 1992;11:3-22.
38. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J et al. Natural History of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: the baltimore epidemiological cathchment area folow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997 27:875-883.
39. Ernst C,AngstJ. The Zurich study. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci* 1992 241:222-230.
40. Feijó RB. Tese de doutorado. Curso de Pós- Graduação em Medicina. Clínica Médica: URGs; 1999.
41. Feijo RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves ML. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health* 1997 Mar 20 (3):232-7.
42. Fleck M. Estudo transcultural de avaliação da sintomatologia depressiva em pacientes hospitalizados. Tese de doutorado. Curso de Pós- Graduação em Medicina. Clínica Médica: UFRGS; 1997.
43. Fleiss JL. *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. Ed. New York: Wiley; 1986.
44. Fennig S, Schwartz JE, Bromet EJ. Are diagnostic criteria, time of episode and occupational impairment important determinants of the female:male ratio for major depression? *J Affect Disord* 1994 30:147-154.

45. Folkman S, Lazarus LR. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Person Soc Psychol* 1985 48:150-170.
46. Funabiki D, Bologna NC, Pepping M, FitzGerald KC. Revisiting sex differences in the expression of depression. *J Abnorm Psychol* 1980 Apr 89 (2):194-202.
47. Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder Jr GH, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology* 1994;30(4):467-83.
48. Gilligan C. *In a Different Voice. Psychological Theory and Woman's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press 1982.
49. Gladue BA. Qualitative and quantitative sex differences in self-reported aggressive behavioral characteristics. *Psychol. Rep* 1991 Apr 68 (2):675-84.
50. Gordon HW, Kravetz S. The influence of gender, handedness, and performance level on specialized cognitive functioning. *Brain Cogn* 1991 Jan 15 (1):37-61.
51. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol* 1999 May 55 (5):553-62.
52. Gorenstein C, Pompeia S, Andrade L. Scores of Brazilian University students on the Beck Depression and the State Trait Anxiety Inventories. *Psychol Rep* 1995 Oct 77 (2):635-41.
53. Grant KE, Compas BE. Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: searching for mechanisms of risk. *J Consult Clin Psychol* 1995 Dec 63 (6):1015-21.
54. Gunnell D, Rasul F, Stansfeld SA, Hart CL, Davey Smith G. Gender differences in self-reported minor mental disorder and its association with suicide. A 20-year follow-up of the Renfrew and Paisley cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 37(10):457-9.
55. Halbreich U, Kahn LS. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS Drugs* 2001;15(10):797-817.

56. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Social Clinical Psychology* 1967 Dec 6 (4):278-96.
57. Hammen CL, Padesky CA. Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *J Abnorm Psychology* 1977 Dec 86 (6):609-14.
58. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: descriptions and possible explanations. *Ann Med* 1999 Dec 31 (6):372-9.
59. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychology Bull* 2001 Nov 127 (6):773-96.
60. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS, Suleiman MA, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983 Nov 140 (11):1474-80.
61. Hendrie HC, Clair DK, Brittain HM, Fadul PE. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis* 1990 Mar 178 (3):204-7.
62. Herlitz A, Nilsson LG, Backman L. Gender differences in episodic memory. *Mem Cognit* 1997 Nov 25 (6):801-11.
63. Horsfall J. Gender and mental illness: an Australian overview. *Issues Mental Health Nursing* 2001 Jun 22 (4):421-38.
64. Jolly JB, Wiesner DC, Wherry JN, Jolly JM, Dykman RA. Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994 Nov-Dec 33 (9):1284-8.
65. Kaufman AS, Kaufman-Packer JL, Mclean JE, Reynolds CR. Is the pattern of intellectual growth and decline across the adult life span different for men and women? *J Clin Psychol* 1991 Nov 47 (6):801-12.

66. Khan AA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Gender differences in the symptoms of major depression in the opposite-Sex dizygotic twin pairs. *Am J Psychiatry* 2000 159(8): 1427-1429.
67. Kendler KS, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. A twin study of recent life events and difficulties. *Arch Gen Psychiatry* 1993 Oct 50 (10):789-96.
68. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, McLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995 Jun 152 (6):833-42.
69. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jan 56 (1):39-44.
70. Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, Prescott CA. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychol Med* 2001 May 31 (4):605-16.
71. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Are there sex differences in the reliability of a lifetime history of major depression and its predictors? *Psychol Med* 2001 31:617-625.
72. Kendler KS, Thornton LM; Prescott CA. Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects. *Am J Psychiatry*; 2001; 158(4):587-593.
73. Kessler RC, McLeod JD: Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *Am Sociol Rev* 1984 49:620-631.
74. Kessler RC, Wethington E. The reliability of life event reports in a community survey. The reliability of life event reports in a community survey. *Psychol Med*. 1991 21(3):723-38.
75. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 Jan 51 (1):8-19.

76. Knapp PH, Levy EM, Giorgi RG, Black PH, Fox BH, Heeren TC. Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosom. Med* 1992 Mar-Apr 54 (2):133-48.
77. Kramer JH, Delis DC, Kaplan E, O'donnell L, Prifitera A. Developmental sex differences in verbal learning. *Neuropsychology* 1997 Oct 11 (4):577-84.
78. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998 Mar-Apr 60 (2):150-5.
79. Kuehner C. Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients. *J Affect Disord* 1999 56:127-139.
80. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003 108: 163-174.
81. Leadbeater BJ, Kuperminc GP, Blatt S, Hertzog C. A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Dev Psychol* 1999 35:1268-1282.
82. Lehmicke N, Hicks RA. Relationship of response-set differences on Beck Depression Inventory scores of undergraduate students. *Psychological Reports* 1995 Feb 76 (1):15-21.
83. Lepine JP, Bouchez S. Epidemiology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol* 1998 Sep 13 Suppl 5:S7-12.
84. Levav I, Kohn R, Golding JM, Weissman MM. Vulnerability of Jews to affective disorders. *Am J Psychiatry* 1997 Jul 154 (7):941-7.
85. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatria* 1999;21 Suppl:1-5.
86. Linn RT, Allen K, Willer BS. Affective symptoms in the chronic stage of traumatic brain injury: a study of married couples. *Brain Inj* 1994 Feb-Mar 8 (2):135-47.
87. Lombardo WK, Cretser GA, Lombardo BMSL. For crying out loud. There is a sex difference. *Sex Roles* 1983;9:987-995.
88. Luy M. Sex differences in mortality - time to take a second look. *Z Gerontol Geriatr.* 2002 Oct 35(5):412-29..

89. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine* 2001 May 31 (4):593-604.
90. Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF. Gender differences in prevalence of depression: a survey in primary care. *J Affect Disord* 1999 53:241-252.
91. Manton KG. Demographic trends for the aging female population. *Demographic trends for the aging female population. J Am Med Womens Assoc.* 1997 52(3):99-105.
92. Mari JJ, Williams P. (). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986 148: 23-26.
93. Mazure CM, Bruce ML, Maciejewski PK, Jacobs SC. Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of depression and antidepressant response. *Am J Psychiatry.* 2000 157:896-903.
94. McGuire MT, Troisi A. Prevalence differences in depression among males and females: are there evolutionary explanations? *Br J Med Psychology* 1998 Dec 71 (Pt 4):479-91.
95. Mekarski JE, Cutmore TR, Suboski W. Gender differences during processing of the Stroop task. *Percept Mot Skills* 1996 Oct 83 (2):563-8.
96. Mirowski J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav* 1992 Sep 33 (3):187-205.
97. Mirowsky J, Ross CE. Sex differences in distress: real or artifact? *American Sociological Review* 1995;60:449-68.
98. Moller-Leimkuhler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affective Disorders* 2002 Sep 71 (1-3):1-9.
99. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39 (4):165-75.
100. Nemeroff CB. Recent advances in the neurobiology of depression. *Psychopharmacol Bull* 2002;36 Suppl 2:6-23.

101. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron* 2002 Mar 28;34 (1):13-25.
102. Newmann JP. Gender differences and the vulnerability to depression. *Soc Serv Rev* 1987; 9:447-68.
103. Newmann JP. Sex differences in depressive symptoms: in *Research in Community and Mental Health*, vol4, edited by JR Greenley, Greenwich, CT:JAI; 1984. p. 301-23
104. Nolan R, Willson VL. Gender and depression in an undergraduate population. *Psychol Rep* 1994 75 (3):1327-30.
105. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bull* 1987 Mar 101 (2):259-82.
106. Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Frederickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnorm Psychology* 1993 Feb 102 (1):20-8.
107. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. The effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed moods. *Cognition and Emotion* 1993;7(6):561-70.
108. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull* 1994 May 115 (3):424-43.
109. Novy DM, Nelson DV, Averill PM, Berry LA. Gender differences in the expression of depressive symptoms among chronic pain patients. *Clin J Pain* 1996 Mar 12 (1):23-9.
110. Olsson G, von Knorring AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatry Scand* 1997 Apr 95 (4):277-82.
111. Palanza P. Animal models of anxiety and depression: how are females different? *Neurosci Biobehav Rev* 2001 May 25 (3):219-33.
112. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Plumbing the depths: Some problems in quantifying depression severity. *Journal of Affective Disorders* 1997; 42, 49-58.

113. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Is any female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Apr;103(4):252-6.
114. Paykel ES. Depression in women. *Br J Psychiatry* 1991;10 Suppl 22-9.
115. Paykel ES. The evolution of life events research in psychiatry. *J Affective Disorders* 2001; 62: 141–149.
116. Perugi G, Masetti L, Simonini E, Piagentini F, Cassano GB, Akiskal HS. Gender-mediated clinical features of depressive illness: The importance of temperamental differences. *Br J. Psychiatry*; 1990;157:835-41.
117. Pezaris E, Casey MB. Girls who use "masculine" problem-solving strategies on a spatial task: proposed genetic and environmental factors. *Brain Cogn* 1991 Sep 17 (1):1-22.
118. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000 177:486-92.
119. Porter R. Mood Disorders- Social Section. Ch15. In : *A History of Clinical Psychiatry.* Berrios & Porter. The Athlone Press: London, 1995. p.409-420.
120. Ritchey FJ, La Gory M, Mullis J. Gender differences in health risks and physical symptoms among the homeless. *Journal of Health and Social Behaviour* 1991 Mar 32 (1):33-48.
121. Ross CE, Mirowsky J. Components of depressive mood in married men and women. The Center for Epidemiologic Studies' Depression Scale. *Am j Epidemiology* 1984 Jun 119 (6):997-1004.
122. Salle E. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Medicina. Clínica Médica: URGs; 1999.
123. Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman B, Lehtinen V. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J Affective Disorders* 2002 Apr 68 (2-3):215-20.

124. Sanathara VA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Interpersonal dependence and major depression : aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine* 2003 33(5): 927-931.
125. Sanfilipo MP. Masculinity, femininity and subjective experiences of depression. *J Clin Psychology* 1994 Mar 50 (2):144-57.
126. Savóia MG, Santana P, Meijas NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Rev Psicol USP* 1996 7(1/2):183-201.
127. Schlager D, Schwartz JE, Bromet EJ. Seasonal variations of current symptoms in a healthy population. *Br J Psychiatry* 1993;163:322-6.
128. Schönwald S. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Medicina. Clínica Médica: UFRGS; 1999.
129. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry* 1997 Dec 154 (12):1641-7.
130. Seidlitz L, Diener E. Sex differences in the recall of affective experiences. *J Person Soc Psychology* 1998 Jan 74 (1):262-71.
131. Shaffery J, Hoffmann R, Armitage R. The neurobiology of depression: perspectives from animal and human sleep studies. *Neuroscientist* 2003 Feb 9 (1):82-98.
132. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
133. Silberman C, Souza C, Wilhems F, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saúde Pública* 1995 Dec 29 (06):444-50.
134. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 1999 Mar 156 (3):480-2.

135. Simpson HB, Nee JC, Endicott J. First-episode major depression. Few sex differences in course. *Arch Gen Psychiatry* 1997 Jul 54 (7):633-9.
136. Smith TE. Adolescent gender differences in time alone and time devoted to conversation. *Adolescence* 1997 Summer 32 (126):483-96.
137. Sonnenberg CM, Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilburg W. Sex-differences in late-life depression.. *Acta Psychiatr Scand* 2000 101:286-292.
138. Sowa CJ, Lustman PJ. Gender differences in rating stressful events, depression, and depressive cognition. *J Clin Psychol* 1984 Nov 40 (6):1334-7.
139. Steer RA, Beck AT, Brown G. Sex differences on the revised Beck Depression Inventory for outpatients wit affective disorders. *J Pers Assess* 1989;53 (4):693-702.
140. Troisi A. Gender differences in the vulnerability to social stress: A Darwinian perspective. *Physiology & Behavior* 2001; 73: 443-449
141. Turner RJ, Wheaton B, Lloyd DA. The epidemiology of social stress. *Am Soc Rev* 1995 60:104-25.
142. Verbrugge LM. From sneezes to adieux: stages of health for American men and women. *Social Science and Medicine* 1986 22(11):1195-1212.
143. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women Health*. 1987;12(2):103-45.
144. Waters Hs, Schreiber LL. Sex differences in elaborative strategies: a developmental analysis. *J Exp Child Psychol* 1991 Dec 52 (3):319-35.
145. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977 Jan 34 (1):98-111.
146. Weissman MM, Bruce ML, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C. Affective Disorders. In: Robins LN, Regier DA (ed). *Psychiatric disorders in America*. New York. Free Pressork, 1991.p.53-80.

147. Weissman M, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996 276:293-299.
148. Wilhelm K, Parker G. Is sex necessarily a risk factor to depression? Psychol Med 1989 May 19 (2):401-13.
149. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. Acta Psychiatr Scand 1993 88 (3):205-11.
150. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? Psychol Medicine 1994 24 (1):97-111.
151. Wilhelm K, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Fifteen years on: evolving ideas in researching sex differences in depression. Psychol. Medicine 1997 27 (4):875-83.
152. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst J. Examining sex differences in the impact of anticipated and actual life events. J. Affective Disorders 1998 Feb 48 (1):37-45.
153. Williams DG, Morris GH. Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. Br J Psychol 1996 Aug 87 (Pt 3):479-505.
154. Wood W, Rhodes N, Whelan M. Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status. Psychological Bull 1989;102:249-64.
155. www.anep.org.br Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.
156. Yonkers K & Samson J. Mood disorders measures. In: Handbook of Psychiatric Measures. APA.Washington DC 2000; 24 :515-519.
157. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Keller MB, Fawcett JA. Sex differences in the lifetime prevalence of depression: does varying the diagnostic criteria reduce the female/male ratio? J Affective Disorders 1990 Mar 18 (3):187-192.
158. Young LT, Bakish D, Beaulieu S. The neurobiology of treatment response to antidepressants and mood stabilizing medications. J Psychiatry Neurosci. 2002 Jul 27 (4):260-5.

5. ARTIGOS CIENTÍFICOS EM INGLÊS

Article 1: Association between items from the self-reported version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale) and Gender

Article 2: Evaluation of behavior and coping styles in men and women as a response to recalled stressful events (depressogenic)

Article 3: Symptom pattern responsible for depression measured by rating scale as a reaction to recalling a negative life event in university students: the gender effect

Article 4: Recall of maximally disturbing life event by normal subjects and its impact on depressed mood and loss of interest or pleasure

Association between items from the self-reported version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale) and Gender

Analuiza Camozzato MD, MSc

Márcia L. F. Chaves MD, PhD

Behavioral Science Program

Medical Science Post-Graduate Course

Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRAZIL

Author address for correspondence and offprint request

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

Submitted to Journal of Affective Disorders

ABSTRACT

Background: Depression and depressive symptoms prevail in women when compared to men, possibly being induced by a stressful event. Nonetheless, it may be the case that manifestations considered depressive are affected by a gender bias. **Methods:** The association between items of the self-administered version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale), answered according to the memory of the maximally disturbing event experienced, and gender was examined in a sample of 273 university students. Univariate and multivariate (logistic regression) analysis models were used. **Results:** Total scores in the Carroll rating scale (CRS) were significantly higher in women, and analysis revealed significant association between some CRS items and gender. Statements regarding unhappiness, urge to cry, loss of interest in sex, increased problems with dizziness and faintness, and waking in the middle of the night indicated a 71.86% chance that the scale was answered by a woman. The removal of the above items from the total score reduced women's mean score from 19.9 to 18.3 (SD=7.8) and men's from 15.4 to 14.6 (SD=6.8). **Limitations:** A recall bias may have occurred, as males may have had faulty memory of and have suffered less impact from their stressful life event. **Conclusion:** The items that displayed significant association were those regarding behavior and emotions commonly attributed to women, within the general population. Thus, depression identifying instruments that include the above items may result in a prevalence of depressive symptoms in women.

Key words: depressive symptoms, gender, Carroll rating scale (CRS)

INTRODUCTION

Epidemiological and clinical investigations on depression and depressive symptoms consistently point to a higher prevalence in both adult and teenage females (Weissman and Klerman, 1977; Weissman et al., 1991; Ernst & Angst, 1992; Mirovski and Ross, 1992; Baron and Campbell, 1993; Kessler et al., 1994; Turner et al, 1995; Olson and von Knorring, 1997; Hankin and Abramson, 2001; Kuehner, 2003). Cross-culturally, this heightened prevalence was described, on average, by a 2:1 female to male ratio (Weissman et al, 1996; Maier et al, 1999).

Several studies have shown that women also scored higher depressive and anxiety symptoms in sub-clinical level. (Hendrie et al., 1990; Linn, 1994; Grant et al., 1995; Compas et al., 1997). Depressive symptoms prevail in women in our environment as well, across the entire age span, according to data obtained through depression rating scales (Gorenstein et al., 1995; Feijó, 1999; Salles, 1999).

Speculation on the factors causing the above finding points to a different help-seeking pattern in men and women (Weissman,1977), different genetic disposition (Kendler and Prescott, 1999; Kendler et al, 2001), hormonal disturbances (Seeman, 1997; Halbreich and Kahn, 2001), sex role hypothesis (Wilhelm and Parker, 1989; Wilhelm, 1998; Horsfall, 2001), different coping styles (Cyranowski et al., 2000; Bedi, 1999; Hankin, 2001; Nolen-Hoeksema and Girgus, 1994), as well as the stressful event's well-known role in inducing depression (Mazure, 2000; Kendler et al, 1993, 1995). However, determinants of gender differences are far from being established (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Another hypothesis is that behavioral and “cognitive pattern” disparities between men and women in response to stressful events (William and Morris, 1996; Nolen-Hoeksema ,1987; Newmann,1987; Lombardo, 1983; Gilligan,1982) may be biased, thus allowing for an assessment bias in the detection of depression and depressive symptoms.

Rating scales and diagnostic instruments may be conveyed in a more ‘feminine’ language-- commonly used by women to express feelings and attitudes in response stressful

events thus being a possible cause for the above mentioned bias. This artifact may generate significant depressive symptom and diagnosis differences in men and women. The extent of their prevalence in women was examined in a recent study (Salokangas et al., 2002). In view of these contentions, some items in depression rating scales may not necessarily relate to depression, but to the female sex instead.

In fact, gender differences in depressive disease rates have not yet been fully explained, which reflects a generalized fault in investigations purporting to offer thorough etiologic descriptions of depression.

In light of this evidence, we developed the hypothesis that gender differences displayed in total scores in a depression rating scale, applied to subjects with no psychiatric disorders, may be induced precisely by items evaluating behavior, cognition or emotions inherently different in men and women. The goal of this study was to evaluate scores of the self-administered version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale), then analyze the association of the scale's items with gender in univariate and multivariate models. The scale was applied after subjects recalled a stressful (potentially 'depressogenic') event, in a community-based sample of healthy young men and women.

METHODS

A cross-sectional study sorted by gender was implemented. The outcome was the cognitive and behavioral response (objective negative impact) triggered by recalling the most painful and/or sad (maximally disturbing) situation the subject has ever experienced. All the data were obtained by self-report instruments.

The selected sample included healthy young adults (university students) exerting normal academic activity. This criteria secured the exclusion of subjects with cognitive deficit and/or severe clinical conditions. Participants scoring eight or above on the Self-Reported

Questionnaire (SRQ) (Harding, 1983; Mari and Williams, 1986) - a mental disorder screening instrument - were excluded from the study.

Subjects answered a demographic data questionnaire, and social class was determined by the Associação Nacional de Agências de Pesquisa (www.anep.org.br) socioeconomic scale.

In order to recall the maximally disturbing emotional experience (most difficult, painful and/or saddest), a Portuguese version of an instrument to effectively induce emotion by Knapp and cols. (1992) was applied. Ensuing, participants answered the self-reported version -modified according to appropriate verbal agreement- of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale- CRS) (Carroll et al., 1981). Subject's relation to their reaction in recalling the event was emphasized on the instructions.

Three hundred and twenty one consenting students from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) were interviewed, 156 being male and 164 being female, with ages ranging from 18 to 30 years.

This project was approved by the Hospital de Clinicas de Porto Alegre and UFRGS Research and Post- Graduation Committee. All participants signed an informed consent form.

Student's t-test was used to compare age and Carroll Scale total scores across genders, whereas a chi-square test compared marital status and social class. The association between each individual item and gender was also assessed using the chi-square test. A backwards logistic regression model was used to identify Carroll Scale items with independent association to gender, as well as their association level. This technique allows coefficient calculation for each variable in an equation expressing their individual weights in outcome determination (gender).

RESULTS

The studied sample consisted of 273 university students (143 men and 130 women), after excluding 13 men and 34 women due to suspicion of mental disorder revealed by the SRQ.

Demographic data and Carroll rating scale scores are shown in Table 1. No differences were found in social class and marital status between male and female groups. Though the men were significantly older than the women, age did not significantly correlate with Carroll Scale total scores ($p=0.358$). Carroll Scale scores were significantly higher, however, in women.

Eighteen out of 52 items of the scale showed significant association with gender in a univariate analysis (Table 2).

Logistic regression analysis (Table 3) showed association between scale and gender in questions 4, 13, 16 and 19. Statements regarding unhappiness, urge to cry, loss of interest in sex, increased problems with dizziness and faintness, and awakening in the middle of the night indicated a 71.86% chance of the scale being answered by a woman. Negative answers to the above questions indicated the same probability in regards to men.

The removal of the above items from the total score reduced women's mean score from 19.9 to 18.3 ($SD=7.8$) and men's from 15.4 to 14.6 ($SD=6.8$). Mean score reduction in women was 1.6 and 0.8 in men.

DISCUSSION

In the present study, Carroll Depression Scale scores were higher, on average, in women than in men, in response to the recalled event. Depression scores higher than the cutoff point ($CP=10$) did not express current symptomatology, though the male mean was approximately 15 and female, 20, since subjects with psychiatric symptoms at the time were excluded by SRQ during sample selection.

According to the univariate analysis, 18 out of 52 items of the Carroll Scale showed significant association with gender. It is of interest to point out that most men claimed to appear calm on the outside during the occurrence of their saddest or most difficult experience, which may be related to suggestions made by authors that men do not freely express their feelings (Gilligan, 1982; Nolen-Hoeksema and Girgus, 1994; Moller-Leimkuhler, 2002).

Items significantly showing association in the logistic model were those relative to behavior and emotions generally attributed to women; in other words, characterizing feminine behavioral patterns independently of depression. Potentially, this trait could generate artificial attributions of depressive symptoms to women by employing items that, in opinion of the general population, pertain to female patterns. Therefore, the usage of more feminine language or style in a scale or instrument may incur an assessment bias.

The traits asserted in this analysis were as follows: feelings of unhappiness and urge to cry, dizziness and faintness, total loss of interest in sexual activity and waking in the middle of the night. It has been pointed out, in other studies, that women typically feel sad (Newmann, 1987; Mirowsky and Ross, 1995). Moreover, in many cultures, crying is considered a female manifestation (Lombardo et al., 1983; William and Morris, 1996;). In a study measuring depressive symptoms by means of the Beck Depression Inventory, crying prevailed in women rather than in men, and the authors interpreted this finding as deriving from greater cultural permission for women to cry (Hammenn and Padesky, 1977). On the other hand, accounts of women having less sexual interest and satisfaction than men, for biological and sociocultural reasons (Baldwin and Baldwin, 1997), does not depend on the existence of depression or depressive symptoms.

A study of 1000 interviewed patients in a primary care institute for mental disorders (Kroenke and Spitzer, 1998) showed that gender was the most important demographic factor in association with physical symptoms. Women displayed higher indices of physical and somatoform symptoms, despite controlling for other psychiatric symptoms. These results (higher prevalence of faintness and dizziness in women) correspond to our findings.

According to the findings, the present hypothesis-- in a depression rating scale, applied to healthy subjects, total scores differ in genders because scale items may be related to inherently different behavior, cognition or emotion-- was confirmed, at least partly, since excluding these items reduced the scale's total score by 4 points and the female and male mean

to 18 and 14.6, respectively. The mean reduction seen in men is exactly half of that seen in women.

Aspects of the examined issue have been previously evaluated by other authors (Wilhelm & Parker, 1993; Salokangas et al, 2002). A recent study suggested that some instruments meant for screening depression might include gender-biased items and gave too high scores of depressiveness in females (Salokangas, 2002). The use of the instruments in question may incur an assessment bias as well as an inflated estimate of depressive symptoms and depression in women, along with their implications.

Some limitations may have interfered with the outcome of the present study. A recall bias, where male's memory of their depressogenic event is faultier and not as impacting, may have occurred. Studies involving clinical samples of patients with depression show that men remember their previous depressive episodes less than women (Ernst & Angst, 1992; Wilhelm & Parker, 1998), though another study showed no difference in the symptom recall quality of depressed men and women (Kuehner, 1999). Moreover, contrary to most studies, recent findings showed that 2 out of 3 significant differences reflect heightened male sensitivity towards stressful events (divorce or separation, work related problems) (Kendler et al., 2001). Women, on the other hand, were more sensitive to the effects of interpersonal relationship problems, in other words, events related to close social relations.

Additionally, subjects defined their maximally disturbing experience according to their own criteria, and the assumption was that they considered degree of suffering as the main identifier of the experience. The recalling and reliving of this experience induced significant changes in cardiovascular activity, as well as decreased lymphocyte mitogenic reactivity (Knapp et al., 1992); thus, the experience in itself is of little importance. Instruments intending to register life events may be considered limited in the sense that they fail to evaluate subjective suffering as a response to a stressful life event. (Paykel, 2001).

Several studies show an array of findings on gender differences in their sensibility to stressful life events. Most studies, with some exceptions, employ self-reporting measurements, as opposed to instruments that identify depression. Moreover, most studies also show that women report higher sensibility to the pathogenic effects of life events; events which may be global or restricted to certain events, such as problems with social relations, children, household duties or reproductive concerns. Nonetheless, studies show that men may also display higher sensitivity in certain situations. According to a extensive longitudinal study, the internalization of symptoms due to previous stressful events had more impact on boys (Leadbeater et al., 1999), while men displayed more depression symptoms after marital separation in an epidemiological investigation (Bruce and Kim, 1992). Some populational studies, upon analysis, proved that women are more sensitive to the depressogenic effect of events which involve social relations and death of a loved one, whereas men are more affected by a decrease in income (Kessler and McLeod, 1984). However, there is also evidence that there is no difference between men and women regarding the depressogenic effects of stressful life events (Kendler et al., 2001).

Due to the homogeneity of our sample, it is unlikely that subjects experienced extremely divergent stressful life experiences. It is important to point out that our interest lay in the reaction recalled by the patient, and not the stressful event itself. Finally, it is worth considering that, on the other hand, according to considerable evidence provided by studies with inter-respondent and test-retest analyses, the data obtained in structured life event inventories lack reliability (Kessler and Wethington, 1991).

REFERENCES

- Baldwin, J. D., Baldwin, J. I., 1997. Gender differences in sexual interest. *Arch. Sexual Behaviour* 26 (2), 181-210.
- Baron, P., Campbell ,T. L., 1993. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of earlier findings. *Adolescence* 28 (112), 903-11.

Bedi, R. P., 1999. Depression: an inability to adapt to one's perceived life distress? *J. Affective Disorders* 54 (1-2), 225-34.

Bruce, M. L., Kim, K. M., 1992. Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am. J. Psychiatry*. 149, 914-917.

Carroll, B. J., Feinberg, M., Smouse, P. E., Rawson, S.G., Greden, J.F., 1981. The Carrol rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br. J. Psychiatry*. 138, 194-200.

Compas, B., Oppedisano, G., Connor, J. K., et al., 1997. Gender differences in depressive symptoms in adolescence: comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *J. Consult. Clin. Psychol.* 65 (4), 617-26.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., Shear, M. K., 2000. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*. 57 (1), 21-7.

Ernst, C., Angst, J., 1992. The Zurich study. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 241, 222-30.

Feijo, R. B., Saueressig, M., Salazar, C., Chaves, M. L., 1997. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J. Adolesc. Health* 20 (3), 232-7.

Gilligan, C., 1982. In *a Different Voice*. Psychological Theory and Woman's development. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gorenstein, C., Pompeia, S., Andrade, L., 1995. Scores of Brazilian University students on the Beck Depression and the State Trait Anxiety Inventories. *Psychol. Rep.* 77 (2)77, 635-41.

Grant, K. E., Compas, B. E., 1995. Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: searching for mechanisms of risk. *J. Consult. Clin. Psychol.* 63 (6), 1015-21.

Halbreich, U., Kahn, L. S., 2001. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS Drugs*. 15(10), 797-817.

Hammen, C. L., 1977. Padesky CA. Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *J. Abnorm. Psychology* 86 (6), 609-14.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., 2001. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychology Bull.* 127 (6), 773-96.

Harding, T. W., Climent, C. E., Diop, M., Giel, R., Ibrahim, H. H., Murthy, R. S., Suleiman, M. A., Wig, N. N., 1983. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am. J. Psychiatry* 140, 1474-80.

Hendrie, H. C., Clair, D. K., Brittain, H. M., Fadul, P. E., 1990. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178 (3), 204-7.

Horsfall, J., 2001. Gender and mental illness: an Australian overview. *Issues Mental Health Nursing* Jun 22 (4), 421-38.

Kendler, K. S., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, L., 1993. A twin study of recent life events and difficulties. *Arch. Gen. Psychiatry* Oct 50 (10), 789-96.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., McLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., Eaves, L. J., 1995. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am. J. Psychiatry* Jun 152 (6), 833-42.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., 1999. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry* Jan 56 (1), 39-44.

Kendler, K.S., Thornton, L.M., Prescott, C.A., 2001. Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects. *Am. J. Psychiatry* 158(4), 587-93.

Kessler, R.C., McLeod, J.D., 1984. Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *Am. Sociol. Rev.* 49, 620-631.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in

the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* Jan 51 (1), 8-19.

Knapp, P.H., Levy, E. M., Giorgi, R. G., Black, P. H., Fox, B. H., Heeren, T. C., 1992. Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosom. Med.* Mar-Apr 54 (2), 133-48.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., 1998. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom. Med.* Mar-Apr 60 (2), 150-5.

Kuehner, C., 2003. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta. Psychiatry Scand.* 108,163-74.

Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S., Hertzog, C., 1999. A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Dev. Psychol.* 35,1268-82.

Linn, R. T., Allen, K., Willer, B. S., 1994. Affective symptoms in the chronic stage of traumatic brain injury: a study of married couples. *Brain. Inj.* Feb-Mar 8 (2), 135-47.

Lombardo, W. K., Cretser, G. A., Lombardo, B. M. S. L., 1983. For crying out loud. There is a sex difference. *Sex. Roles.* 9,987-95.

Maier, W., Gansicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B., Urzua, R. F., 1999. Gender differences in prevalence of depression: a survey in primary care. *J. Affect. Disord.* 53,241-52.

Mari, J. J., Williams, P., 1986. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry* 148, 23-6.

Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., 2000. Adverse life events and cognitive- personality characteristics in the prediction of depression and antidepressant response. *Am. J. Psychiatry* 157,896-903.

Mirowsky, J., Ross, C. E., 1995. Sex differences in distress: real or artifact? *American Sociological Review* 60,449-68.

Moller-Leimkuhler, A. M., 2002. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J. Affective Disorders* Sep 71 (1-3), 1-9.

- Newmann, J. P., 1987. Gender differences and the vulnerability to depression. *Soc. Serv. Rev.* 9,447-68.
- Nolen-Hoeksema, S., 1987. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bull.* Mar 101 (2), 259-82.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., 1994. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull.* May 115 (3), 424-43.
- Olsson, G., von Knorring, A. L., 1997. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatry Scand* Apr 95 (4), 277-82.
- Paykel, E.S., 2001. The evolution of life events research in psychiatry. *J. Affective Disorders* 62,141-9
- Piccinelli, M., Wilkinson, G., 2000. Gender differences in depression. *Br. J. Psychiatry* 177, 486-92.
- Salle, E., 1999. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Medicina. Clínica Médica: URGs.
- Salokangas, R. K., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B., Lehtinen, V., 2002. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J. Affective Disorders* Apr 68 (2-3), 215-20.
- Seeman, M. V., 1997. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am. J. Psychiatry* Dec 154 (12), 1641-7.
- Turner, R. J., Wheaton, B., Lloyd, D. A., 1995. The epidemiology of social stress. *Am. Soc. Rev.* 60,104-25.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., 1977. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry* Jan 34 (1), 98-111.

Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P., Holzer, C., 1991. Affective Disorders. In: Robins LN, Regier DA (ed). Psychiatric disorders in America. New York. Free Pressork p.53-80.

Weissman, M., Bland, R. C., Canino, G. J., et al., 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 276,293-9.

Wilhelm, K., Parker, G., 1989. Is sex necessarily a risk factor to depression? Psychol. Med. May. 19 (2), 401-13.

Wilhelm, K., Parker, G., 1993. Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. Acta. Psychiatry Scand. Sep 88 (3), 205-11.

Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst, J., 1998. Examining sex differences in the impact of anticipated and actual life events. J. Affective Disorders Feb 48 (1), 37-45.

Williams, D. G., Morris, G. H., 1996. Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. Br. J. Psychol. Aug. 87 (Pt 3), 479-505.

www.anep.org.br Associação Nacional de Empresas de Pesquisas.

Table 1. Demographic data and score of the self-reported version of Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale)

Variables	Male (N=143)	Female (N=130)	p value
Age *			
Mean \pm SD	23.5 \pm 5.7	21.7 \pm 3.8	<0.001
Social class (N,%)**			
A	88 (61.5%)	70 (60.7%)	0.39
B	45 (31.5%)	51 (39.3%)	
C	10 (7%)	09 (6.9%)	
Marital Status (N,%)**			
Single	121 (84.6%)	119 (91.5%)	0.21
Married	13 (9.1%)	04 (3.1%)	
With mate	07 (4.9%)	05 (3.8%)	
Divorced	02 (1.4%)	02 (1.5%)	
Carroll scale *	15.4 \pm 7.2	19.9 \pm 8.4	<0.001

* Student's t-test

** Chi-square

Table 2. Questions of the self-reported version of Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale) and significant gender association (Analysis by chi-square test with Yates correction when necessary)

Carroll scale questions	Men		Women		p values
	Yes	No	Yes	No	
I felt as energetic as always	34	101	16	106	0.022
I lost weight	31	104	46	76	0.015
I completely lost interest in Sex	08	127	31	91	<0.001
Í could concentrate easily when reading the paper	46	89	24	98	0.014
I had a lot of trouble with dizzy and faint feelings	02	133	15	107	0.001
My interest in sex did not change	82	53	58	64	0.046
I was miserable or often felt like crying	61	74	106	16	<0.001
I woke up often in the middle of the night	28	107	55	67	<0.001
I was so slowed down that I needed help bathing and dressing.	00	135	08	114	0.007
Most of time I was very afraid but I did not know the reason	17	118	28	94	0.044
My mind was as fast and alert as always	54	81	32	90	0.028
My voice was dull and lifeless	41	94	58	64	0.007
Í was sick because of the bad weather we were having	17	118	30	92	0.020
Í still liked to go out and meet people	100	35	70	52	0.007
I thought I appeared calm on the outside	101	34	76	46	0.042
I thought I was as good a person as anybody else.	109	26	73	49	<0.001
I was exhausted most of the time	36	99	51	71	0.015
Í could tell that I lost a lot of weight.	12	123	24	98	0.021

Table 3 Analysis by Logistic Regression of the items of the self-reported version of Hamilton Depression Scale (Carroll Depression Scale) and gender outcome (questions kept in the final model)

Items of Carroll scale	B	p value	OR (95% CI)
I had a lot trouble with dizzy and faint feelings	-1.01	0.011	0.36 (0.17-0.79)
I was miserable or often felt like crying.	-0.85	0.000	0.43 (0.31-0.58)
I completely lost interest in sex			
I woke up for several times during the night	-0.55	0.013	0.58 (0.38-0.89)
	-0.35	0.018	0.70 (0.51-0.95)

SPSS codes for variables: scale questions

	original	converted
No	0.00	1.00
Yes	1.00	1.00

SPSS dependent variable encoding:

Male	1	0
Female	2	1

Evaluation of behavior and coping styles in men and women as a response to recalled stressful events (depressogenic)

Analuiza Camozzato MD, MSc

Márcia L. F. Chaves MD, PhD

Medical Science Post-Graduate Course

Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRAZIL

Author address for correspondence and offprint request

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

Submitted to Psychological Medicine

ABSTRACT

Background: The reaction to a stressful life event may be different in men and women and could predispose more depressive episodes and symptoms in women than men.

The recall of the maximally disturbing emotional experience and, particularly, of the displayed reactions (negative impact) can be employed as a paradigm in the study of gender differences.

Methods: A sample of 273 university students completed a self-reported questionnaire to analyze behavioral, cognitive and emotional responses recalled by evocation of their maximally disturbing experience. Another set of questions was applied to evaluate beliefs about gender specific behavioral aspects. The association level among questionnaire items with the gender outcome was evaluated by means of a logistic regression model, in order to identify a possibly significant differing pattern between genders.

Results: Shopping when saddest, an increased craving for sweets, increased crying, seeking someone to talk to about feelings during when saddest and decreased satisfaction were predominantly female responses. Conversely, playing sports when saddest and decreased interest in other people were response patterns more commonly found in men.

Conclusion: These findings confirm some behaviors connected to women (crying, shopping, craving sweets) and others, to men (playing sports and decreased interest in others) that do not depend on depression and that may be exacerbated by any stressful situation. It is possible that some of these behaviors artificially increase depression rates in women. Other reactions seen in men and women seem in accordance with ruminative and distraction oriented coping styles.

Key words: stressful event, gender, coping styles, depression

INTRODUCTION

Men and women react differently to stressful life events, a fact that may make women predisposed to more depressive symptoms and episodes when compared to men (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Bedi, 1999; Cyranowski et al., 2000; Hankin, 2001; Maciejewsk, 2001).

Bedi (1999) states that depression results from inadequate behavioral, psychological, socio-environmental and biological capabilities - which in turn may be partly influenced by genetics-- to cope with life distress. The author also comments that women show a higher rate of depression since they experience more stressful events and feel more stress in response to these events, thus being armed with fewer coping strategies than men.

The reaction to a stressful life event (with depressogenic characteristics) involves attitudes (behavior), verbal expressions (communication), feelings and judgment. Recalling and reliving a maximally disturbing event was a sufficient condition to induce cardiovascular and immunologic changes in healthy volunteers (Knapp et al, 1992). The above mentioned effect and especially the reactions displayed (negative impact) may be used as a paradigm to investigate gender differences.

Some reactions interpreted as depressive manifestations may in fact constitute a 'more feminine' pattern, with the interpretation of the way in which females portray their reactions as depressive manifestations. Women may recognize and demonstrate their emotions more clearly (Paykel, 1991), whereas the inverse may be true for men (Mölller-Leimkühler, 2002).

Sociocultural and innate differences between genders may influence men's and women's opinions regarding their own and the opposing gender's behavior and emotions. Thus, this study aims to analyze the association of questions regarding reported behavior in response to recalling the maximally stressful event experienced, with gender.

METHODS

A cross-sectional study in a sample of healthy subjects clustered according to gender, with the cognitive and behavioral manifestations unleashed by recalling the most painful and/or saddest experience ever experienced as outcome was performed.

Approval was granted by the Hospital de Clinicas de Porto Alegre Research and Graduate Committee. Subject signed an informed consent form in order to participate in the study.

Three hundred and twenty one consenting students from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul were evaluated, of whom, 156 were male and 164, female. Participant's age ranged from 18 to 30 years.

Scoring eight or higher on the SRQ (Self Reported Questionnaire) (Harding et al., 1983; Mari and Williams, 1986), a self-reported mental disorder screening instrument, excluded participants from the study. The inclusion criterion - regularly attending university students - secured the exclusion of subjects with cognitive deficit and/or severe clinical illnesses.

Data was obtained by questionnaires and self-reported scales. Following the completion of demographic data, including age (completed), gender, marital status, socioeconomic level and SRQ, subjects read the instructions to guide the recall of their most difficult, painful and/or saddest experience. These instructions were a Portuguese version of an instrument developed by Knapp and cols. (1992). Shortly after, subjects answered a questionnaire, the Questionnaire of Coping Strategies, regarding behavior, feelings and actions (how to cope) related to the recalled situation. Questions were answered in a yes/no format that could be attributed to gender-related behaviors, coping styles or sex roles. This questionnaire was partly based on the Beck Depression Inventory (Beck, 1996) encompassing its cognitive aspects, and partly based on the Ways of Coping Inventory by Folkman and Lazarus (Folkman and Lazarus, 1985; Savóia et al., 1996) in its coping items.

Finally, a group of questions was given in order to evaluate the opinion of the participants on some behavioral aspects that are beliefs that, usually, one sex has towards the opposite one.

Student's t-test was utilized for age comparison between genders, whereas a chi-square type association test was applied to compare marital status and social class. Moreover, a model of logistic regression was used to evaluate items' association level with the general outcome, in the search for a significantly different pattern between genders.

RESULTS

Thirteen men and 34 women, of the 321 interviewed subjects, were excluded by the SRQ due to suspected current mental disorders. Demographic data is available in Table 1. Men were significantly older than women, thus, age was analyzed by a logistic model along with other demographic variables and instrument scores and not included in the final equation.

Positive answer frequencies in each item of the questionnaire are reported in Table 2. Seventeen out of 37 questions (1, 2, 5, 6, 18, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37) demonstrated significant gender association (chi-square test). Among these, an increased craving for sweets, increased crying and shopping when saddest, were predominantly female responses. On the other hand, male predominance lay in practicing sports when saddest.

Backwards logistic regression, performed on 17 significant questions in univariate analysis, kept questions 1, 20, 26, 28, 33, 36, 37 and 43 in the final equation (Table 3), which explained 75.56% of the outcome. Shopping when saddest (OR=0.40), increased craving for sweets (OR=0.49), increased crying (OR=0.50), looking for someone to talk about feelings when saddest (OR=0.65) and decreased satisfaction (OR=0.66) were protection factors against being male, thus increasing the chance of being female. On the other hand, practice of sports when sad (OR=1.52) and decreased interest in other people (OR=1.59) were risk factors for males, thus decreasing the chance of being female.

Table 4 shows the number of men and women who responded positively to the questions regarding general beliefs about the opposing sex's behavioral aspects. Women's positive response to the questions "women express their feelings with words" and "men express their feelings with actions" was significantly higher than men's positive response to the same questions. The remaining items did not display a different distribution for men and women.

DISCUSSION

Analysis of the recall reaction (perceived stressfulness) of the saddest (maximally disturbing) event experienced by healthy young men and women, demonstrated interesting findings. Items significantly associated with gender, according to the logistic model, were the following: shopping when saddest; increased craving for sweets; increased crying; going to someone to talk about feelings when saddest; decreased satisfaction; practicing sports when saddest; decreased interest in other people. The first five items had a protection regarding males, therefore increasing the chance of being female, whereas the last two were risk factors for the male sex, decreasing the chance of being female. These findings confirm behavioral dispositions attributed to women (crying, shopping, increased craving for sweets) and men (practicing sports and decreased interest in people) independently of depression and which may be exacerbated by any stressful event.

Nolen-Hoeksema and Morrow (1993) suggest that women learn fewer psychological and ways of coping than men do. For example, when faced with a stressful situation, women tend to ruminate on the situation itself and its incurring feelings of sadness. Engaging in a ruminative coping style may amplify stress and interfere with the usage of other strategies. The present study shows that upon recalling the maximally disturbing event experienced and the reactions deriving from it, many women claimed to spend most of their time thinking about their feelings, and in moments of increased sadness, looking for someone to talk to. These reactions seem to

agree with the ruminative pattern of coping. Lehmicke and Hicks (1995) studied 91 students to examine the relationship between ruminating or distracting response styles upon severity of depression and on gender. Women ruminators showed higher rater severity than women distractors, whereas these results were not found in males.

The hypothesis that men tend to turn to distraction in order to cope with adverse situations is confirmed by men's claims to practice sports when saddest. Gilligan (1982) proposes that men socially interact with external matters such as sports, business, politics and leisure; though feelings are little regarded. Concurrently, shopping when saddest contradicts authors who suggest women do not seek distracting activities as men do. It is precisely this male coping style oriented to distraction that protects them from depression, though other sociocultural aspects may be involved in these findings.

The notion that women tend to cry more than men do has been taken on by many authors (Hammen & Padescki, 1977; Lombardo et al., 1983; Paykel, 1991; William & Morris, 1996; Salokangas, 2002), who agree that women cry with more ease, frequency and intensity when compared to the opposite gender. Since crying influences the definition of mood changes and the detection and/or diagnosis of depression, it would be of interest to examine how related crying- a typically female behavior- is related to the expression of sadness and suffering.

A 10 year long cohort study of a socially homogeneous group of 170 teachers of both genders recorded different coping strategies when depressed (Wilhelm & Parker, 1993). Whereas men displayed reckless behavior, women spent more money on themselves, ate and cried more. The authors have suggested that men may exhibit patterns such as expression of anger and other acting- out behaviors that are not considered legitimate experience of depression because of the bias towards female pattern in concepts of depression. They also have concluded that a higher level of neuroticism and dependency in women were vulnerability factors of depression. Moreover, depression levels might be artifactually increased when case-deriving variables included female coping strategies such as increased crying and eating.

Another study (Christensen & Pettijohn, 2001) has demonstrated a significant correlation between increased desire for carbohydrates - especially sweets - and mood in men and women. The present study has also found a significantly association of increased craving for sweets in females faced with a stressful situation.

The significant association of the 'yes' answer for the item "decreased interest in other people" when dealing with a depressogenic situation with the male gender raises the issue of the different value given to interpersonal relationships by either gender. Some authors (Cyranowski et al, 2000) propose that during their teenage years, boys and girls are under increased pressure to fit into male and female stereotypes, in which females need relationships for their well-being more than males do. When a woman describes herself, her identity is described in an context of interpersonal relationships and judged by her pattern of responsibility and care with others, whereas men differ in their self-description. These differing psychological characteristics may contribute to a higher risk of depression in women (Gilligan, 1982).

In our sample, more women affirm that "men express their feelings through action" and "women express their feelings through words". Taken along with other findings of this study (men practice sports when saddest and have decreased interest in other people), it is not surprising that women share a general belief that, as seen in our sample, men express their feelings through action. However, since more women reported shopping when saddest, similarities can be traced to the previously considered typically male attitude. The greatest gender difference regarding this issue lies in the number of participants involved in each activity. Whereas only 17 women admitted to go shopping (distraction), 41 men in the sample claimed to practice sports. This may lead to questioning on whether women are displaying more broadly, masculine and feminine behavioral stereotypes. These are interesting findings, which deserve future investigation so as to advance clarification.

REFERENCES

- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ramieri, W., 1996. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and - II in psychiatry outpatients. *J. Pers. Assess.* Dec 67 (3),588-97.
- Bedi, R. P., 1999. Depression: an inability to adapt to one's perceived life distress? *J. Affective Disorders* Jul 54 (1-2),225-34.
- Christensen, L., Pettijohn, L., 2001. Mood and carbohydrate cravings. *Appetite* Apr 36 (2), 137-45.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., 2000. Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry* Jan 57 (1), 21-7.
- Folkman, S., Lazarus, L. R., 1985. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Person Soc. Psychol.* 48,150-70.
- Gilligan, C., 1982. *In a Different Voice. Psychological Theory and Woman's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hammen, C. L., Padesky, C. A., 1977. Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *J. Abnorm. Psychology* Dec 86 (6), 609-14.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., 2001. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychology Bull.* Nov 127 (6),773-96.
- Harding, T. W., Climent, C. E., Diop, M., Giel, R., Ibrahim, H. H., Murthy, R. S., 1983 Suleiman MA, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am. J. Psychiatry* Nov 140 (11), 1474-80.
- Knapp, P. H., Levy, E. M., Giorgi, R. G., Black, P. H., Fox, B. H., Heeren, T. C., 1992 Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosom. Med.* Mar-Apr 54 (2), 133-48.

Lehmicke, N., Hicks, R. A., 1995. Relationship of response-set differences on Beck Depression Inventory scores of undergraduate students. *Psychological Reports* Feb 76 (1), 15-21.

Lombardo, W. K., Cretser, G. A., Lombardo, B. M. S. L., 1983. For crying out loud. There is a sex difference. *Sex role* 9,98-995.

Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., Mazure, C. M., 2001. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine* May 31 (4), 593-604.

Mari, J. J., Williams, P., 1986. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry* Jan 148,23-6.

Moller-Leimkuhler, A. M., 2002. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J. Affective Disorders* Sep 71 (1-3), 1-9.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Frederickson, B. L., 1993. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J. Abnorm. Psychology* Feb 102 (1), 20-8.

Paykel, E. S., 1991. Depression in women. *Br. J. Psychiatry* 10 Suppl 22-9.

Piccinelli, M., Wilkinson, G., 2000. Gender differences in depression. *Br. J. Psychiatry* 177, 486-92.

Salokangas, R. K., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B., Lehtinen, V., 2002. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J. Affective Disorders* Apr 68 (2-3), 215-20.

Savóia, M. G., Santana, P., Mejias, N. P., 1996. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Rev. Psicol. USP* 7(1/2), 183-201.

Wilhelm, K., Parker, G., 1993. Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatr. Scand.* Sep 88 (3), 205-11.

Williams, D. G., Morris, G. H., 1996. Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. *Br. J. Psychol.* Aug 87 (Pt 3), 479-505.

Table 1. Demographic Data in the studied sample.

Demographic Data	Males (N=143)	Females (N=130)	p value
Age*			
Mean \pm SD	23.5 \pm 5.7	21.7 \pm 3.8	<0.001
Social Class (N,%)**			
A	88 (61.5%)	70 (60.7%)	0,39
B	45 (31.5%)	51 (39.3%)	
C	10 (7%)	09 (6.9%)	
Marital Status (N,%)**			
Single	121 (84.6%)	119 (91.5%)	0,21
Married	13 (9.1%)	04 (3.1%)	
With Mate	07 (4.9%)	05 (3.8%)	
Separated	02 (1.4%)	02 (1.5%)	

* Student's t-test

** chi-square

Table 2. Frequency of affirmative answers ("YES") in questionnaire items (chi-square analysis)

CSQ Items	M	F	p value
1. My craving for sweets increased	37	75	0.001
2. I ate more than usual	33	50	0.008
3. I slept more than usual	46	52	NS
4. I got drunk a lot	30	25	NS
5. I spent most of my time thinking about what I was feeling	88	97	0.033
6. I felt the need to talk to others about what I was feeling	78	87	NS
7. I went to seek help from a therapist	13	20	NS
8. I avoided letting my feelings interfere with my routine	107	88	NS
9. Instead of occupying my time with my feelings, I tried to get more involved in daily activities	72	64	NS
10. I felt discomfort, something different, though not knowing what it was	103	99	NS
11. I tried to understand my discomfort	106	86	NS
12. I thought I was depressed	84	88	NS
13. I thought I suffered from depression	46	42	NS
14. I went to seek many physicians	04	04	NS
15. I thought something to the extent of "that which has no solution, is solved"	41	28	NS
16. My life has not changed at all	44	27	NS
17. I felt sad	137	125	NS
18. I felt discouraged about the future	38	57	0.004
19. I felt I had failed	59	60	NS
20. I didn't get to feel as satisfied as before	79	97	0.001
21. I felt guilty	68	66	NS
22. I felt I could be punished	40	41	NS
23. I felt dissatisfied in myself	80	84	NS
24. I criticized myself for my weaknesses and mistakes	75	79	0.04
25. Sometimes, I thought of killing myself	24	25	NS
26. I cried more than before	71	106	0.001
27. I got upset or irritated more easily than before	93	108	0.001
28. I was less interested in other people than before	67	73	0.047
29. I put off decisions more than before	65	74	0.011
30. I was worried about looking old and unattractive	44	74	0.001
31. I needed more strength to begin anything or work	44	63	0.001
32. In my saddest moments, I preferred to be alone	78	56	NS
33. In my saddest moments, I went to seek someone to talk to about what I was feeling	40	59	0.004
34. In my saddest moments, I went to seek someone to talk to about anything else			
35. In my saddest moments, I tried to keep busy	25	29	NS
36. In my saddest moments, I practiced sports			
37. In my saddest moments, I went shopping	60	56	NS
	41	19	0.008
	05	17	0.007

Table 3. Results of the Logistic Regression of questionnaire items for the gender outcome (male or female)

QEE items	B	p value	OR (CI 95%)
37. In my saddest moments, I went shopping	-0.92	0.005	0.40 (0.21-0.75)
1. My craving for sweets increased	-0.71	<0.001	0.49 (0.36-0.87)
26. I cried more than before	-0.68	<0.001	0.50 (0.36-0.70)
33. In my saddest moments, I went to seek someone to talk to about what I was feeling	-0.42	0.006	0.65 (0.49-0.88)
20. I didn't feel as satisfied as before	-0.41	0.021	0.66 (0.47-0.94)
36. In my saddest moments, I practiced sports	0.42	0.023	1.52 (1.05-2.20)
28. I was less interested in other people than before	0.47	0.011	1.59 (1.12-2.25)

OR= odds ratio CI 95%=Confidence Interval at 95% (values lower and higher than the interval are shown)

		Original	Converted
Coding of the SPSS program for items 1,20,26,28,33,36,37	No	0.00	1.000
	Yes	1.00	-1.000
Coding of the SPSS for the dependent variable 'Sex'	Male	1	0
	Female	2	1

Table 4. Frequency of affirmative answers ("YES") in questions regarding general beliefs one gender has relative to the other

Questions	M	F	p value
1. In general, you believe men demonstrate their feelings less	109	94	NS
2. In general, you believe women have an easier time demonstrating their feelings	113	105	NS
3. Women are able to express their feelings with words			
4. Women are able to express their feelings with actions	103	111	0.017
5. Men are able to express their feelings with words	107	107	NS
6. Men are able to express their feelings with action	63	57	NS
	101	111	0.005

chi-square test used for analysis

Symptom pattern responsible for depression measured by rating scale as a reaction to recalling a negative life event in university students: the gender effect

Running head: Gender and symptom pattern of recalled depression

Analuiza Camozzato MD, MSc

Márcia L. F. Chaves MD, PhD

Medical Science Post-Graduate Course

Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre - RS - BRAZIL

Author address for correspondence and offprint request

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 333114684

mchaves@plugin.com.br

Submitted to Acta Psychiatrica Scandinavica

ABSTRACT

Objective: This study evaluated depressive symptom patterns in each gender after recalling their maximally stressful life event and their reactions at that time. **Method:** A sample of young adults, with no current psychiatric disorder, answered the Carroll rating scale and a coping strategy questionnaire according to the memory of the reactions they had when experiencing a stressful event. Subjects were classified as either positive or negative for depression by Carroll total scores. A logistic regression model was used to identify items from questionnaires that significantly contributed to positive and negative identification in separate groups of men and women. **Results:** Ninety-four of the 135 interviewed men and 105 of the 122 interviewed women were positive for depressive ratings when reacting to the depressogenic event. In men, reactions such as fatigue, insomnia, restlessness, nervousness, difficulty concentrating, weight loss, changes in appetite, changes in sexual interest, somatic concerns, thought of regret, unhappiness and crying contributed to 95.9% of the Carroll positive/negative outcome. Among women, "not feeling pleasure and satisfaction with what you do" was the sole aspect to remain in the final equation, construing 95.9% of the outcome. **Conclusion:** Even when using the recall of depressogenic life event paradigm in healthy young adults with no psychiatric disorders, more women showed scores compatible with depressive syndrome than men did. Men showed symptom profile that could identify them, according to their memory, as having depressive manifestations at the time of the depressogenic event. **Key words:** depressive symptoms; gender; stressful event

INTRODUCTION

Differences in clinical manifestations of depression in men and women have sparked much interest as, for decades and in several study models, higher prevalence of depression has been noted in women (1-10). Despite the interest and amount of research done in order to comprehend the nature of this difference, the reasons are not yet well established (11). Many studies involving depressed subjects showed that increased appetite, weight gain and sleep disturbances occur more often in women (7, 12-16). Cognitive aspects of depressive manifestation have also been reported differently between genders, some being reported prevalently by depressed women, such as feelings of guilt and hopelessness (12,14), difficulty in making decisions (15, 17), and concerns about health (15). In the seventies, Hammen and Padesky (17) noted that depressed men claimed more difficulty crying, feeling of failure and social isolation in comparison to women. In a more recent study (16), the authors suggest that women express depression more emotionally than men. In a 15 year cohort study, recklessness was the only item endorsed more frequently by men, whereas spending money, increased eating and crying were more likely in depressed women (14). Another study showed depressed women suffered more from a set of somatic anxiety symptoms (changes in sleep patterns and appetite, fatigue and anxiety) (18).

Within this model and in order to pursue the analysis of gender influence in depressive manifestation, patterns of depressive symptoms were evaluated. The sample was socially homogeneous and involved healthy young adults after recalling the saddest (most stressful) event they had experienced and their reactions at that time. This paradigm had not been found in the literature at the time of the study. In short, our goal was the examination of depressive response patterns (items of the depression scale and coping strategy questionnaire) in men and women without current psychiatric disorders who obtained a score indicating depression in the

self-reported version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale), answered according to the memory of their maximally disturbing life event.

MATERIAL AND METHODS

A cross-sectional study was developed based on a clustering of the studied factor (depression scale scores above and below the cut-off point, answered according to the recall of the most depressogenic life event), and outcomes were behavioral, cognitive and coping responses measured by the depression scale items and coping strategy questionnaire.

Three hundred and twenty one consenting students of both genders from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul in Porto Alegre (RS) participated in the study. Of the total, 156 were male and 164 were female, with ages ranging from 18 and 30 years.

Instruments used were all self-reported. Participants who scored eight or higher in the Self-Reported Questionnaire (SRQ) (19, 20) - a mental disorder screening instrument- were excluded from the study due to suspicion of current psychiatric disorders. The established inclusion criteria-regularly active university students-guaranteed the exclusion of individuals with cognitive deficit and/or severe clinical diseases.

Demographic data was obtained by a questionnaire and social class was determined by the socioeconomic scale of the Associação Nacional de Agencias de Pesquisa (21).

In order to guide the recalling of the maximally disturbing, painful and/or saddest event experienced, a Portuguese version of an instrument developed by Knapp and cols. (22) was used. The self-reported version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale) (23), modified for correct verb agreement, was subsequently applied. Instructions on scale fulfillment emphasized the subject's relation with the reaction to the recalled situation.

Behavior, feelings and actions relating to the situation were also analyzed in questions from the Coping Strategy Questionnaire (CSQ), composed of items answered in a yes/no

format, possibly attributed to behavior, attitude or sex roles. The questions were partly based on the Ways of Coping Inventory (24, 25) and partly on the Beck Depression Inventory (26).

Approval for the project was granted by the Research and Graduate Committee of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre and UFRGS. All participants signed a informed consent form.

The cut-off point on the Carroll rating scale was a score of 10, limiting absence (Carroll negative) and presence (Carroll positive) of significant depressive symptoms (23). A logistic regression model was used to identify scale items that significantly contributed towards the identification of positives and negatives, separately in groups of men and women. The association of items of the Coping Strategy Questionnaire with the positive/negative classification was determined by a chi-square test; the significant results were then analyzed by a logistic regression model. An investigation of individual items of the Carroll rating scale and the CSQ by means of a logistic model show those which strongly determine depressive symptoms. This investigation was implemented separately for each gender in order to verify the weight similarity of these items.

RESULTS

Of the 321 interviewed students, 13 men and 34 women were excluded due to suspicion of mental disorder provided by the SRQ, leaving 273 participants of which 143 were men and 130 women. Of the 273, 16 had incomplete Carroll Scale items, therefore barring total score calculation and consequently cut-off point identification. Therefore, 135 men and 122 women were analyzed. Demographic data comparison, by Student's t-test, showed that men (mean \pm SD=23.5 \pm 5.7) were significantly older than women (mean \pm SD=21.7 \pm 3.8) ($p < 0.001$). Social class ($p = 0.39$) and marital status ($p = 0.21$) did not significantly differ among genders. Approximately 90% of men and women belonged to higher social classes and were single.

The application of score 10 as a cut-off point (10) on the Carroll rating scale identified 94 men among the 135 interviewees as "positive" for depressive symptoms upon reacting to the depressogenic situation. Likewise, 105 out of 122 women were also classified as positive. Chi-square analysis reported significant association ($p=0.003$) with gender, thus more women were positively classified for significant depressive symptoms upon recalling the stressful situation.

Logistic regression analysis (Table 1) showed significant association of items , 5, 8, 10, 15, 16, 22, 24, 27, 31, 35, 36 and 50 of the Carroll Scale among men, explaining 97.35% of the outcome (Carroll positive/negative). Reports such as consistently feeling exhausted, restless and disturbed sleep, feeling restless and fidgety, taking a long time to fall asleep, changes in sexual interest, "keeping pacing around" most of the time, difficulty concentration on reading the paper, frequent feelings of unhappiness and urge to cry, weight loss, bothersome feelings of regret, concerning about how is the body functioning, feeling irritable and jittery, and decreased enjoyment of meals associated with scores above 10 in the Carroll rating scale, answered according to the memory of the maximally disturbing experienced.

Among women, only question 25 (not getting pleasure and satisfaction with deeds) remained in the final equation, which explains the 95.9% of the outcome.

Items of the Coping Strategy Questionnaire and Carroll positive/negative, when analyzed by univariate association (chi-square), showed significant association in most questions between men and between women (Table 2). Those questions (20 for males and 17 for females) were then analyzed by a logistic regression model.

Among men, items 18, 20, 30 and 32 were maintained in the final equation (Table 3). Characteristics such as worrying about appearing old and unattractive (OR=3.34), feeling discouraged in regards to the future (OR=3.04), increased dissatisfaction (OR=2.37) and preference in being alone when saddest (OR=1.78) revealed a 79.85% chance of Carroll positive classification.

In turn, among women, questions 12 and 29 were kept in the final equation (Table 3). To consider oneself depressed (OR=3.48) and thinking that one is increasingly putting off decisions (OR=3.25) showed a 90% chance of Carroll positive classification.

DISCUSSION

This study aims to evaluate patterns of depressive responses (items of the depression scale and coping strategy questionnaire) in men and women without current psychiatric disorder yet who scored above the cut-off point in the self-responded version of the Hamilton Depression Scale (Carroll rating scale), taken in response to the relation of recalling the maximally disturbing event experienced by the subject.

Even employing the paradigm of recalling the depressogenic life event in healthy young adults without psychiatric disorders, more women scored above the scale's cut-off point. Conclusively, according to their memory, their reaction may have been a depressive episode. With the data in this study, it is not appropriate to speculate on matters such as the extent to which a negative event impacts a woman, if women remember their reactions with more ease and detail, or if women may have experienced more severe events. Nonetheless, authors argue for the existence of a possible recording bias upon verifying that women remember their previous depressive episodes more than men do, thus possibly causing higher rates of depression in women (4, 27).

The significant depressive symptoms outcome by the Carroll rating scale was explained by 13 of the 52 questions for males. Male profiles of those identified as depressive during their depressogenic event reported being tired/fatigued (being exhausted most of the time), alterations in sleep patterns (restless and disturbed sleep as well as taking longer than usual to fall asleep at night), agitation/ anxiety (feeling restless and fidgety, irritable or jittery, keeping pacing around most of the time), libido alterations (changes in sexual interest), mood alteration

(feeling miserable or often like crying), cognitive difficulties (difficulty in concentration on reading the papers), change in weight/appetite (weight loss and decreased enjoyment of meals), guilt (bothersome regret feelings regarding certain actions), and hypochondriasis (concerning about how their body was functioning).

In turn, for women, the above profile was characterized solely by one question: decreased pleasure (not feeling pleasure and satisfaction with what one does). Only women who reported having significant depressive symptoms reported the above symptom, and no other symptom distinguished the two groups. Conclusively, not only was the number of women who did not experience a significant depressive symptoms (higher Carroll's scores) very small (N=17), but the groups reported the remaining symptoms indiscriminately.

The male profile was less influenced by contributions from the Coping Strategy Questionnaire items than the Carroll rating scale itself. Nonetheless, symptoms regarding self-depreciation (worrying about appearing old and unattractive), hopelessness (feeling discouraged about the future), withdrawal (preferred being alone when saddest), and loss of pleasure (decreased satisfaction) are traits of this profile. As these symptoms are within depression criteria, the syndrome is made up of various aspects of depression. Women showed a more restricted pattern, linked to self-definition of depression, since they reported seeing themselves as depressed and putting off decisions. To consider oneself depressed increased the chance of being classified as depressed by 3.5 times.

These results may be related to sex-role expectations. Nolen-Hoeksema and Girgus (28) suggest that in early adolescence, socialization pressures push girls and boys to adopt differing personality traits according to gender. Personality traits linked to feminine roles would be considered depressogenic. Thus, if gender intensification theory occurs, girls express emotions with more ease than boys, therefore admitting depression symptoms more as well.

Moller-Leimkuhler (29) comments that Western societies encumber the male role with not perceiving or admitting to anxiety, sadness, hopelessness, not crying, being stoic and ignoring symptoms. The author concludes that depressive syndrome is underdiagnosed in men.

Some methodological and conceptual issues should be taken into consideration when discussing gender differences in depression rate. The term 'depression' has been employed in the description of many of its aspects, from presence of depressed mood to the diagnosis of depression. The evaluation methods of these aspects differ, but both definitions and assessments of depression overlap substantially. Depression rates in men and women vary according to the employed definition of the term, as well as to the way in which it is assessed (30). It may be that the disparity in rate is spurious, and that men and women simply report depression differently, as women seem to report and discuss depressive symptoms and negative experiences more than men do. Nonetheless, the reporting bias hypothesis is generally rejected (1, 5, 29, 31). In our sample, most women were classified as having scores indicating depression in response to their recall, and the question remains if this finding is due to a reporting bias or if it reflects real differences in recalled depressive manifestations. Additionally, it is also open to discussion whether the self-definition of depression in the women in sample may be associated with socially assigned sex-roles and whether this self-perception contributes to an increased detection of depression (real or artefactual) in women, particularly in self-reported questionnaires.

REFERENCES

1. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression.
Arch Gen Psychiatry 1977; 34 (1):98-111
2. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory.
Psychological Bull 1987; 101 (2):259-82

3. Weissman MM, Bruce ML, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C. Affective Disorders. In: Robins LN, Regier DA (ed). *Psychiatric disorders in America*. New York. Free Press, 1991.p.53-80
4. Ernst C, Angst J. The Zurich study. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci* 1992; 241:222-230
5. Mirowski J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav* 1992; 33 (3):187-205
6. Baron P, Campbell TL. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of earlier findings. *Adolescence* 1993;28(112):903-11
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (1):8-19
8. Turner RJ, Wheaton B, Lloyd DA. The epidemiology of social stress. *Am Soc Rev* 1995; 60:104-25
9. Olsson G, von Knorring AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatry Scand* 1997; 95 (4):277-82
10. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychology Bull* 2001; 127 (6):773-96
11. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92
12. Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affective Disorders* 1984; 7 (3-4):189-98

13. Funabiki D, Bologna NC, Pepping M, FitzGerald KC. Revisiting sex differences in the expression of depression. *J Abnorm Psychol* 1980; 89 (2):194-202
14. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88 (3):205-11
15. Nolan R, Willson VL. Gender and depression in an undergraduate population. *Psychol Rep* 1994; 75 (3):1327-30
16. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie J. Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *J Affect Disord* 2000; 61 (1-2):59-67
17. Hammen CL, Padesky CA. Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *J Abnorm Psychology* 1977; 86 (6):609-614
18. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (3):480-2
19. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS, Suleiman MA, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983; 140 (11):1474-80.
20. Mari JJ, Williams P. (). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986 148: 23-26
21. www.anep.org.br Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
22. Knapp PH, Levy EM, Giorgi RG, Black PH, Fox BH, Heeren TC. Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosom. Med* 1992; 54 (2):133-48
23. Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carrol rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry* 1981; 138:194-200
24. Folkman S, Lazarus LR. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Person Soc Psychol* 1985; 48:150-170

25. Savóia MG, Santana P, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Rev Psicol USP* 1996; 7(1/2):183-201
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63
27. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychol Medicine* 1994; 24 (1):97-111
28. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull* 1994; 115 (3):424-43.
29. Moller-Leimkuhler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affective Disorders* 2002; 71 (1-3):1-9
30. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annals of Medicine* 1999 31(6):372-379
31. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: na update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003 108: 163-174

Table 1. Results of logistic regression of Carroll Scale items for the 'positive/negative' outcome for depressive symptoms (application of cutoff point=10 on the Carroll Scale)

Carroll Items	B	p value	OR (CI of 95%)
Women			
25. I got pleasure and satisfaction from what I did *	1.31	0.04	3.70 (1.03-13.07)
Men			
50. I was exhausted most of the time	2.95	0.013	19.12 (1.86-196.84)
27. My sleep was restless and disturbed	2.65	0.013	14.16 (1.73-115.58)
10. I was restless and fidgety	2.34	0.002	10.35 (2.27-46.53)
22. I took longer than usual to fall asleep at night	2.28	0.006	9.76 (1.92-49.90)
15. My sexual interest was the same as before *	2.22	0.008	9.24 (1.77-47.94)
37. I had to keep pacing around most of the time	2.20	0.041	9.06 (1.08-75.19)
08. I could easily concentrate when reading the paper *	2.06	0.016	7.87 (1.65-40.45)
16. I was miserable or often felt like crying	2.00	0.006	7.39 (1.82-30.27)
02. I lost weight	1.97	0.044	7.19 (1.05-48.91)
24. Things which I regretted about my life were bothering me	1.84	0.022	6.29 (1.31-30.27)
05. I was especially concerned with how my body was functioning	1.80	0.022	6.05 (1.28-28.50)
31. I felt irritable or jittery	1.75	0.031	5.76 (1.17-28.22)
35. I still enjoyed meals as much as usual *	1.41	0.014	4.09 (1.34-12.52)

* items answered positively received reverse points directly on the scale
 B: correlation coefficient OR: Odds Ratio CI: Confidence Interval

		Original	Reversed
Coding of the SPSS for the Carroll items	No	0	1
	Yes	1	-1
Coding of the SPSS for the dependent variable	Carroll ≥10 =Dep	0	0
	Carroll <10 = Dep	1	1

Table 2. Analysis of the association of the CSQ with the presence/absence of significant depressive symptoms by CRS

Questionnaire Items		Men		p value	Women		p value
		+	-		+	-	
1. My craving for sweets increased	YES	24	09	0.82	65	07	0.18
	NO	70	32		40	10	
2. I ate more than usual	YES	24	05	0.13	42	05	0.55
	NO	70	36		62	12	
3. I slept more than usual	YES	38	05	0.002*	47	04	0.17
	NO	56	36		58	13	
4. I got drunk a lot	YES	25	05	0.10	21	02	0.64
	NO	69	36		84	15	
5. I spent most of my time thinking about what I was feeling	YES	68	18	0.003*	86	07	0.001*
	NO	26	23		19	10	
6. I felt the need to talk to others about what I was feeling	YES	56	17	0.08	71	12	1.00
	NO	38	24		34	05	
7. I went to seek help from a therapist	YES	09	04	1.0	16	03	1.00
	NO	85	37		89	14	
8. I tried to not let my feelings interfere in my routine	YES	65	36	0.04*	69	14	0.28
	NO	29	05		36	03	
9. I got involved in daily activities instead of occupying myself with my feelings	YES	41	25	0.09	47	11	0.21
	NO	53	16		58	06	
10. I felt discomfort, something different, though I did not know what it was	YES	75	22	0.004*	86	08	0.004*
	NO	19	19		19	09	
11. I tried to understand my feelings of discomfort	YES	71	30	0.94	75	07	0.029*
	NO	23	11		30	10	
12. I thought I was depressed	YES	69	11	0.000*	81	03	0.000*
	NO	11	30		24	14	
13. I thought I suffered from depression	YES	41	04	0.000*	39	00	0.006*
	NO	53	37		66	17	
14.. I went to seek many physicians	YES	03	01	1.00	02	00	1.0
	NO	91	40		103	17	
15. I thought something like "that which has no solution is solved"	YES	26	12	1.00	22	04	1.0
	NO	68	29		83	13	
16. My life has not changed at all	YES	28	13	0.98	18	07	0.05
	NO	66	28		86	10	
17. I felt sad	YES	91	38	0.54	102	15	0.29
	NO	03	03		03	02	
18. I felt discouraged in regards to the future	YES	35	02	0.001*	51	03	0.034*
	NO	58	39		54	14	
19. I felt I had failed	YES	49	08	0.001*	52	03	0.029*
	NO	45	33		53	14	
20. I wasn't able to feel as satisfied as I felt before	YES	67	07	0.001*	85	06	0.001*
	NO	26	34		18	11	
21. I felt guilty	YES	49	14	0.082	56	05	0.12
	NO	45	27		49	12	
22. I felt I could be punished	YES	31	04	0.008*	36	01	0.036*
	NO	62	37		68	16	
23. I felt disappointed in myself	YES	61	14	0.001*	73	06	0.014*
	NO	32	27		32	11	
24. I criticized myself for my weaknesses and mistakes	YES	60	11	0.001*	68	06	0.041*
	NO	33	30		37	11	
25. Sometimes I thought about killing myself	YES	23	01	0.005*	23	00	0.071
	NO	71	40		82	17	
26. I cried more than before	YES	54	16	0.075	90	10	0.02*
	NO	40	25		15	07	
27. I was more easily upset or irritated than before	YES	72	16	0.001*	91	10	0.013*
	NO	22	25		17	07	
28. I was less interested in others than before	YES	56	06	0.000*	65	02	0.001*
	NO	35	35		40	15	
29. I put off decisions more than before	YES	56	07	0.000*	66	02	0.0002*
	NO	38	34		39	15	
30. I concerned about looking old and unattractive	YES	39	02	0.001*	57	02	0.003*
	NO	55	39		48	15	
31. I needed more strength to begin anything or work	YES	67	12	0.001*	84	04	0.000*
	NO	27	29		21	13	
32. In my saddest moments, I preferred being alone	YES	61	15	0.004*	47	05	0.36
	NO	33	26		58	12	
33. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about what I was feeling	YES	28	07	0.18	46	11	0.18
	NO	66	34		59	06	
34. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about anything else	YES	11	12	0.025*	23	05	0.71
	NO	83	29		82	12	
35. In my saddest moments, I tried to keep busy	YES	37	20	0.41	43	09	0.51
	NO	57	21		62	08	
36. In my saddest moments, I practiced sports	YES	24	13	0.60	12	05	0.11
	NO	70	28		93	12	
37. In my saddest moments, I went shopping	YES	05	00	0.32	13	03	0.84
	NO	89	41		92	14	

Table 3. Results of logistic regression of CSQ items to Carroll total score

Questions in the final equation	B	p value	OR (CI 95%)
Men			
I was concerned about looking old and unattractive	1.21	0.005	3.34 (1.45- 7.77)
I felt discouraged in regards to the future	1.11	0.010	3.04 (1.31- 7.03)
I wasn't able to feel as satisfied as before	0.86	0.002	2.37 (1.36-4.10)
In my saddest moments, I preferred being alone	0.58	0.028	1.78 (1.07-2.97)
Women			
I thought I was depressed	1.25	0.0007	3.48 (1.68-7.24)
I put off decisions more than before	1.18	0.0053	3.25 (1.43 -7.39)
OR=Odds ratio CI95%=Confidence Interval of 95% B=correlation coefficient			
		Original	Reversed
Coding of the SPSS for the Coping Strategy Questionnaire	No	0	1
	Yes	1	-1
Coding of the SPSS for the dependent variable	Carroll ≥10= Dep	0	0
	Carroll <10= Dep	1	1

Recall of maximally disturbing life event by normal subjects and its impact on depressed mood and loss of interest or pleasure

Analuiza Camozzato MD, MSc

Márcia L. F. Chaves MD, PhD

Medical Science Post-Graduate Course

Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRAZIL

Author address for correspondence and offprint request

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

Submitted to Comprehensive Psychiatry

ABSTRACT

Objective: The goal of this study was to analyze the relation between the depressed mood and loss of interest or pleasure in response to the recall of a maximally disturbing life event, gender and other behavioral aspects (styles of coping).

Methods: A sample composed of 273 university students answered a questionnaire about possible reactions they experienced when fronted with their maximally stressful life event. Two variables, based on the instrument (Beck Depression Inventory) items relative to depressed mood and loss of pleasure or interest , were created to classify subjects.

Results: Distribution by depressed mood showed statistical significance between men and women, as positively classified women (75%, N=97) was greater than the number of positively classified men (44%, N=63). Distribution by loss of pleasure or interest did not display statistical significance between genders. The number of questionnaire items that significantly associated with the depressed mood variable was greater in women than in men.

Conclusion: Results showed that women, in response to a negative event, reported more depressed mood than men did, though no gender difference was found in the loss of pleasure and/or interest reaction. The relation between these results and the hypothesis that rates of depression decrease upon consideration of social and occupational impairment, is discussed.

Key words: depressed mood, loss of interest, loss of pleasure, gender differences

INTRODUCTION

Certain gender assigned roles, along with sociocultural determinants, may explain why women show prevalent depressive symptoms and depression. Thus, because of their socially determined role, women would overtly express affective complaints and more likely admit their depression (1) whereas in men this attitude would demonstrate weakness (2, 3).

The theory of gender intensification in adolescence and its implications in adult life state that in their initial teenage years, boys and girls adopt differing personality traits according to gender due to social pressures (4). Personality traits linked to female roles tend to be more depressogenic. The way in which girls and boys deal with their worlds may arouse the different prevalence of depression in both sexes. According to the previously mentioned theory, girls are more at ease to express emotion than boys, and therefore admit more to depression symptoms. Nonetheless, the authors did not consider the possibility that a symptom reporting bias may be related to the difference in depression frequency.

According to a review on gender linked stereotypes and self-evaluated differences in emotional development, women feel more happiness, sadness, fear, are more emotionally expressive, more sensitive to nonverbal signals, and express less anger than men. Gender differences in rates of cognitive and biological maturation, such as girls' superior language abilities at an early age, could be related to the differential rates of emotional development between genders. This study emphasizes that different socialization processes may be the main cause for the emotional development differences in gender (5).

Many authors consider it an artifact that depression and depressive symptoms prevail in women, since they recognize, report and seek help for their suffering and symptoms more than men do. However, this notion is generally discarded (6, 7, 8).

Another issue arises in the fact that depression rating instruments employ questions relating to women in general, therefore creating an assessment bias (9). Current well-known

classification (ICD10 and DSM-IV) view mood changes as a *sine qua non* for depression, and a report of sadness from a woman is could be considered the starting point for the diagnosis of depression. However, in not reporting feelings of sadness, men may be diagnosed with the same disorder less often, despite their report of other lesser valued symptoms.

We conducted an exploratory study, as a follow-up to the above line of questioning, in a sample of healthy individuals, with no psychiatric disorders, evaluating the recalled reaction to a stressful life event (with depressogenic characteristics) and involving attitudes (behavior), verbal expression (communication), feelings and judgment. The recall of a maximally disturbing life event, and particularly the displayed reactions (negative impact), may act as a model for the investigation of differences between men and women.

Hypothetically, we assumed that women would report more sadness and men would refer more to decreased interest and/or pleasure in surrounding activities and people upon recalling their saddest event experienced. Moreover, mood and pleasure alteration in response to recalling a maximally stressful event was related to other behavioral aspects (coping styles) and gender.

SUBJECTS AND METHODS

A cross-sectional study was performed, with two study factors (gender and depression core- mood alteration and loss of pleasure). The outcome was the behavioral and cognitive manifestations due to the recall of the subject's maximally disturbing life event (saddest, most painful, most stressful).

Three hundred and twenty one Univerisidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) consenting students of both genders were evaluated, from the city of Porto Alegre. Ages ranged from 18 to 30 years and 156 students were male and 164 female. Exclusion criteria was based on scores on the Self Reported Questionnaire (SRQ) (10, 11)-a mental disorder tracking

instrument. Subjects scoring eight or higher were excluded from the study. Inclusion criteria (regularly active university students) guaranteed the exclusion of subjects with cognitive deficit and/or severe clinical diseases.

Data was obtained by means of self-reported scales and questionnaires. Subjects were first required to provide demographic data, informing age, gender, marital status, socioeconomic level and SRQ. Then, an emotion inducing instrument used by Knapp and cols (12) was applied, guiding the patient's memory of their maximally disturbing emotional experience (most difficult, painful and/or saddest).

Subsequently, participants were asked to answer a questionnaire about behavior, feelings and actions (how to cope) related to the recalled situation, the Coping Strategy Questionnaire (CSQ). This questionnaire was partly based on the Beck Depression Inventory (13, 14, 15) for its cognitive aspects, and on the Ways of Coping Inventory by Folkman and Lazarus (16, 17) for items dealing with coping behavior. In the instrument's instructions, relation with the memory of the reaction to the recalled situation was emphasized.

In the fourth edition of the DSM (DSM-IV) (18), the main criteria in the definition of Depressive Disorder is item A: depressed mood and/or loss of interest or pleasure. Two new variables were created, using items from the Coping Strategy Questionnaire that were based on the Beck Depression Inventory:

A) Loss of interest or pleasure = defined by the set of items 20 (I was not able to feel as satisfied as before), 28 (I was less interested in others) and 31 (I needed more strength to begin anything or work).

B) Depressed mood = defined by the set of items 17 (I felt sad), 26 (I cried more than before) and 27 (I was more easily upset or irritated than before).

Necessary criteria to classify subjects as displaying either mood or interest/pleasure alteration in response to a maximally disturbing life event (depressogenic) was the positive answer to at least 2 out of the 3 items.

Approval for the study was granted by the Research and Graduate Committee of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre and UFRGS. All participating subjects signed an informed consent form.

A chi-square association test was utilized to evaluate the relationship between the new variables (depressed mood and loss of interest and/or pleasure) and the remaining questions, in men and women.

RESULTS

Two hundred and seventy three university students were evaluated, after the exclusion, due to suspect of mental disorder by the SRQ, of 13 men and 34 women. Mean age (\pm SD) was $20,5\pm 5,7$ in the 143 men and $21,7\pm 3,8$ in the 130 women. Most subjects were single and pertaining to higher social classes, groups did not differ in regards to their marital status and socioeconomic level.

Participant distribution of each gender according to depressed mood and loss of interest or pleasure is shown in Table 1. Depressed mood distribution was statistically significant among men and women, since more women (75%, N=97) classified as positive than men (44%, N=63).. Loss of pleasure was not statistically significant between genders, as 57% (N=74) of women and 45,5% (N=65) of men reported decreased interest or pleasure.

Participant distribution in depressed mood in relation to loss of interest or pleasure in each gender is shown in Table 2. A statistically significant association was found between depressed mood and loss of interest or pleasure in both men and women, that is, most men and women who were classified as positive for depressed mood were also classified as positive for loss of interest or pleasure.

Table 3 illustrates the association of Coping Strategy Questionnaire items with depressed mood among men and among women. Significant association was found in men

between depressed mood and 12 other questionnaire items (CSQ). Participants with positive scores in this variable also claimed to have other cognitive changes related to depression, evaluated by questions such as 'I thought I was depressed', 'I thought I suffered from depression', 'I felt discouraged about the future', 'I felt I had failed', 'I felt guilty', 'I felt I could be punished', 'I was disappointed in myself' and 'I criticized myself for my weaknesses and mistakes'.

Among women, seven CSQ items were significantly associated with depressed mood. Women with positive scores reported spending most of their time thinking about their feelings, a need to speak to others about what they were feeling, feeling discomfort, something different, though not being able to identify it, feeling disappointed in themselves. On the other hand, women who did not display depressed mood said they did not seek help from a therapist, were not discouraged about the future, and did not think about killing themselves. Thus, the direction of the association was not determined by women with depressed mood reporting other symptoms, because they were similarly distributed among present or absent, but was determined by women who did not display depressed mood, since roughly all reported not experiencing other symptoms (Table 3).

Table 4 shows the association of CSQ items with decreased interest or pleasure among men and women. Men who did not display loss of interest or pleasure also did not claim to display the behaviors in questions 3, 4, 13, 18, 19, 21, 22. Men who reported loss of interest or pleasure did not agree neither with 'my life did not change at all', nor with 'Instead of occupying my time with my feelings, I tried to be more involved in daily activities', where those who did not report decreased pleasure agreed with 'I tried to not let my feelings interfere with my routine'.

Women who reported loss of interest or pleasure (N=74) also admitted to displaying behavior mentioned in questions 1, 10, 11, 12, 23, 24 and 29, and did not agree with 'my life has not changed at all'. Finally, women who did not report decreased interest or pleasure also did not display the symptoms mentioned in questions 13, 18, 19, 21, 22, 25 and 30.

DISCUSSION

In this study we investigated the hypothesis that recalling the most stressful life event in the lives of a sample of healthy university students would incite a report of sadness predominantly in women and decreased pleasure and/or interest predominantly in men. We noted that depressed mood prevailed in women, whereas frequency of loss of interest or pleasure was similar in both genders. The percentage of depressed mood and loss of interest or pleasure was similar among men (approximately 45%), and also among men, most of those that claimed depressed mood also claimed decreased interest or pleasure. However, many women who did not experience decreased pleasure still reported depressed mood, which illustrates the much broader impact on mood in females. Just as major depression is a clinically heterogeneous disorder with gender differences in symptoms, recounted manifestation patterns following the recall of a stressful situation also varied in men and women. Studies on depressed individuals showed that women have greater appetite and weight gain (19-22), more sleep disorders (hypersomnia) (22), more fatigue (22, 23) and more psychomotor retardation (22) than men do. Additionally, women reported a higher number and more severe depressive symptoms, particularly in self-reported instruments (19, 24). Some level of social and occupational impairment may be linked to the memory of the reaction of loss of interest and/or pleasure. A multicentric survey in of subjects in health primary care showed that the magnitude of female depression preponderance is inversely associated to the degree of social impairment (25). In a cohort study involving 591 young adults (24), though women reported more depressive symptoms, no gender differences were found when social and occupational impairment caused by depression was analyzed. On the other hand, a study by Fennig et al (26) did not show a diminished gender difference when impairment was included in the definition of the disorder.

Regarding the remaining aspects, the number of significantly associated items is smaller among women when depressed mood is considered the core of the depressive syndrome (present due to recalling the depressogenic event). Men showed a more coherent pattern with depressive syndrome, by answering all aspects in accord with their answer on depressed mood. For women, however, the association direction was not always determined by those who reported depressed mood, but instead by the women who did not report. The latter consistently denied the presence of other aspects, such as not seeking help from a therapist, not feeling discouraged about the future, and not thinking about killing themselves. On the other hand, women who reported depressed mood were less consistent on the above items, reporting positively 50% of the time. Then, students that felt sad, irritated and/or cried when confronting their most difficult life event did not necessarily display other potentially depressive reactions.

Furthermore, the reduced number of significantly associated items (7 out of 13) also suggests low compatibility with a depressive syndrome (therefore, reports of crying and sadness do not necessarily denote depression), since many of these items also evaluate depressive symptoms. It appears that depressed mood in women is a "false depressed mood", since it is not backed up by the remaining symptoms. From an evolutionary perspective on gender differences, some studies suggest that a distinction should be made between adaptive emotional suffering and mental illness. The negative affect in response to a stressful situation may be an adaptive response instead of a psychopathological manifestation (27, 28). Thus, in this study, the women who reported depressed mood but identified with few other reactions (spend a lot of time thinking about feelings, need to speak to others about feelings, feel discomfort without being able to define it, feel disappointed with oneself) and did not display many of the behaviors associated with a depressive condition may have manifested an adaptive response to stress. To classify them as depressed may be a misconception.

In men, depressed mood puts on a depressive quality since it is followed by a greater number of items (12 out of 31) that also evaluate depressive symptoms. The assessment of

gender differences in minor mental disorders, detected by self-reported questionnaires, and association with suicide concluded that suicide risk in these conditions, including depression diagnosed in the community, is greater in men than in women (29). The authors questioned the validity of answers in self-respondered mental illness screening questionnaires. As a possible explanation of the contrast between suicide risk in men and higher depression rates in women, they suggested a similar reasoning to the one observed in questionnaires about cardiovascular illnesses regarding angina, in which men have a higher threshold for reporting symptoms than women do. Therefore, men who report symptoms and are detected would have more severe disorders and heightened risk of suicide. This rationale may also be applied to our finding that males relay a more consistent depressive pattern.

Women may express themselves differently than the opposite sex, possibly generating the spurious impression that women suffer more than men do (30). Newmann (31) suggested that sadness is typical in women and associated to loneliness, not representing a gender difference in the depressive syndrome. The author also proposed that sadness is a female emotional reaction, since women are more dependent on interpersonal relationships, and that this symptom does not pertain to the core of depression.

In this study, when the core was decreased pleasure and/or interest, there was greater association of the remaining aspects investigated by the CSQ. Nonetheless, in both genders, this association did not always concord with loss of pleasure. Among men, 19 out of the 31 aspects showed statistical significance. Those who claimed loss of interest or pleasure also referred to feeling depressed, feeling discomfort without being able to define it, feeling disappointed with themselves, engaging in self-criticism about weaknesses and mistakes, preferring to be alone when saddest, attempting to understand their discomfort, and feeling that their lives had changed. On the other hand, those that did not report loss of interest or pleasure did not believe they were depressed, did not sleep more than usual, did not feel they had failed,

did not feel guilty, were not discouraged about the future, did not think about killing themselves, did not put off decisions, among others.

Among women, 15 out of 31 aspects were associated with decreased interest or pleasure, but diversity in their response pattern was also found. Females who reported loss of pleasure directed association in half of the aspects, yet the other half was directed by those who did not claim decreased pleasure. Positive answers given by women were accompanied by statements that referred to an increased craving for sweets, thinking they were depressed, feeling disappointed in themselves, putting off their decisions, engaging in self-criticism about weaknesses, thinking that their lives had changed and feeling discomfort without being able to define it. However, those who did not feel loss of interest or pleasure also did not think they were depressed, did not feel discouraged about the future, did not feel they had failed, did not feel they could be punished, did not think about killing themselves, among others. Regardless, the loss of interest or pleasure core seemed to be more coherent with the depressive condition for both genders. Assuming a greater association between the above depressive behavior and social and occupational impairment, this finding seems to fit the hypothesis that the intensity of depressive symptoms, particularly mood, and social and occupational impairment caused by depression are independent domains. As such, they may call for different therapeutic strategies and should always be evaluated (32).

Limitations of this study include the possibility that both men and women answered according to a standard considered appropriate to their gender, with distorted memory due to their expected sex roles. This distortion may be less likely to occur during a depressive episode or when faced with the negative impact of a life event. Due to the role assigned to males in western societies, which includes not recognizing or admitting anxiety, sadness, hopelessness, not crying, being stoic and ignoring symptoms, depressive symptoms in men are underdiagnosed . Traditional male social norms may help-seeking more difficult in men due to

the inhibition of emotional expressiveness, thus influencing the perception of depression symptoms (3).

Another limitation may be the fact that the type of stressful life event and its potential impact are not identified. Nonetheless, recent studies on stressful events and mental illness emphasize the importance of subjective measurements for life events, as well as possibly evaluating individual reactions to certain events, instead of utilizing standardized instruments or event listings, among others (28, 33, 34).

REFERENCES

1. Hammen CL, Padesky CA. Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *J Abnorm Psychology* 1977 Dec 86 (6):609-14.
2. Gilligan C. *In a Different Voice. Psychological Theory and Woman's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press 1982.
3. Moller-Leimkuhler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affective Disorders* 2002 Sep 71 (1-3):1-9.
4. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull* 1994 May 115 (3):424-43.
5. Brody LR. Gender differences in emotional development: a review of theories and research. *J of Personality* 1985;53(2):102-49.
6. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977 Jan 34 (1):98-111.
7. Mirowsky J, Ross CE. Sex differences in distress: real or artifact? *American Sociological Review* 1995;60:449-68.

8. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003 108: 163-174.
9. Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman B, Lehtinen V. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J Affective Disorders* 2002 Apr 68 (2-3):215-20.
10. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS, Suleiman MA, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983 Nov 140 (11):1474-80.
11. Mari JJ, Williams P. (). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986 148: 23-26.
12. Knapp PH, Levy EM, Giorgi RG, Black PH, Fox BH, Heeren TC. Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosom. Med* 1992 Mar-Apr 54 (2):133-48.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961 4:53-63.
14. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the BDI: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol* 1988;8:77-100.
15. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ramieri W. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and - II in psychiatry outpatients. *J Pers Assess* 1996 Dec 67 (3):588-97.
16. Folkman S, Lazarus LR. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Person Soc Psychol* 1985 48:150-170.
17. Savóia MG, Santana P, Mejjas NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Rev Psicol USP* 1996 7(1/2):183-201.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington: DC; 1994.

19. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Keller MB, Fawcett JA. Sex differences in the lifetime prevalence of depression: does varying the diagnostic criteria reduce the female/male ratio? *J Affective Disorders* 1990 Mar 18 (3):187-192
20. Ernst C, Angst J. The Zurich study. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci* 1992 241:222-230
21. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie J. Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *J Affect Disord* 2000 Dec 61 (1-2):59-67.
22. Khan AA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Gender differences in the symptoms of major depression in the opposite-Sex dizygotic twin pairs. *Am J Psychiatry* 2000 159(8): 1427-1429
23. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 1999 Mar 156 (3):480-2
24. Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affective Disorders* 1984 Dec 7 (3-4):189-98.
25. Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF. Gender differences in prevalence of depression: a survey in primary care. *J Affect Disord* 1999 53:241-252.
26. Fennig S, Schwartz JE, Bromet EJ. Are diagnostic criteria, time of episode and occupational impairment important determinants of the female:male ratio for major depression? *J Affect Disord* 1994 30:147-154.
27. McGuire MT, Troisi A. Prevalence differences in depression among males and females: are there evolutionary explanations? *Br J Med Psychology* 1998 Dec 71 (Pt 4):479-91.
28. Troisi A. Gender differences in the vulnerability to social stress: A Darwinian perspective. *Physiology & Behavior* 2001; 73: 443-449

29. Gunnell D, Rasul F, Stansfeld SA, Hart CL, Davey Smith G. Gender differences in self-reported minor mental disorder and its association with suicide. A 20-year follow-up of the Renfrew and Paisley cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 37(10):457-9.
30. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bull* 1987 Mar 101 (2):259-82.
31. Newmann JP. Gender differences and the vulnerability to depression. *Soc Serv Rev* 1987;9:447-68.
32. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Plumbing the depths: Some problems in quantifying depression severity. *Journal of Affective Disorders* 1997; 42, 49-58.
33. Kessler RC, Wethington E. The reliability of life event reports in a community survey. The reliability of life event reports in a community survey. *Psychol Med.* 1991 21(3):723-38.

Table 1. Association of depressed mood and loss of interest or pleasure with gender

	Men (N=143)	Women (N=130)	p values
Depressed mood +	63	97	0.000
Depressed mood -	80	33	
Loss of Interest/Pleasure+	65	74	0.08
Loss of Interest/Pleasure -	78	56	

Chi-square analysis

Table 2. Distribution of depressed mood in relation to loss of interest or pleasure

Men (N=143)			
	Loss of Interest/Pleasure +	Loss of Interest/Pleasure -	P
Depressed mood +	40	23	0.0002*
Depressed mood -	25	55	
Women (N=130)			
	Loss of Interest/Pleasure +	Loss of Interest/Pleasure -	P
Depressed mood +	63	34	0.0030*
Depressed mood -	11	22	

Chi-square

Table 3. CSQ items and depressed mood in men and women in the sample

CSQ Items		MEN			WOMEN		
		+	-	p value	+	-	p value
1. My craving for sweets increased	Y	18	19	NS	58	17	NS
	N	45	59		38	16	
2. I ate more than usual	Y	16	17	NS	38	12	NS
	N	47	61		57	21	
3. I slept more than usual	Y	25	21	NS	44	08	0,05
	N	38	57		52	29	
4. I got drunk a lot	Y	19	11	0,035	19	06	NS
	N	44	67		77	27	
5. I spent most of my time thinking about what I was feeling	Y	52	36	0,001	77	20	0,04
	N	11	42		19	13	
6. I felt the need to talk to others about what I was feeling	Y	39	39	NS	70	17	0,04
	N	24	39		26	16	
7. I went to seek help from a therapist	Y	06	07	NS	19	01	0,04
	N	57	71		77	32	
8. I tried to not let my feelings interfere in my routine	Y	41	66	0,013	68	20	NS
	N	22	12		28	13	
9. I got involved in daily activities instead of occupying myself with my feelings	Y	22	50	0,001	47	17	NS
	N	41	28		48	16	
10. I felt discomfort, something different, without identifying what it was	Y	51	52	NS	80	19	0,005
	N	12	26		16	14	
11. I tried to understand my discomfort	Y	50	56	NS	65	21	NS
	N	13	22		31	12	
12. I thought I was depressed	Y	48	36	0,001	69	19	NS
	N	15	42		27	14	
13. I thought I suffered from depression	Y	32	14	0,001	36	06	NS
	N	31	63		60	27	
14. I went to seek help from many physicians	Y	02	02	NS	04	00	NS
	N	61	75		92	33	
15. I thought something like "that which has no solution is solved"	Y	23	18	NS	21	07	NS
	N	40	59		75	26	
16. My life hasn't changed at all	Y	17	27	NS	19	08	NS
	N	46	50		77	24	
18. I felt discouraged about the future	Y	27	11	0,001	49	08	0,02
	N	36	68		48	22	
19. I felt I had failed	Y	40	19	0,001	49	11	NS
	N	23	61		48	22	
21. I felt guilty	Y	40	28	0,001	53	13	NS
	N	23	52		44	26	
22. I felt I could be punished	Y	30	10	0,001	32	10	NS
	N	33	69		65	23	
23. I felt disappointed in myself	Y	43	37	0,020	69	15	0,01
	N	20	42		27	18	
24. I criticized myself for my weaknesses and mistakes	Y	43	32	0,002	62	17	NS
	N	20	47		35	16	
25. Sometimes I thought about killing myself	Y	17	07	0,008	24	01	0,013
	N	46	73		73	32	
29. I put off my decisions more than before	Y	40	25	0,001	60	14	NS
	N	23	55		37	19	
30. I was concerned about looking old and unattractive	Y	33	11	0,001	51	12	NS
	N	30	69		46	21	
31. In my saddest moments I preferred being alone	Y	41	37	0,045	43	13	NS
	N	22	42		53	20	
33. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about what I was feeling	Y	16	24	NS	44	15	NS
	N	47	55		52	18	
34. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about anything else	Y	07	18	NS	22	07	NS
	N	56	61		74	26	
35. In my saddest moments, I tried to keep busy	Y	24	36	NS	38	18	NS
	N	39	43		58	15	
36. In my saddest moments, I practiced sports	Y	15	26	NS	12	07	NS
	N	48	53		84	26	
37. In my saddest moments, I went shopping	Y	02	03	NS	12	05	NS
	N	61	76		84	28	

Chi-square

Table 4. CSQ items and loss of interest or pleasure in men and women in the sample

CSQ Items		MEN			WOMEN		
		+	-	p value	+	-	p value
1. My craving for sweets increased	Y	18	19	NS	50	25	0.01
	N	47	57		23	31	
2. I ate more than usual	Y	15	18	NS	32	18	NS
	N	50	58		40	38	
3. I slept more than usual	Y	30	16	0.003	33	19	NS
	N	35	60		40	37	
4. I got drunk a lot	Y	21	09	0.005	18	07	NS
	N	44	67		55	49	
5. I spent most of my time thinking about what I was feeling	Y	46	42	NS	60	37	NS
	N	19	34		13	19	
6. I felt the need to talk to others about what I was feeling	Y	39	39	NS	50	37	NS
	N	26	37		23	19	
7. I went to seek help from a therapist	Y	08	05	NS	14	06	NS
	N	57	71		59	50	
8. I tried to not let my feelings interfere with my life	Y	43	64	0.021	46	42	NS
	N	22	12		27	14	
9. I got more involved with daily activities instead of occupying myself with my feelings	Y	24	48	0.003	30	34	NS
	N	41	28		42	22	
10. I felt discomfort, something different, without identifying what it was	Y	54	49	0.022	65	34	0.001
	N	11	27		08	22	
11. I tried to understand what I was feeling	Y	55	51	0.027	55	31	0.03
	N	10	25		18	25	
12. I thought I was depressed	Y	52	32	0.001	58	30	0.003
	N	13	44		15	26	
13. I thought I was suffering from depression	Y	31	15	0.001	34	08	0.001
	N	33	61		39	48	
14. I went to seek many physicians	Y	03	01	NS	04	00	NS
	N	61	75		69	56	
15. I thought something like 'that which has no solution is solved'	Y	22	19	NS	13	15	NS
	N	42	57		60	41	
16. My life hasn't changed at all	Y	13	41	0.015	09	18	0.010
	N	51	45		64	37	
18. I felt discouraged about the future	Y	27	11	0.001	44	13	0.001
	N	37	67		30	43	
19. I felt I had failed	Y	38	21	0.001	45	15	0.001
	N	27	57		29	41	
21. I felt guilty	Y	39	29	0.010	46	20	0.005
	N	26	49		28	36	
22. I felt I could be punished	Y	24	16	0.040	34	08	0.001
	N	40	62		40	48	
23. I felt disappointed in myself	Y	47	34	0.001	57	28	0.002
	N	18	44		17	28	
24. I criticized myself for my weaknesses and mistakes	Y	46	30	0.001	55	24	0.001
	N	19	48		19	32	
25. Sometimes, I thought about killing myself	Y	19	05	0.001	20	05	0.017
	N	46	73		54	51	
29. I put off decisions more than before	Y	47	18	0.001	56	18	0.001
	N	18	60		18	38	
30. I was concerned about looking old and unattractive	Y	31	13	0.001	48	15	0.001
	N	34	65		26	41	
31. In my saddest moments I preferred being alone	Y	44	34	0.008	37	19	NS
	N	21	43		36	37	
33. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about what I was feeling	Y	16	24	NS	31	28	NS
	N	49	53		42	28	
34. In my saddest moments, I looked for someone to talk to about anything else	Y	07	18	NS	12	17	NS
	N	58	59		61	39	
35. In my saddest moments, I tried to keep busy	Y	27	33	NS	29	27	NS
	N	38	44		44	29	
36. In my saddest moments, I practiced sports	Y	17	24	NS	08	11	NS
	N	48	53		65	45	
37. In my saddest moments, I went shopping	Y	04	01	NS	10	07	NS
	N	61	76		63	49	

Chi-square

6. ARTIGOS CIENTÍFICOS EM PORTUGUÊS

Artigo 1: Associação dos itens da versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala Carroll) com gênero

Artigo 2: Avaliação de comportamentos e estilos de enfrentamento em homens e mulheres como resposta a um evento estressante (*depressogênico*) recordado

Artigo 3: Padrão de sintomas responsável pela detecção de depressão por uma escala de sintomas depressivos como reação à recordação de evento de vida negativo em estudantes universitários: efeito do gênero

Artigo 4: Humor deprimido e perda de interesse ou prazer como reação à recordação de evento de vida maximamente estressante (*depressogênico*) em voluntários sem transtorno psiquiátrico corrente

**Associação dos itens da versão auto-respondida da escala de Hamilton para
Depressão (escala Carroll) com gênero**

Analuiza Camozzato de Pádua, MD, MSc

Márcia L. F. Chaves, MD, PhD

Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRASIL

Endereço para correspondência

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

RESUMO:

Objetivos: Depressão e sintomas depressivos são mais prevalentes em mulheres do que em homens e podem ser desencadeados por algum evento estressante. O objetivo deste estudo foi avaliar a possibilidade de que algumas manifestações consideradas depressivas estejam tenham vieses ligados ao gênero. **Métodos:** A associação dos itens da versão auto-respondida da Escala de Hamilton para Depressão (Escala de Carroll) respondidos de acordo com a lembrança do evento maximamente atormentador já experimentado com o gênero foi avaliada numa amostra de 273 estudantes universitários por modelos de análise uni e multivariados (regressão logística). **Resultados:** Os escores totais da Escala de Carroll foram significativamente maiores nas mulheres. A análise demonstrou associação significativa de alguns itens da escala Carroll com gênero. Dizer que sentiam-se infelizes e com vontade de chorar, perder interesse em sexo, ter mais problemas com tontura e sensação de desmaio e acordar no meio da noite mostrou uma probabilidade de 71,86% de que tenha sido uma mulher que respondeu a escala. A exclusão destes itens do escores total da escala reduziu o escore médio das mulheres 19,9 para 18,3 (DP=7,8) e dos homens de 15,4 para 14,6 (DP=6,8). **Limitações:** Pode ter ocorrido um viés de recordação , sendo que entre os homens pode ter ocorrido menos lembrança e menor intensidade de impacto do evento estressante ocorrido em suas vidas. **Conclusão:** Os itens que mostraram associação significativa foram aqueles relativos a comportamentos e emoções geralmente reconhecidos como mais comuns entre mulheres na população geral. Assim alguns instrumentos para identificação de depressão que utilizem estes itens podem causar um artefato de maior identificação de sintomas depressivos entre as mulheres.

Palavras-chave: sintomas depressivos, gênero, escala de Carroll, evento estressante

INTRODUÇÃO

Um dos achados mais consistentes de investigações tanto epidemiológicas quanto clínicas da depressão e sintomas depressivos é o de maior prevalência nas mulheres seja na população adulta como na adolescente (Weissman e Klerman, 1977; Weissman et al., 1991; Ernst & Angst, 1992; Mirovski e Ross, 1992; Baron e Campbell, 1993; Kessler et al., 1994; Turner et al, 1995; Olson e von Knorring, 1997; Hankin e Abramson, 2001; Kuehner, 2003). Esta maior frequência tem sido numa proporção média de 2:1 em praticamente todas as culturas (Weissman et al, 1996; Maier et al, 1999).

Vários estudos têm demonstrado que mulheres também apresentam escores mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos, sem configurar diagnóstico, em escalas de avaliação de sintomatologia depressiva (Hendrie et al., 1990; Linn, 1994; Grant et al., 1995; Compas et al., 1997). Em nosso meio também tem-se encontrado maior frequência de sintomas depressivos em mulheres de diferentes faixas etárias. Tais dados foram obtidos através de escalas de avaliação de sintomas depressivos (Gorenstein, Pompéia e Andrade, 1995; Fleck, 1997; Eizirik, 1998; Feijó, 1999; Salles, 1999).

Vários fatores são especulados para explicar este achado, entre eles estão diferentes padrões de procura de ajuda nos homens e nas mulheres (Weissman, 1977), diferente predisposição genética (Kendler e Prescott, 1999; Kendler et al, 2001), alterações hormonais (Seeman, 1997; Halbreich e Kahn, 2001), expectativa de papéis de acordo com o gênero (Wilhelm e Parker, 1989; Wilhelm, 1998; Horsfall, 2001), diferente estilo cognitivo no enfrentamento de situações estressoras (Cyranski et al., 2000; Bedi, 1999; Hankin, 2001; Nolen-Hoeksema e Girgus, 1994), bem como o papel já bem estabelecido de evento estressor como desencadeante de depressão (Mazure, 2000; Kendler et al, 1993, 1995). No entanto, os fatores determinantes desta diferença ainda não estão bem estabelecidos (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Outra possibilidade seria que as diferenças comportamentais e dos “padrões cognitivos” de resposta a situações estressantes entre homens e mulheres (William e Morris, 1996; Nolen-Hoeksema, 1987; Newmann, 1987; Lombardo, 1983; Gilligan, 1982) poderiam representar possíveis vieses, permitindo, conseqüentemente, assumir a existência de vício de aferição na detecção de sintomas depressivos e de depressão.

Uma hipótese para a origem deste viés seria devido a utilização de uma linguagem nas escalas de sintomas e instrumentos diagnósticos para depressão que se aproxima mais daquela empregada pelas mulheres para expressarem seus sentimentos e atitudes frente a situações estressantes. Tal artifício poderia gerar uma diferença significativa de sintomas e de diagnósticos de depressão entre homens e mulheres, no entanto permanece o questionamento do quanto realmente a mais esta condição ocorre entre as mulheres. Um estudo recente levanta esta possibilidade (Salokangas et al., 2002). Seria possível então que alguns itens de uma escala de mensuração de sintomas depressivos associem-se significativamente ao gênero feminino e não obrigatoriamente à depressão.

De fato, estas diferenças por sexo nas taxas de doença depressiva não foram convincentemente explicadas, e isto reflete uma falha mais geral das investigações em oferecer descrições etiológicas mais completas (abrangentes) da depressão.

Com base nestas evidências, desenvolvemos a hipótese de que a diferença entre os gêneros nos escores totais de uma escala de avaliação de sintomas depressivos aplicadas a indivíduos sem doença psiquiátrica possa ser provocada justamente pelos itens que avaliam comportamento, cognição ou emoções que são inerentemente diferentes nos homens e mulheres. O objetivo deste estudo foi avaliar os escores da versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala de Carroll) respondida após a recordação de um evento de vida estressante (potencialmente "depressogênico"), numa amostra de base comunitária de homens e mulheres jovens normais, e analisar a associação dos itens desta escala com gênero em modelos uni e multivariados.

MÉTODOS

Realizamos um estudo transversal agrupado pelo fator em estudo (gênero), cujo desfecho foi a reação cognitiva e comportamental (*objective negative impact*) desencadeada pela recordação da situação mais dolorosa e/ou triste (de maior sofrimento) que o indivíduo tenha experimentado em sua vida.

A amostra foi selecionada pela inclusão de adultos jovens (estudantes universitários) normais exercendo suas atividades acadêmicas regularmente. Esta inclusão já assegurou a não seleção de sujeitos com deficiências cognitivas e/ou doenças clínicas graves. Um instrumento rastreador de transtornos mentais - Self-Reported Questionnaire (SRQ) (Harding, 1983; Mari e Williams, 1986) (Anexo 3) foi utilizado para excluir participantes que obtivessem escores iguais ou superiores a oito. Todas as variáveis em estudo foram obtidas através de questionários e escalas auto-respondidos.

Utilizou-se um questionário de dados demográficos sendo que a classe social foi determinada pela escala sócio-econômica da Associação Nacional de Agências de Pesquisa (www.anep.org.br) (Anexo 2).

Uma versão modificada e adaptada para língua portuguesa de um instrumento para efetivamente induzir emoções utilizado por Knapp e colaboradores (1992) foi aplicada para orientar a lembrança da experiência emocional maximamente atormentadora (situação mais difícil, dolorosa e/ou triste) que cada participante já tivesse experimentado (Anexo 4). Posteriormente, aos participantes foi aplicada a versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala de Carroll) (Carroll et al., 1981) modificada para a concordância verbal apropriada (Anexo 5). A instrução para o preenchimento da escala enfatizou a relação com a reação à situação recordada.

Foram avaliados 321 estudantes universitários de ambos os sexos dos *campi* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que consentiram em participar do estudo, sendo 156 do sexo masculino e 164 do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 30 anos.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da UFRGS. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento pós-informação para participarem do estudo (Anexo 1).

Análise Estatística

A comparação da idade e do escore total da escala de Carroll entre os sexos foi feita através do teste t de Student e a comparação do estado civil e classe social por teste de associação do tipo qui-quadrado. A associação de cada item individualmente com o sexo foi feito por análise de qui-quadrado. A identificação dos itens da escala Carroll que apresentam associação independente, e o grau de associação, com gênero foi realizada através de um modelo de regressão logística (BACKWARDS). Esta técnica possibilita o cálculo de coeficientes para cada variável em uma equação expressando os 'pesos' de cada uma na determinação do desfecho (gênero).

RESULTADOS

A amostra estudada consistiu de 273 universitários (143 homens e 130 mulheres) após a exclusão de 13 homens e 34 mulheres por suspeita de transtorno mental pelo SRQ. Os dados demográficos e os escores da escala Carroll para depressão estão apresentados na Tabela 1. Não houve diferença entre classe social e estado civil entre os grupos de sexo masculino e feminino. Os homens foram significativamente mais velhos do que as mulheres, no entanto, idade não apresentou correlação significativa com os escores totais da escala Carroll ($p=0,358$).

As mulheres apresentaram escores da escala Carroll significativamente mais elevados do que os homens.

Dos 52 itens da escala, dezoito mostraram associação significativa com gênero na análise univariada (Tabela 2).

A análise por regressão logística (Tabela 3) demonstrou associação das questões 4, 13, 16 e 19 da escala com gênero. Falar que sentiam-se mais infelizes e com vontade de chorar, ter mais problemas do tipo tonturas e sensações de desmaio, perder completamente o interesse nas atividades sexuais, e acordar mais no meio da noite mostrou uma probabilidade de 71,86% de ter sido uma mulher que respondeu à escala. Não ter respondido afirmativamente a estas mesmas questões mostrou a mesma probabilidade para homens.

A retirada dos itens que mostram esta forte associação ao gênero do escore total da escala mostrou que o escore médio das mulheres passaria de 19,9 para 18,3 (DP=7,8) e dos homens de 15,4 para 14,6 (DP=6,8). A redução média do escore nas mulheres foi de 1,6 e nos homens de 0,8.

DISCUSSÃO

Neste estudo, as mulheres apresentaram média significativamente mais elevada de escores na escala Carroll para depressão como resposta ao evento recordado, em relação aos homens. A presença de escores depressivos acima do ponto de corte (PC=10) desta escala, já que a média dos homens foi aproximadamente 15 e das mulheres praticamente 20, observado em ambos os grupos não expressa sintomatologia corrente, pois os sujeitos que apresentavam sintomas psiquiátricos no momento do estudo foram excluídos pelo SRQ na seleção da amostra.

Na análise univariada, 18 dos 52 itens da Carroll tiveram associação significativa com o gênero. Dentre estas questões é interessante o resultado de que os homens, na sua maior parte, disseram lembrar que pareciam calmos por fora ao ter enfrentado a situação mais triste

ou difícil que experimentaram em suas vidas. Outros autores já sugeriram que os homens não expressam seus sentimentos abertamente (Gilligan,1982; Nolen-Hoeksema e Girgus,1994; Moller-Leimkuhler, 2002).

Os itens que mostraram associação significativa pelo modelo logístico foram aqueles relativos a comportamentos e emoções geralmente reconhecidos como mais comuns entre mulheres (caracterizando padrões femininos de comportamento que são independentes de depressão). O potencial efeito deste tipo de achado poderia ser o artefato gerado por instrumentos que utilizam itens relacionados a um padrão atribuído na população geral ao gênero feminino na maior identificação de sintomas depressivos entre as mulheres. Quanto mais o instrumento (ou escala) se aproxima da linguagem ou estilo femininos, maior a possibilidade de que isto ocorra (viés de aferição).

Os aspectos mantidos nesta análise foram sentir-se mais infeliz e com vontade de chorar, ter mais problemas do tipo tonturas e sensações de desmaio, perder completamente o interesse nas atividades sexuais, e acordar mais no meio da noite. Outros estudos já mostraram que é típico das mulheres ficar triste (Newmann, 1987; Mirowsky e Ross, 1995). Além disso, chorar tem sido considerado uma manifestação feminina em muitas culturas (Lombardo et al., 1983; William e Morris, 1996;). Num estudo que mediu sintomas depressivos pelo Inventário de Beck para Depressão, choro foi mais prevalente nas mulheres do que nos homens, sendo que os autores interpretaram este achado como consequência da existência de uma permissão cultural para chorar que ocorre no sexo feminino (Hammenn e Padesky, 1977). Por outro lado, há relatos de que as mulheres têm menor interesse e satisfação sexual do que homens por razões biológicas e sócio-culturais (Baldwin e Baldwin, 1997). Este achado independe da presença de depressão ou sintomas depressivos.

O estudo de Kroenke e Spitzer (1998) com 1000 pacientes avaliados em entrevistas psiquiátricas num local de cuidados primários para transtornos mentais demonstrou que gênero foi o fator demográfico mais importante para associação com sintomas físicos. Mulheres

apresentaram maiores índices de sintomas físicos bem como somaformes, mesmo controlando para outros sintomas psiquiátricos. Estes resultados (mulheres apresentando mais sensações de desmaio e tontura frente a um estressor) são similares aos nossos achados.

De acordo com os achados, a hipótese (diferença entre os gêneros nos escores totais de uma escala de avaliação de sintomas depressivos aplicadas a indivíduos sem doença psiquiátrica possa ser provocada justamente pelos itens que avaliam comportamento, cognição ou emoções que são inerentemente diferentes nos homens e mulheres) de nosso estudo foi confirmada, pelo menos em parte, já que a retirada destes itens reduz o escore total da escala em 4 pontos e a média entre as mulheres seria 18 e homens 14,6. A redução média observada nos homens é exatamente a metade da observada nas mulheres.

No entanto, nosso estudo aborda uma questão já avaliada em alguns aspectos por outros autores (Wilhelm,1993; Salokangas et al, 2002). Um estudo recente concluiu que alguns instrumentos para detecção de depressão podem conter itens que avaliam comportamentos e emoções ligados ao sexo feminino e que que contribuem para os maiores escores em mulheres (Salokangas, 2002).

Estes instrumentos poderiam provocar um viés de aferição na identificação bem como uma estimativa aumentada de sintomas depressivos e depressão nas mulheres, com todas as implicações decorrentes.

Algumas limitações do estudo podem ter interferido nos resultados observados. Ocorrência de viés de recordação pode ter existido, sendo que entre os homens pode ter ocorrido menos lembrança e menor intensidade de impacto do evento *depressogênico* ocorrido em suas vidas. Estudos em amostras clínicas de sujeitos com depressão demonstraram que os homens recordaram menos seus episódios depressivos prévios (Ernst & Angst,1992; Wilhelm & Parker, 1998), embora outro estudo tenha mostrado não haver diferença na qualidade recordação de sintomas em homens e mulheres deprimidos (Kuehner, 1999). E, contrário ao observado em muitos mas não em todos os estudos, os achados de uma investigação recente

mostrou que 2 de 3 diferenças significativas refletiam maior sensibilidade masculina aos eventos estressores (divórcio ou separação, e problemas com trabalho) (Kendler et al., 2001). As mulheres têm mostrado mais sensibilidade aos efeitos de eventos relacionados a problemas para lidar com pessoas mais próximas dentro de sua rede social (questões interpessoais).

Quanto à recordação da experiência atormentadora, cada indivíduo usou seus critérios para esta definição e uma manipulação como esta pressupõem que os sujeitos usam como principal marcador da experiência o grau de sofrimento provocado pela mesma. O reviver desta lembrança (*objective negative impact*) é capaz de induzir modificações cardiovasculares significativas, bem como declínio da reatividade mitogênica linfocítica (Knapp et al., 1992). Desta forma, a experiência em si não é importante. A não avaliação do sofrimento subjetivo como resposta ao evento de vida estressante tem sido levantado como uma das limitações dos instrumentos de registro de eventos de vida (Paykel, 2001).

Vários estudos têm produzido uma gama de achados sobre diferenças por gênero na sensibilidade a eventos de vida estressantes. Muitos estudos, mas não todos, empregam medidas de auto-relato de depressão ou sofrimento em vez de instrumentos que identifiquem depressão. A maioria dos estudos relata maior sensibilidade ao efeito patogênico dos eventos de vida estressantes nas mulheres que pode ser global ou restrito a certos eventos, os quais incluem problemas nas relações sociais ou com filhos, cuidado com a casa ou problemas reprodutivos. No entanto, algumas evidências de maior sensibilidade nos homens também já foram demonstradas. Um grande estudo longitudinal com adolescentes mostrou maior impacto de prévios eventos estressantes na internalização de sintomas entre meninos (Leadbeater et al., 1999), e uma outra investigação epidemiológica os homens apresentaram mais inícios de depressão maior após separação conjugal (Bruce e Kim, 1992). A análise de alguns estudos populacionais mostrou que as mulheres são mais sensíveis a efeito depressogênico de eventos que envolvem rede social e morte de ente próximo, enquanto os homens são mais sensíveis a perda de renda (Kessler e McLeod, 1984). Há evidências de ausência de diferença entre

homens e mulheres na sensibilidade aos efeitos depressogênicos dos eventos de vida estressantes (Kendler et al., 2001).

Também parece pouco provável que os indivíduos tivessem experimentado situações de vida estressoras muito diversas já que a amostra apresentava grande homogeneidade. E novamente cabe reforçar que nosso interesse era a reação lembrada pelo indivíduo e não o evento estressante propriamente dito. Por outro lado, há evidência considerável de estudos com análises inter-respondentes e teste-reteste de dados obtidos com inventários estruturados para aferição de eventos de vida estressantes mostrando que os mesmos não são muito confiáveis (Kessler e Wethington, 1991).

Tabela 1. Dados demográficos e escore da versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala Carroll)

Variáveis	Sexo Masculino (N=143)	Sexo Feminino (N=130)	Valor de p
Idade *			
Média ± DP	23,5±5,7	21,7±3,8	<0,001
Classe Social (N,%)**			
A	88 (61,5%)	70 (60,7%)	0,39
B	45 (31,5%)	51 (39,3%)	
C	10 (7%)	09 (6,9%)	
Estado civil (N,%)**			
Solteiro(a)	121 (84,6%)	119 (91,5%)	0,21
Casado(a)	13 (9,1%)	04 (3,1%)	
Com companheiro(a)	07 (4,9%)	05 (3,8%)	
Separado(a)	02 (1,4%)	02 (1,5%)	
Escala Carroll*			
Média ± DP	15,4±7,2	19,9±8,4	<0,001

* teste t Student

** Qui-quadrado

Tabela 2. Questões da versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala Carroll) com associação significativa com gênero (análises por teste qui-quadrado com correção de Yates quando apropriado)

Questões da escala Carroll	Homens		Mulheres		Valor de p
	Sim	Não	Sim	Não	
Eu me senti com tanta energia como sempre	34	101	16	106	0,022
Eu perdi peso	31	104	46	76	0,015
Perdi completamente o interesse em sexo	08	127	31	91	<0,001
Pude me concentrar facilmente quando estava lendo jornais	46	89	24	98	0,014
Tive muitos problemas com tontura e sensação de desmaio	02	133	15	107	0,001
Meu interesse sexual não mudou	82	53	58	64	0,046
Freqüentemente eu me sentia infeliz, com vontade de chorar	61	74	106	16	<0,001
Acordava seguidamente no meio da noite	28	107	55	67	<0,001
Estava tão devagar que precisava de ajuda para tomar banho e me vestir.	00	135	08	114	0,007
A maior parte do tempo sentia muito medo, mas não sabia a razão	17	118	28	94	0,044
Minha mente estava tão rápida e alerta quanto antes	54	81	32	90	0,028
Minha voz estava desanimada e sem vida	41	94	58	64	0,007
Estava doente em função do “mau tempo” que andávamos tendo	17	118	30	92	0,020
Ainda gostava de sair e encontrar as pessoas	100	35	70	52	0,007
Acho que parecia calmo por fora	101	34	76	46	0,042
Pensava que era uma pessoa tão boa quanto qualquer outra	109	26	73	49	<0,001
Ficava exausto a maior parte do tempo	36	99	51	71	0,015
Perdi muito peso	12	123	24	98	0,021

Tabela 3. Análise por Regressão Logística dos itens da versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala Carroll) para o desfecho gênero (questões mantidas no modelo final)

Itens escala Carroll	B	Valor de p	RC (IC 95%)
Tive muitos problemas com tonturas e sensação de desmaio	-1,01	0,011	0,36 (0,17-0,79)
Freqüentemente eu me sentia infeliz, com vontade de chorar	-0,85	0,000	0,43 (0,31-0,58)
Perdi completamente o interesse em sexo	-0,55	0,013	0,58 (0,38-0,89)
Acordava seguidamente no meio da noite	-0,35	0,018	0,70 (0,51-0,95)

Códigos do programa SPSS para as variáveis: questões da escala	original	convertido
Não	0.00	1.00
Sim	1.00	-1.00
Códigos do programa SPSS para a variável dependente gênero:		
Masc	1	0
Fem	2	1

ARTIGO 2

Avaliação de comportamentos e estilos de enfrentamento em homens e mulheres como resposta a um evento estressante (*depressogênico*) recordado

Analuiza Camozzato de Pádua, MD, MSc

Márcia L. F. Chaves, MD, PhD

Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - BRASIL

Endereço para correspondência

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

RESUMO

Objetivo: Homens e mulheres podem reagir de forma diferente a um evento de vida estressante, o que poderia predispor as mulheres a mais sintomas e episódios depressivos. O presente estudo avaliou a recordação do evento maximamente atormentador e, principalmente, das reações apresentadas (impacto negativo) como um paradigma para investigar diferenças entre os gêneros.

Métodos: Uma amostra de 273 estudantes universitários preencheu um questionário auto-respondido que avaliou as respostas recordadas após a evocação do evento maximamente atormentador já experimentado em suas vidas. O grau de associação de itens do questionário com o desfecho gênero foi avaliado através de um modelo de regressão logística.

Resultados: Fazer compras nos momentos de maior tristeza, aumentar apetite por doces, chorar mais do que antes, procurar alguém para conversar sobre o que estava sentindo nos momentos de maior tristeza e não sentir-se satisfeito como antes foram padrões de respostas mais comuns do sexo feminino. Enquanto praticar esportes nos momentos de maior tristeza e interessar-se menos do que antes pelas outras pessoas foram padrões de respostas mais comuns do sexo masculino.

Conclusão: Estes achados confirmam alguns comportamentos atribuídos às mulheres (chorar, fazer compras, aumentar apetite por doces) e outros aos homens (praticar esportes e diminuir interesse pelas pessoas) independente de depressão e que poderiam ser exacerbados por qualquer estressor. Alguns deles poderiam aumentar falsamente as taxas de depressão em mulheres. Outras reações encontradas nas mulheres e nos homens parecem estar de acordo com os padrões de enfrentamento de situações adversas ruminativo e orientado para a distração.

Palavras-chave: evento estressante, gênero, estratégias de enfrentamento, depressão

INTRODUÇÃO

Homens e mulheres reagem a um evento de vida estressante de forma diferente, o que poderia predispor as mulheres a mais sintomas e episódios depressivos se comparadas aos homens (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Bedi, 1999; Cyranowski et al., 2000; Hankin, 2001; Maciejewsk, 2001).

Bedi (1999) refere que a depressão é resultante de inadequadas capacidades comportamental, psicológica, socio-ambiental e biológica do indivíduo para lidar com estresses vitais, sendo que todas estas habilidades poderiam, por sua vez, ser parcialmente influenciadas por fatores genéticos. Comenta também que as mulheres teriam taxas mais altas de depressão porque experimentam mais estressores e sentem mais estresse como resposta a estes eventos, apresentando menor repertório de estratégias de enfrentamento do que os homens.

A reação a um evento de vida estressante (de características "depressogênicas") envolve atitudes (comportamentos), expressão verbal (comunicação), sentimentos, e julgamento. A recordação do evento maximamente atormentador (*maximally disturbing*) e, o seu reviver (experimentar mentalmente) , é efetivo o suficiente para induzir modificações cardiovasculares e imunológicas em voluntários normais (Knapp et al., 1992). Esta propriedade e principalmente as reações apresentadas (impacto negativo) lembradas podem ser usadas como um paradigma para investigar diferenças entre homens e mulheres.

Algumas formas de reagir que são interpretadas como manifestações depressivas podem constituir, em verdade, o padrão "mais feminino" (o que levaria a interpretar-se a forma das mulheres relatarem suas reações como mais manifestação depressiva). É possível que mulheres reconheçam e demonstrem mais seus sofrimentos (Paykel, 1991), sendo que o inverso tem sido proposto para os homens (Mölller-Leimkühler, 2002).

A opinião que homens e mulheres têm sobre seus próprios comportamentos e emoções e sobre os do sexo oposto pode ser influenciada pelas diferenças inatas ou socio-

culturais entre os gêneros. Desta forma, este estudo objetiva analisar associação de questões sobre comportamentos assumidos como resposta à lembrança do evento maximamente estressante já experimentado com gênero.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, agrupado pelo fator em estudo (gênero), cujos desfechos são as manifestações cognitivas e comportamentais desencadeadas pela recordação da situação mais dolorosa e/ou triste que o indivíduo tenha experimentado em sua vida, numa amostra de sujeitos sem transtorno psiquiátrico.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento pós-informação para participarem do estudo (Anexo1).

Participantes

Foram avaliados 321 estudantes universitários de ambos os sexos dos *campi* da UFRGS que consentiram em participar do estudo, sendo 156 do sexo masculino e 164 do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 30 anos.

Foram excluídos os sujeitos que tinham escores iguais ou maiores a oito no SRQ (Self Reported Questionnaire) (Harding et al., 1983; Mari e Williams, 1986), instrumento auto-respondido rastreador de transtornos mental (Anexo 3). Os critérios de inclusão (universitários, freqüentando atividades regularmente) já asseguravam a não seleção de sujeitos com deficiências cognitivas e/ou doenças clínicas graves.

Medidas

Todos os dados do estudo foram obtidos através de questionários e escalas auto-respondidos. Após o preenchimento dos dados demográficos informando idade (anos completos), sexo, estado civil, nível sócio econômico (Anexo 2) e do SRQ (Anexo 3), os sujeitos liam o enunciado que orientava a evocação da situação mais difícil, dolorosa e/ou triste que já

experimentaram (versão de um instrumento utilizado por Knapp e colaboradores (1992) modificado e adaptado para língua portuguesa (Anexo 4). A seguir respondiam a um questionário que explorava aspectos variados do comportamento, sentimentos e ações (como enfrentar/lidar/superar - *coping*) relacionados à situação recém lembrada – Questionário de Estratégias de Enfrentamento (QEE) (Anexo 6). Este questionário continha questões do tipo sim/não, que poderiam ser atribuídas a comportamentos, formas de enfrentar (*coping*) ou a papéis esperados (*sex roles*) ligados ao gênero. Este questionário foi baseado, em parte, no Inventário de Beck para Depressão (Beck, 1996) abordando aspectos mais cognitivos, e no Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Folkman e Lazarus, 1985; Savóia et al., 1996) para os itens mais comportamentais de enfrentamento.

Um outro grupo de questões avaliou a opinião dos participantes sobre alguns aspectos comportamentais que fazem parte de crenças que em geral um sexo tem sobre o outro (Anexo 7).

Análise estatística

A comparação da idade entre os sexos foi feita através do teste t de Student e a comparação do estado civil e classe social por teste de associação do tipo qui-quadrado. O grau de associação de itens do questionário com o desfecho gênero foi avaliado através de um modelo de regressão logística, na busca de um padrão significativamente diferente entre os sexos.

Resultados

Dos 321 sujeitos entrevistados, 13 homens e 34 mulheres foram excluídos pelo SRQ (apresentavam suspeita de transtorno mental atual). Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1. Os homens eram significativamente mais velhos do que as mulheres.

Desta forma, a idade foi analisada num modelo logístico junto com outras variáveis demográficas e escores dos instrumentos e não permaneceu na equação final.

A frequência de respostas afirmativas em cada item do questionário está apresentada na Tabela 2. Do total de 37 questões deste questionário, 17 questões (1, 2, 5, 6, 18, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37) mostraram associação significativa com gênero (teste Qui-quadrado). Entre elas, aumentar apetite por doces, chorar mais e fazer compras quando estavam mais tristes mostrou predomínio feminino. Enquanto praticar esportes nos momentos de maior tristeza mostrou predomínio masculino.

A regressão logística, realizada com as 17 questões que foram significativas nas análises univariadas, em um modelo BACKWARDS manteve as questões 1, 20, 26, 28, 33, 36, 37 e 43 na equação final (Tabela 3), que explicaram 75,56% do desfecho. Fazer compras nos momentos de maior tristeza (RC=0,40), aumentar apetite por doces (RC=0,49), chorar mais do que antes (RC=0,50), procurar alguém para conversar sobre o que estava sentindo nos momentos de maior tristeza (RC=0,65), e não sentir-se satisfeito como antes (RC=0,66) foram fatores de proteção para não ser do sexo masculino (aumentando a chance de ser do sexo feminino). Enquanto praticar esportes nos momentos de maior tristeza (RC=1,52) e interessar-se menos do que antes pelas outras pessoas (RC=1,59) foram fatores de risco para sexo masculino (diminuindo a probabilidade de ser mulher).

A Tabela 4 apresenta o número de homens e mulheres que responderam afirmativamente às questões sobre alguns aspectos comportamentais que em geral representam crenças que um sexo tem sobre o outro. O número de mulheres que respondeu afirmativamente às questões: “as mulheres conseguem expressar seus sentimentos com palavras” e “os homens conseguem expressar seus sentimentos com ação” foi significativamente maior do que o número de homens. Os demais itens não mostraram distribuição diferente entre homens e mulheres.

DISCUSSÃO

Ao investigar a recordação da reação (“*perceived stressfulness*”) ao evento mais triste (aterrorizante) que homens e mulheres jovens e sem transtorno psiquiátrico já viveram, encontramos alguns achados interessantes. Os itens que mostraram associação significativa com gênero, pelo modelo logístico, foram: fazer compras nos momentos de maior tristeza; aumentar o apetite por doces; chorar mais do que antes; procurar alguém para conversar sobre o que estava sentindo nos momentos de maior tristeza; não sentir-se satisfeito(a) como antes; praticar esportes nos momentos de maior tristeza; e interessar-se menos do que antes pelas outras pessoas. As cinco primeiras apresentaram comportamento de proteção em relação ao sexo masculino (aumentando a chance para sexo feminino) enquanto as duas últimas foram ‘risco’ para sexo masculino (e conseqüentemente diminuindo a probabilidade para sexo feminino). Estes achados confirmam alguns comportamentos atribuídos às mulheres (chorar, fazer compras, aumentar apetite por doces) e outros aos homens (praticar esportes e diminuir interesse pelas pessoas) independente de depressão e que poderiam ser exacerbados por qualquer situação estressante.

Nolen-Hoeksema e Morrow (1993) sugerem que mulheres aprendem menos estratégias psicológicas e comportamentais de enfrentamento do que homens. Ao enfrentar uma situação estressora, por exemplo, elas ruminam freqüentemente sobre a situação em si e sobre os sentimentos de tristeza decorrentes. Este estilo ruminativo de enfrentamento de situações pode amplificar o estresse e interferir com o uso de outras estratégias. O presente estudo mostrou que ao recordar o evento mais triste ou doloroso (maximally disturbing) que já vivenciaram e as reações desencadeadas pelo mesmo, uma proporção significativa das mulheres referiu ficar a maior parte do tempo pensando no que estavam sentindo e que, nos momentos de maior tristeza, procuravam alguém para conversar sobre o que estavam sentindo. Estas reações

parecem estar de acordo com este padrão ruminativo de enfrentamento de situações. Lehmicke e Hicks (1995) estudaram a relação entre estilo ruminativo ou orientado para distração, escores depressivos e gênero em 91 estudantes. Os homens não mostraram diferença no uso de uma ou outra estratégia de enfrentamento e isto não influenciou a gravidade de sintomas depressivos. Já mulheres com maiores índices de repostas ruminativas tiveram maiores escores depressivos.

A resposta dada pelos homens que "nos momentos de maior tristeza iam praticar esportes" segue esta proposta do estilo masculino orientado para a distração ao lidar com situações adversas. Gilligan (1982) propõe que os homens interagem socialmente com assuntos externos: esportes, negócios, política, e lazer; sendo que sentimentos não seriam matéria de discussão. Ao mesmo tempo, fazer compras nos momentos de maior tristeza é um achado diferente do observado por aqueles autores e da sugestão de que mulheres não procuram atividades que as distraiam como os homens costumam fazer. Justamente este estilo cognitivo dos homens, ao tentar distrair-se de um evento estressor, é o que os protegeria de depressão. Outros aspectos socio-culturais podem estar envolvidos nestes achados.

A idéia de que mulheres choram mais do que os homens já foi discutida por diversos autores (Hammen & Padescki, 1977; Lombardo et al., 1983; Paykel, 1991; William & Morris, 1996; Salokangas, 2002). Havendo um consenso de que mulheres choram mais facilmente, mais freqüentemente e mais intensamente que os homens. Desta forma, é interessante questionar o quanto o choro, sendo um comportamento tipicamente feminino, possa estar realmente associado à expressão de sofrimento e tristeza para chegar a influenciar a definição de alteração de humor e a detecção e/ou diagnóstico de depressão.

Um estudo de coorte com 10 anos de seguimento, de 170 professores de ambos os sexos, observou diferentes padrões de enfrentamento (*coping*) durante episódios depressivos apresentados pelos participantes (Wilhelm & Parker, 1993). Os homens apresentaram mais comportamento imprudente, enquanto as mulheres passaram a gastar mais dinheiro com si

mesmas, comer mais e chorar mais. Os autores comentam a possibilidade dos comportamentos "masculinos" não serem considerados nos critérios de depressão. Sugerem que homens podem expressar raiva ou ter outros tipos de atuações que não são considerados como legítimos de depressão devido a uma tendência a usar experiências femininas quando o conceito de depressão está sendo discutido. Sugerem também que um maior grau de neuroticismo e de dependência nas mulheres seriam fatores de vulnerabilidade à depressão. Ainda concluem que algumas das estratégias de lidar com situações usadas por mulheres como chorar mais e comer mais podem aumentar falsamente as taxas de depressão se são usadas como variáveis que contam para o diagnóstico.

Outro estudo (Christensen & Pettijohn, 2001) já demonstrou uma correlação significativa entre desejo aumentado por carboidratos (especialmente doces) e humor em homens e mulheres. Nosso estudo mostrou uma associação significativa de aumento de apetite por doces ao enfrentar uma situação estressora para o gênero feminino.

A associação significativa de uma resposta afirmativa para o item "interessar-se menos pelas outras pessoas" ao lidar com uma situação depressogênica com o gênero masculino levanta a questão da diferente valorização das relações inter-pessoais conforme o gênero. Alguns autores (Cyranowski et al,2000) referem que durante a adolescência há um aumento das pressões sociais para que meninas e meninos enquadrem-se nos estereótipos de feminilidade e masculinidade, onde as mulheres necessitam mais dos relacionamentos para seu bem-estar. Quando uma mulher descreve-se, sua identidade é descrita no contexto de um relacionamento interpessoal e julgada por um padrão de responsabilidade e cuidado com os outros, homens não têm este tipo de auto-descrição. Estas características psicológicas diferentes implicariam risco aumentado para depressão nas mulheres (Gilligan, 1982).

Em nossa amostra mais mulheres afirmaram que "homens conseguem expressar seus sentimentos com ação" e que "mulheres conseguem expressar seus sentimentos com palavras". De acordo com os outros achados deste estudo (homens praticam esportes nos

momentos de maior tristeza e interessam-se menos pelas outras pessoas), não parece tão absurdo que as mulheres tenham esta crença geral de que os homens expressam seus sentimentos com ação. Por outro lado, mais mulheres referiram fazer compras nos seus momentos de maior tristeza, o que de certa forma é similar àquela atitude masculina. A grande diferença é a quantidade de participantes envolvidos num e noutro comportamento. Enquanto apenas 17 mulheres da amostra afirmaram envolver-se no comportamento de compras (distração), 41 homens relataram praticar esportes. Porém, pode-se também questionar se as mulheres não estão assumindo mais amplamente estereótipos comportamentais masculinos e femininos. Estes achados são interessantes e merecem futuras investigações para esclarecimentos adicionais.

Tabela 1. Dados demográficos da amostra estudada.

Dados demográficos	Sexo masculino (N=143)	Sexo feminino (N=130)	Valor de p
Idade*			
Média ± DP	23,5±5,7	21,7±3,8	<0,001
Classe Social (N,%)**			
A	88 (61,5%)	70 (60,7%)	0,39
B	45 (31,5%)	51 (39,3%)	
C	10 (7%)	09 (6,9%)	
Estado civil (N,%)**			
Solteiro(a)	121 (84,6%)	119 (91,5%)	0,21
Casado(a)	13 (9,1%)	04 (3,1%)	
Com companheiro(a)	07 (4,9%)	05 (3,8%)	
Separado(a)	02 (1,4%)	02 (1,5%)	

* teste t de Student

** Qui-quadrado

Tabela 2. Frequência de respostas afirmativas ("SIM") nos itens do questionário (análise por teste qui-quadrado)

Itens do QEE	H	M	Valor de p
1. Meu apetite por doces aumentou	37	75	0,001
2. Comi mais do que o habitual	33	50	0,008
3. Dormi mais do que o habitual	46	52	NS
4. Tomei vários "porres"	30	25	NS
5. Ficava a maior parte das horas pensando no que estava sentindo	88	97	0,033
6. Tinha necessidade de falar com os outros sobre o que estava sentindo	78	87	NS
7. Procurei ajuda de um terapeuta	13	20	NS
8. Procurei não deixar que os sentimentos interferissem em minha rotina	107	88	NS
9. Ao invés de ficar ocupado(a) com sentimentos, procurei aumentar meu envolvimento com minhas atividades cotidianas	72	64	NS
10. Sentia um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber definir o que era	103	99	NS
11. Tentava entender o mal-estar que sentia	106	86	NS
12. Achei que estava deprimido(a)	84	88	NS
13. Achei que tinha depressão	46	42	NS
14. Procurei vários médicos	04	04	NS
15. Pensei algo do tipo: "o que não tem solução, solucionado está"	41	28	NS
16. Minha vida não mudou em nada	44	27	NS
17. Senti-me triste.	137	125	NS
18. Senti-me desencorajado(a) em relação ao futuro.	38	57	0,004
19. Senti que tinha falhado.	59	60	NS
20. Não consegui mais sentir-me satisfeito(a) como antes.	79	97	0,001
21. Senti-me culpado(a).	68	66	NS
22. Senti que poderia ser punido(a).	40	41	NS
23. Senti-me desapontado(a) comigo mesmo(a).	80	84	NS
24. Critiquei-me por minhas fraquezas e erros.	75	79	0,04
25. Às vezes, pensei em me matar.	24	25	NS
26. Chorei mais do que antes.	71	106	0,001
27. Fiquei chateado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que antes.	93	108	0,001
28. Interessei-me menos do que antes pelas outras pessoas.	67	73	0,047
29. Adiei minhas decisões mais do que antes.	65	74	0,011
30. Preocupei-me por estar parecendo velho(a) e sem atrativos.	44	74	0,001
31. Precisei de mais força para começar qualquer coisa ou trabalhar.	44	63	0,001
32. Nos momentos de maior tristeza, preferia ficar sozinho(a).	78	56	NS
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que estava sentindo	40	59	0,004
34. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre qualquer outra coisa	25	29	NS
35. Nos momentos de maior tristeza, tentava me ocupar	60	56	NS
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes	41	19	0,008
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras	05	17	0,007

Tabela 3. Resultados da Regressão Logística com os itens do questionário para o desfecho gênero (masculino ou feminino)

Itens do QEE	B	Valor de p	RC (IC 95%)
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras	-0,92	0,005	0,40 (0,21-0,75)
1. Meu apetite por doces aumentou	-0,71	<0,001	0,49 (0,36-0,87)
26. Chorei mais do que antes	-0,68	<0,001	0,50 (0,36-0,70)
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que estava sentindo	-0,42	0,006	0,65 (0,49-0,88)
20. Não me sentia satisfeito(a) como antes	-0,41	0,021	0,66 (0,47-0,94)
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes	0,42	0,023	1,52 (1,05-2,20)
28. Interessei-me menos do que antes pelas outras pessoas	0,47	0,011	1,59 (1,12-2,25)

RC= razão de chance IC95%=Intervalo de Confiança de 95% (são expressos os valores inferiores e superiores do intervalo)

	Original	Convertido
Codificação do programa SPSS para os itens 1,20,26,28,33,36,37	Não 0.00	1.000
	Sim 1.00	-1.000
Codificação do programa SPSS para a variável dependente Sexo	Homem 1	0
	Mulher 2	1

Tabela 4. Frequência de respostas afirmativas ("SIM") nas questões sobre aspectos que, em geral, são crenças que um sexo tem sobre o outro

Questões	H	M	Valor de p
1. Em geral, você acha que homens demonstram menos seus sentimentos	109	94	NS
2. Em geral, você acha que as mulheres demonstram seus sentimentos com mais facilidade	113	105	NS
3. As mulheres conseguem expressar seus sentimentos com palavras	103	111	0,017
4. As mulheres conseguem expressar seus sentimentos com ação	107	107	NS
5. Os homens conseguem expressar seus sentimentos com palavras	63	57	NS
6. Os homens conseguem expressar seus sentimentos com ação	101	111	0,005

Análise por teste qui-quadrado

ARTIGO 3

Padrão de sintomas responsável pela detecção de depressão por uma escala de sintomas depressivos como reação à recordação de evento de vida negativo em estudantes universitários: efeito do gênero

Analuiza Camozzato de Pádua, MD, MSc

Márcia L. F. Chaves, MD, PhD

Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRASIL

Endereço para correspondência

Márcia L. F. Chaves

Serviço de Neurologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040

90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL

FAX (051) 33114684

mchaves@plugin.com.br

RESUMO

Objetivos: Este estudo avaliou os padrões de sintomas depressivos em cada gênero após a recordação do evento mais estressante que experimentaram e de suas reações. **Métodos:** Um amostra de adultos jovens sem doença psiquiátrica corrente respondeu a Escala de Carroll para Depressão e a um questionário de estratégias de enfrentamento de acordo com a lembrança das reações que tiveram ao experimentar um evento estressante. De acordo com os escores obtidos na Escala Carroll os sujeitos foram classificados como positivos ou negativos para depressão. Um modelo de regressão logística foi utilizado para identificar os itens da própria escala e do QEE que contribuíram significativamente para a identificação de positivos e negativos no grupo de homens e no de mulheres. **Resultados:** Noventa e quatro homens entre os 135 entrevistados e 105 de 122 mulheres foram “positivos” para escores depressivos em reação à situação depressogênica. Fadiga, insônia, inquietude, nervosismo, dificuldades de concentração, perda de peso, alteração de apetite, preocupações somáticas, idéias de arrependimento, relato de sentir-se infeliz e com vontade de chorar contribuíram para 95.9% do desfecho Carroll positivo/negativo nos homens. Entre as mulheres, apenas "não ter prazer e satisfação com o que fazia" manteve-se na equação final. **Conclusões:** Mesmo usando o paradigma da recordação do evento de vida depressogênico em adultos jovens saudáveis, mais mulheres do que homens apresentaram escores compatíveis com uma síndrome depressiva. Nos homens houve um perfil de sintomas que pode identificá-los como, segundo sua lembrança, tendo apresentado um quadro depressivo na época do evento.

Palavras-chave: sintomas depressivos, gênero, eventos estressante.

INTRODUÇÃO

O interesse por diferenças nas manifestações clínicas de depressão entre homens e mulheres tem crescido à medida que maior prevalência de síndromes depressivas tem sido observada entre as mulheres há várias décadas, em diferentes cenários e diferentes modelos de estudo ((Weissman and Klerman, 1977; Nolen-Hocksema, 1987; Weissman et al., 1991; Ernst Angst, 1992; Mirovski and Ross, 1992; Baron and Campbell, 1993; Kessler et al., 1994; Turner et al., 1995; Olson and von Knorring, 1997; Hankin and Abramson, 2001). Apesar de todo este interesse e quantidade de investigações realizadas com o objetivo de compreender a natureza desta diferença, as várias explicações para este achado ainda não estão bem estabelecidas (Piccineli and Wilson, 2000). Diversos estudos com indivíduos deprimidos demonstraram que aumento de apetite, ganho de peso e alterações de sono ocorrem em maior magnitude entre as mulheres (Kessler et al., 1994; Angst and Dobler-Mikola, 1984; Funakibi et al., 1980; Wilhelm and Parker, 1993; Nolan and Willson, 1994; Carter et al., 2000). Diferenças de aspectos cognitivos da manifestação depressiva também têm sido relatadas entre os gêneros, como sentimentos de culpa e desesperança (Angst and Dobler-Mikola, 1984; Wilhelm and Parker, 1993), dificuldade de tomar decisões (Hammen and Padesky, 1977; Nolan and Willson, 1994) e preocupações com a saúde (Nolan and Willson, 1994) foram descritas como mais freqüentes nas mulheres deprimidas. Um estudo ainda da década de 70, Hammen and Padesky (1977) observaram que os homens deprimidos referiram mais dificuldade para chorar, mais sensação de fracasso e de isolamento social se comparados a mulheres. Num estudo mais recente (Carter et al., 2000), os autores sugerem que as mulheres expressam sua depressão de maneira mais emocional do que os homens. Numa coorte de 15 anos, os homens apresentaram maiores taxas de comportamento imprudente quando deprimidos, enquanto as mulheres mostraram um comportamento de gastar mais dinheiro com si mesmas, comer mais e chorar mais (Wilhelm et al., 1993). Outro estudo mostrou maior prevalência do agrupamento de

sintomas somáticos ansiosos (alterações de sono e apetite, fadiga e ansiedade) nas mulheres com diagnóstico de depressão (Silverstein,1999).

Dentro deste modelo e dando seguimento às análises da influência do gênero nas manifestações depressivas avaliamos padrões de sintomas depressivos em cada sexo numa amostra bastante homogênea, do ponto de vista sociocultural, de adultos jovens sem doença psiquiátrica após a recordação do evento mais triste (estressante) que vivenciaram e de suas reações naquele momento. Este é um paradigma que não encontramos na literatura até o presente momento. Assim, o nosso objetivo foi estudar padrões de respostas depressivas (itens da escala para depressão e questionário de estratégias de enfrentamento) apresentadas por homens e mulheres sem doença psiquiátrica corrente mas que obtiveram um escore depressivo na versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (Escala de Carroll) respondida em relação à lembrança do evento maximamente atormentador já experimentado.

SUJEITOS E MÉTODOS

Um estudo transversal foi desenvolvido de acordo com os objetivos acima apresentados. Este delineamento utilizou um agrupamento do fator em estudo (escores acima e abaixo do ponto de corte da escala de depressão respondida em função da recordação do evento de vida mais 'depressogênico'), sendo os desfechos as manifestações comportamentais, cognitivas e de enfrentamento medidos pelos itens da escala de depressão e pelo questionário de estratégias de enfrentamento.

Foram avaliados 321 estudantes universitários de ambos os sexos dos *campi* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na cidade de Porto Alegre (RS) que consentiram em participar do estudo, sendo 156 do sexo masculino e 164 do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 30 anos.

Todos os instrumentos utilizados no estudo foram do tipo auto-respondido. Um instrumento rastreador de transtornos mentais - Self-Reported Questionnaire (SRQ) (Harding et al., 1983; Mari and Williams, 1986) foi utilizado para excluir participantes que obtivessem escores iguais ou superiores a oito (suspeita de transtorno psiquiátrico corrente) (Anexo 3). Os critérios de inclusão (universitários, freqüentando atividades regularmente) já asseguravam a não seleção de sujeitos com deficiências cognitivas e/ou doenças clínicas graves.

Utilizou-se um questionário de dados demográficos sendo que a classe social foi determinada pela escala sócio-econômica da Associação Nacional de Agências de Pesquisa (www.anep.org.br) (Anexo 2).

Uma versão adaptada para língua portuguesa de um instrumento utilizado por Knapp e colaboradores (1992) (Anexo 4) foi aplicada para orientar a recordação da situação mais difícil, dolorosa e/ou triste (maximamente atormentadora) que cada participante já tivesse experimentado. A versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (escala de Carroll) (Carroll et al, 1981) (Anexo 5) modificada para a concordância verbal apropriada foi aplicada imediatamente após. A instrução para o preenchimento da escala enfatizou a relação com a reação à situação recordada.

Questões sobre aspectos variados do comportamento, sentimentos e ações relacionados à situação recém lembrada também foram aplicadas (Questionário de Estratégias de Enfrentamento - QEE) (Anexo 6). Este questionário foi composto de itens (tipo sim/não) que podem ser atribuídas a comportamentos, atitudes ou papéis (*sex roles*) ligados ao gênero. As questões foram baseadas em parte no Inventário de Estratégias de *Coping* (Folkman and Lazarus, 1985; Savóia et al., 1996) e no Inventário de Beck para Depressão (Beck, 1961).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da UFRGS. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento pós- informação para participarem do estudo (Anexo1).

Análise estatística

Utilizou-se o ponto de corte 10 para a escala de Carroll como limite entre ausência (Carroll negativo) e presença (Carroll positivo) de sintomas depressivos significativos (Carroll et al,1981). Um modelo de regressão logística foi utilizado para identificar os itens da própria escala que contribuíram significativamente para a identificação de positivos e negativos no grupo de homens e no de mulheres separadamente. A associação dos itens do Questionário de Estratégias de Enfrentamento com a classificação positivo/negativo na escala foi analisada por teste qui-quadrado e aqueles que mostraram associação significativa foram também levados a um modelo de regressão logística. O estudo dos itens individuais da escala Carroll e do QEE num modelo logístico mostra aqueles que apresentaram maior força para a determinação de sintomas depressivos. Desta forma, isto foi desenvolvido em cada sexo separadamente para a verificação de similaridade de peso destes itens.

RESULTADOS

Dos 321 universitários entrevistados, 13 homens e 34 mulheres foram excluídos por suspeita de transtorno mental pelo SRQ, ficando a amostra constituída de 273 participantes (143 homens e 130 mulheres). Destes 273 sujeitos, 16 apresentaram itens incompletos da escala Carroll impedindo o cálculo do escore total e conseqüentemente a identificação pelo ponto de corte. Desta forma, as análises foram realizadas com 135 homens e 122 mulheres. A comparação dos dados demográficos entre homens e mulheres mostrou que os primeiros eram significativamente mais velhos (média±DP=23,5±5,7) do que as últimas (média±DP=21,7±3,8) pelo teste 't' de Student ($p<0,001$). Classe social ($p=0,39$) e estado civil ($p=0,21$) não mostraram diferenças significativas entre gêneros. Em torno de 90% de homens e mulheres pertenciam às classes sociais A e B, e eram solteiros.

A aplicação do ponto de corte 10 da escala Carroll identificou 94 homens entre os 135 entrevistados como “positivos” para sintomas depressivos em reação à situação depressogênica. O mesmo método identificou 105 mulheres, do total de 122, como positivas para sintomas depressivos. Esta distribuição mostrou associação significativa por análise do tipo qui-quadrado ($p=0,003$), isto é, mais mulheres foram classificadas como positivas para sintomas depressivos à recordação da situação estressora.

A análise de regressão logística (Tabela 1) demonstrou associação significativa dos itens 2, 5, 8, 10, 15, 16, 22, 24, 27, 31, 36, 37 e 51 da escala Carroll entre os homens, explicando 97.35% do desfecho (Carroll positivo/negativo). O relato de ficar exausto a maior parte do tempo, sono conturbado e agitado, andar inquieto e nervoso, levar muito mais tempo para dormir à noite, mudança do interesse sexual, ficar “marcando bobeira” a maior parte do tempo, dificuldade para concentrar-se na leitura de jornais, sentir-se freqüentemente infeliz e com vontade de chorar, perda de peso, incomodar-se por sentir-se arrependido de ter feito algumas coisas, preocupação com a forma como o corpo funcionava, sentir-se irritável e tenso, e não apreciar as refeições como antes mostrou associação com escores acima de dez na escala Carroll respondida de acordo com a lembrança do evento maximamente atormentador já experimentado.

Entre as mulheres, a questão 25 (não ter prazer e satisfação com o que fazia) foi a única mantida na equação final, explicando 95.9% do desfecho.

A análise de associação univariada (qui-quadrado) dos itens do Questionário de Estratégias de Enfrentamento (QEE) com Carroll positivo/negativo demonstrou associação significativa da maioria das questões entre os homens e entre as mulheres (Tabela 2). As questões que apresentaram associação significativa (20 para os homens e 17 para as mulheres) na análise univariada foram levadas a um modelo de regressão logística.

Entre os homens, os itens 18, 20, 30, 32 foram mantidos na equação final (Tabela 3). Preocupar-se por parecer mais velho e sem atrativos ($RC=3,34$), sentir-se desencorajado em

relação ao futuro (RC=3,04), não sentir-se satisfeito como antes (RC=2,37), e preferir ficar só nos momentos de maior tristeza (RC=1,78) mostrou uma probabilidade de 79,85% de ser classificado como Carroll positivo.

Entre as mulheres, as questões 12 e 29 foram mantidas na equação final (Tabela 3). Considerar-se deprimida (RC=3,48) e achar que adiou decisões mais do que antes (RC=3,25) mostrou uma probabilidade de 90% de ter sido classificada como Carroll positiva.

DISCUSSÃO

Nesta investigação, o objetivo foi avaliar padrões de respostas depressivas (itens da escala para depressão e questionário de estratégias de enfrentamento) apresentadas por homens e mulheres sem doença psiquiátrica corrente mas que obtiveram um escore elevado (acima do ponto de corte) na versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (Escala de Carroll) respondida em relação à lembrança do evento maximamente atormentador já experimentado.

Mesmo usando o paradigma da recordação do evento de vida depressogênico em adultos jovens saudáveis sem transtorno psiquiátrico, mais mulheres apresentaram escores acima do ponto de corte da escala. Isto significa que, segundo suas lembranças, a reação que apresentaram pode ter sido um episódio depressivo. O quanto o impacto de um evento negativo pode ter sido realmente mais grave para as mulheres, ou o quanto as mulheres lembram melhor e mais detalhadamente suas reações nestes momentos, ou ainda que as mulheres possam ter sido expostas a eventos mais graves, não é possível especular a partir dos dados do presente estudo. No entanto, alguns autores argumentam a favor de um possível artefato de recordação, ao verificarem que mulheres lembram mais seus episódios depressivos prévios do que homens, podendo ser responsável pelas taxas mais altas de depressão entre as mulheres (Ernst and Angst, 1992; Wilhelm et al., 1994).

Para os homens, 13 das 52 questões da escala foram mantidas na equação final para explicar o desfecho sintomas depressivos significativos pela escala Carroll. O perfil que identificou um homem que segundo sua lembrança teria apresentado um quadro depressivo na época do evento depressogênico foi cansaço/fadiga (ficar exausto a maior parte do tempo), alteração de sono (sono conturbado e agitado, e demorar para dormir à noite), agitação/ansiedade (andar inquieto e nervoso, e sentir-se irritável e tenso, ficar “marcando bobeira” a maior parte do tempo), alteração da libido (mudança do interesse sexual), alteração de humor (sentir-se freqüentemente infeliz e com vontade de chorar), dificuldades cognitivas (dificuldade para concentrar-se na leitura de jornais), alteração de peso/apetite (perda de peso, não apreciar as refeições como antes), culpa (incomodar-se por sentir-se arrependido de ter feito algumas coisas) e hipocondria (preocupação com a forma como o corpo funcionava).

Já para as mulheres, apenas 1 questão caracterizou este perfil pois perda de interesse (não ter prazer e satisfação com o que fazia) foi o único sintoma que aquelas que teriam tido sintomas depressivos significativos teriam apresentado, segundo suas lembranças, e as sem depressão não teriam. Todos os outros sintomas não poderiam diferenciar estes dois grupos. Isto quer dizer que além do número de mulheres que não teriam tido escores depressivos ter sido muito pequeno (N=17), os dois grupos apresentaram ou não os demais sintomas de forma mais indiscriminada.

Quanto aos itens do Questionário de Estratégias de Enfrentamento, houve uma contribuição menor de aspectos para o perfil masculino do que os da própria escala Carroll. No entanto, sintomas de desvalia (preocupar-se por parecer mais velho e sem atrativos), de desesperança (sentir-se desencorajado em relação ao futuro), de isolamento (preferir ficar só nos momentos de maior tristeza), e de perda de prazer (não sentir-se satisfeito como antes) caracterizaram este perfil. Estes sintomas são todos parte dos critérios de depressão, evidenciando uma síndrome composta de diversos aspectos depressivos. As mulheres foram caracterizadas pelos aspectos julgar-se deprimida e adiar as decisões mais do que antes,

evidenciando um padrão mais restrito mas extremamente ligado à auto-definição de depressão. Considerar-se deprimida aumentou em 3,5 vezes a probabilidade de ser classificada como tendo depressão. As expectativas de papéis ligadas ao gênero parecem estar associadas a este tipo de resultado. Nolen-Hoeksema & Girgus (1994) sugerem que na adolescência precoce as pressões de socialização fazem com que meninas e meninos adotem características de personalidade diferenciadas conforme o gênero. As características de personalidade ligadas aos papéis do sexo feminino seriam mais depressogênicas. De acordo com esta teoria de intensificação do gênero, meninas ficam mais à vontade para expressar suas emoções do que meninos e, portanto, admitiriam mais seus sintomas de depressão. Moller-Leimkuhler (2002) refere que o papel atribuído ao gênero masculino nas sociedades ocidentais implica em não perceber ou admitir ansiedade, tristeza, desesperança, não chorar, ser estóico e ignorar sintomas. Normas sociais da masculinidade tradicional podem tornar mais difícil a procura de ajuda devido a inibição da expressividade emocional influenciando a percepção do sintoma de depressão. Esta autora conclui que síndrome depressiva é sub-diagnosticada nos homens.

Algumas questões metodológicas e conceituais deveriam preceder a discussão sobre as diferentes taxas de depressão entre os gêneros. O termo depressão tem sido usado para designar vários aspectos, desde a presença de humor deprimido até o diagnóstico de depressão e as formas de avaliar estes aspectos são diferentes, mas tanto as definições como as medidas se sobrepõe substancialmente. As taxas para homens e mulheres variam de acordo com o tipo de definição de depressão utilizada, bem como da forma de aferição (Hankin and Abramson, 1999). Uma possibilidade é que a diferença de taxas não seja real, e que homens e mulheres simplesmente diferem na forma como relatam sua depressão. Mulheres relatariam e discutiriam mais comumente seus sintomas depressivos e suas experiências negativas. Entretanto esta hipótese de um viés no relato de sintomas é geralmente descartada (Weissman & Klermann, 1977; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Mirovsky & Ross, 1995; Kuehner, 2003).

Em nossa amostra a grande maioria das mulheres foram classificadas como tendo escores depressivos de acordo com suas lembranças e permanece em aberto a discussão se este achado foi devido a um viés de relato ou se reflete reais diferenças de manifestações depressivas recordadas. Também permanece a questão do quanto a auto-definição como deprimidas encontrada nas mulheres desta amostra pode estar associada aos papéis sociais esperados para o gênero e em que medida esta auto-percepção contribua para um aumento de detecção de depressão (real ou não) em mulheres , especialmente através de instrumentos auto-respondidos.

Tabela 1. Resultados da regressão logística dos itens da escala Carroll para o desfecho ‘positivo/negativo’ para sintomas depressivos (aplicação do ponto de corte 10 da escala Carroll)

Itens da Carroll	B	Valor de p	RC (IC de 95%)
Mulheres			
25. Tinha prazer e satisfação com o que estivesse fazendo *	1,31	0,04	3,70 (1,03-13,07)
Homens			
50. Ficava exausto a maior parte do tempo	2,95	0,013	19,12 (1,86-196,84)
27. Meu sono era conturbado e agitado	2,65	0,013	14,16 (1,73-115,58)
10. Andava inquieto e nervoso	2,34	0,002	10,35 (2,27-46,53)
22. Levava muito mais tempo para dormir à noite	2,28	0,006	9,76 (1,92-49,90)
15. Meu interesse sexual não mudou *	2,22	0,008	9,24 (1,77-47,94)
37. Ficava “marcando bobeira” a maior parte do tempo	2,20	0,041	9,06 (1,08-75,19)
08. Pude me concentrar facilmente quando estava lendo jornais *	2,06	0,016	7,87 (1,65-40,45)
16. Freqüentemente me sentia infeliz, com vontade de chorar	2,00	0,006	7,39 (1,82-30,27)
02. Perdi peso	1,97	0,044	7,19 (1,05-48,91)
24. As coisas que me arrependi de ter feito, me incomodavam	1,84	0,022	6,29 (1,31-30,27)
05. Estive especialmente preocupado em como meu corpo estava funcionando	1,80	0,022	6,05 (1,28-28,50)
31. Me sentia irritável e tenso	1,75	0,031	5,76 (1,17-28,22)
36. Ainda apreciava as minhas refeições como antes *	1,41	0,014	4,09 (1,34-12,52)

* itens cujas afirmativas são positivas recebem pontuação invertida direto na escala

B: coeficiente de correlação

RC: Razão de Chance

IC: Intervalo de Confiança

		Original	Convertido
Codificação do SPSS para os itens da Carroll	Não	0	1
	Sim	1	-1
Codificação do SPSS para a variável dependente	Carroll ≥ 10 = Dep 0		0
	Carroll < 10 = Dep 1		1

Tabela 2. Análise de associação do QEE com presença/ausência de sintomas depressivos pela escala Carroll

Itens do Questionário		Homens		Valor p	Mulheres		Valor p
		+	-		+	-	
1. Meu apetite por doces aumentou	SIM	24	09	0,82	65	07	0,18
	NÃO	70	32		40	10	
2. Comi mais do que o habitual	SIM	24	05	0,13	42	05	0,55
	NÃO	70	36		62	12	
3. Dormi mais do que o habitual	SIM	38	05	0,002*	47	04	0,17
	NÃO	56	36		58	13	
4. Tomei vários “porres”	SIM	25	05	0,10	21	02	0,64
	NÃO	69	36		84	15	
5. Ficava a maior parte das horas pensando no que estava sentindo	SIM	68	18	0,003*	86	07	0,001*
	NÃO	26	23		19	10	
6. Necessitava falar com os outros sobre o que estava sentindo	SIM	56	17	0,08	71	12	1,00
	NÃO	38	24		34	05	
7. Procurei ajuda de um terapeuta	SIM	09	04	1,0	16	03	1,00
	NÃO	85	37		89	14	
8. Não deixei que os sentimentos interferissem em minha rotina	SIM	65	36	0,04*	69	14	0,28
	NÃO	29	05		36	03	
9. Envolvi-me com minhas atividades cotidianas, em vez de ocupar-me com sentimentos	SIM	41	25	0,09	47	11	0,21
	NÃO	53	16		58	06	
10. Sentia um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber o que era	SIM	75	22	0,004*	86	08	0,004*
	NÃO	19	19		19	09	
11. Tentava entender o mal-estar que sentia	SIM	71	30	0,94	75	07	0,029*
	NÃO	23	11		30	10	
12. Achei que estava deprimido(a)	SIM	69	11	0,000*	81	03	0,000*
	NÃO	11	30		24	14	
13. Achei que tinha depressão	SIM	41	04	0,000*	39	00	0,006*
	NÃO	53	37		66	17	
14. Procurei vários médicos	SIM	03	01	1,00	02	00	1,0
	NÃO	91	40		103	17	
15. Pensei algo do tipo: “o que não tem solução, solucionado está”	SIM	26	12	1,00	22	04	1,0
	NÃO	68	29		83	13	
16. Minha vida não mudou em nada	SIM	28	13	0,98	18	07	0,05
	NÃO	66	28		86	10	
17. Senti-me triste	SIM	91	38	0,54	102	15	0,29
	NÃO	03	03		03	02	
18. Senti-me desencorajado(a) em relação ao futuro	SIM	35	02	0,001*	51	03	0,034*
	NÃO	58	39		54	14	
19. Senti que tinha falhado	SIM	49	08	0,001*	52	03	0,029*
	NÃO	45	33		53	14	
20. Não consegui mais sentir-me satisfeito(a) como antes	SIM	67	07	0,001*	85	06	0,001*
	NÃO	26	34		18	11	
21. Senti-me culpado(a)	SIM	49	14	0,082	56	05	0,12
	NÃO	45	27		49	12	
22. Senti que poderia ser punido(a)	SIM	31	04	0,008*	36	01	0,036*
	NÃO	62	37		68	16	
23. Senti-me desapontado(a) comigo mesmo(a)	SIM	61	14	0,001*	73	06	0,014*
	NÃO	32	27		32	11	
24. Critiquei-me por minhas fraquezas e erros	SIM	60	11	0,001*	68	06	0,041*
	NÃO	33	30		37	11	
25. Às vezes, pensei em me matar	SIM	23	01	0,005*	23	00	0,071
	NÃO	71	40		82	17	
26. Chorei mais do que antes	SIM	54	16	0,075	90	10	0,02*
	NÃO	40	25		15	07	
27. Fiquei chateado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que antes	SIM	72	16	0,001*	91	10	0,013*
	NÃO	22	25		17	07	
28. Interessei-me menos do que antes pelas outras pessoas	SIM	56	06	0,000*	65	02	0,001*
	NÃO	35	35		40	15	
29. Adiei minhas decisões mais do que antes	SIM	56	07	0,000*	66	02	0,0002*
	NÃO	38	34		39	15	
30. Preocupe-me por estar parecendo velho(a) e sem atrativos	SIM	39	02	0,001*	57	02	0,003*
	NÃO	55	39		48	15	
31. Precisei de mais força para começar qualquer coisa ou trabalhar	SIM	67	12	0,001*	84	04	0,000*
	NÃO	27	29		21	13	
32. Nos momentos de maior tristeza, preferia ficar sozinho(a)	SIM	61	15	0,004*	47	05	0,36
	NÃO	33	26		58	12	
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que sentia	SIM	28	07	0,18	46	11	0,18
	NÃO	66	34		59	06	
34. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre qualquer outra coisa	SIM	11	12	0,025*	23	05	0,71
	NÃO	83	29		82	12	
35. Nos momentos de maior tristeza, tentava me ocupar	SIM	37	20	0,41	43	09	0,51
	NÃO	57	21		62	08	
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes	SIM	24	13	0,60	12	05	0,11
	NÃO	70	28		93	12	
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras	SIM	05	00	0,32	13	03	0,84
	NÃO	89	41		92	14	

Tabela 3. Resultados da regressão logística dos itens do QEE para escore total da Carroll (\geq ou <10)

Questões mantidas na equação final	B	Valor de p	RC (IC 95%)
Homens			
Preocupe-me por estar parecendo velho e sem atrativos	1,21	0,005	3,34 (1,45- 7,77)
Senti-me desencorajado em relação ao futuro	1,11	0,010	3,04 (1,31- 7,03)
Não consegui mais sentir-me satisfeito como antes	0,86	0,002	2,37 (1,36-4,10)
Nos momentos de maior tristeza, preferia ficar sozinho	0,58	0,028	1,78 (1,07-2,97)
Mulheres			
Achei que estava deprimida	1,25	0,0007	3,48 (1,68-7,24)
Adiei minhas decisões mais do que antes	1,18	0,0053	3,25 (1,43 -7,39)
RC=Razão de chance IC95%=Intervalo de confiança de 95% B=coeficiente de correlação			
		Original	Convertido
Codificação do SPSS para os itens do Questionário de Estratégias de Enfrentamento	Não	0	1
	Sim	1	-1
Codificação do SPSS para a variável dependente	Carroll ≥ 10	0	0
	Carroll < 10	1	1

ARTIGO 4

Humor deprimido e perda de interesse ou prazer como reação à recordação de evento de vida maximamente estressante (depressogênico) em voluntários sem transtorno psiquiátrico corrente

Analuiza Camozzato de Pádua, MD, MSc

Márcia L. F. Chaves, MD, PhD

Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - BRASIL

Endereço para correspondência
Márcia L. F. Chaves
Serviço de Neurologia
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 2040
90035-003 - Porto Alegre - BRAZIL
FAX (051) 33114684
mchaves@plugin.com.br

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre alteração de humor e de prazer em resposta à lembrança de um evento maximamente estressante com outros aspectos comportamentais (estilos de enfrentamento) e gênero. Com a hipótese de que entre voluntários sadios ao recordarem as reações que tiveram quando enfrentaram a situação mais estressante de suas vidas, as mulheres relatariam mais tristeza e os homens refeririam mais perda de interesse e/ou prazer. **Métodos:** Uma amostra de 273 estudantes universitários respondeu a um questionário sobre possíveis reações que tiveram ao viver a situação mais estressante de suas vidas. Baseados nos itens deste instrumento sobre alteração de humor e perda de interesse ou prazer (do Inventário de Depressão de Beck) foram criadas duas variáveis para classificar os participantes de acordo com elas. **Resultados:** A distribuição por humor deprimido mostrou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, pois o número de mulheres classificadas como positivas (75%, N=97) para alteração de humor foi maior do que homens (44%, N=63). A distribuição de perda de interesse ou prazer não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os sexos. O número dos demais itens do questionário significativamente associados a variável alteração de humor foi menor entre as mulheres do que entre os homens. **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres relataram mais humor deprimido do que os homens como resposta a um evento negativo, mas não houve diferença entre os gêneros com relação à reação de perda de interesse ou prazer. Discute-se a relação destes resultados com a hipótese de que quando se considera o prejuízo socio-ocupacional a diferença de taxas de depressão entre os gêneros diminui.

Palavras-chave: humor deprimido, perda de interesse, perda de prazer, gênero

INTRODUÇÃO

Uma das várias explicações que têm sido propostas para a maior prevalência de sintomas e quadros depressivos nas mulheres está ligada a determinados papéis que são esperados para cada sexo junto com alguns determinantes socio-culturais. Assim, as mulheres teriam mais permissão para expressar seu sofrimento (Hammenn & Padesky, 1977) seguindo um papel socialmente estimulado, enquanto para os homens esta mesma atitude seria uma demonstração de fraqueza (Gilligan, 1982.; Molller-Leimkuhler, 2002).

A teoria da intensificação do gênero na adolescência e suas implicações para a vida adulta assume que na fase inicial da adolescência meninas e meninos adotam características de personalidade diferenciadas conforme o gênero devido às pressões da socialização (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994), e que as características de personalidade que são ligadas aos papéis femininos seriam mais depressogênicas. A forma como meninos e meninas lidam com seus mundos poderia ocasionar a diferença na prevalência de depressão entre os sexos. De acordo com esta mesma teoria, as meninas ficam mais à vontade para expressar suas emoções do que meninos e, portanto, admitem mais seus sintomas de depressão. Porém, estes autores não consideram que a diferença na frequência de depressão seja relacionada a viés de relato de sintomas.

Diferentes taxas de maturação cognitiva e biológica, como aquisição mais precoce de linguagem nas meninas, podem estar relacionadas a diferentes taxas de desenvolvimento emocional nos gêneros (Brody, 1985). De acordo com uma revisão a partir de estudos sobre estereótipos ligados ao gênero como de medidas de auto-avaliação sobre diferenças no desenvolvimento emocional, as mulheres sentem mais alegria, tristeza, e medo, são mais expressivas emocionalmente, mais sensíveis a sinais não verbais do que homens, além de expressarem menos raiva. Este estudo observa que não há uma explicação definida para a ocorrência de tais diferenças, seja por processos biológicos-evolutivos ou sociais-cognitivos,

mas enfatiza os diferentes processos de socialização como principal causa da diferença do desenvolvimento emocional entre os gêneros.

A possibilidade de que a maior prevalência de depressão e sintomas depressivos nas mulheres seja um artefato por que as mulheres reconhecem, relatam, e procuram mais ajuda para seus sofrimentos e sintomas do que homens é considerada por diversos autores, mas geralmente descartada (Weissman & Klermann, 1977; Mirowski & Ross, 1995; Kuehner, 2003).

Uma outra faceta deste problema é que instrumentos de avaliação de depressão (escalas diagnósticas e de avaliação de gravidade) utilizam questões que são mais relacionadas às mulheres em geral causando um viés de aferição (Salokangas, 2002). Os sistemas classificatórios atuais mais amplamente utilizados (CID10 e DSM-IV) privilegiam o sintoma de humor deprimido como condição "sine qua non" para depressão. Quando as mulheres relatam sentir tristeza, esta é "a porta de entrada para o diagnóstico", enquanto os homens ao não relatarem sentimento de tristeza, apesar de apresentarem outros sintomas menos valorizados para este diagnóstico, acabariam não tendo a mesma chance de chegarem ao mesmo diagnóstico.

Como seguimento a um conjunto de investigações sobre esta questão, conduzimos um estudo exploratório numa amostra de indivíduos normais sem transtorno psiquiátrico avaliando a reação recordada a um evento de vida estressante (de características "depressogênicas") que envolve atitudes (comportamentos), expressão verbal (comunicação), sentimentos, e julgamento. A recordação de um evento de vida maximamente atormentador e principalmente as reações apresentadas (impacto negativo) podem ser usadas como um paradigma para investigar diferenças entre homens e mulheres.

Como hipótese assumimos que, ao recordarem o evento mais triste já vivenciado e as reações apresentadas, as mulheres relatariam mais tristeza e os homens refeririam mais perda de interesse e/ou prazer pelas atividades e pessoas ao seu redor. Analisamos ainda a relação

entre alteração de humor e de prazer em resposta à lembrança de um evento maximamente estressante com outros aspectos comportamentais (estilos de enfrentamento) e gênero.

SUJEITOS E MÉTODOS

Delineamento

Um estudo transversal com 2 fatores em estudo (gênero e núcleo central da depressão –humor deprimido e perda de interesse ou prazer) e desfecho manifestação comportamental e cognitiva desencadeada pela recordação da situação mais atormentadora (triste, dolorosa, estressante) que o indivíduo já tenha experimentado em sua vida, foi realizado para testar a hipótese gerada pelos autores.

Sujeitos

Foram avaliados 321 estudantes universitários de ambos os sexos dos *campi* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) da cidade de Porto Alegre/RS que consentiram em participar do estudo, sendo 156 do sexo masculino e 164 do sexo feminino, com idade entre 18 e 30 anos. Foram excluídos participantes com escores iguais ou superiores a oito pelo SRQ (Self Reported Questionnaire) (Harding et al., 1983; Mari e Williams, 1986), instrumento rastreador de suspeita de transtorno mental. Os critérios de inclusão (universitários, freqüentando atividades regularmente) já asseguravam a não seleção de sujeitos com deficiências cognitivas e/ou doenças clínicas graves.

Medidas

Todos os dados da pesquisa foram obtidos através de questionários e escalas auto-respondidos. Após o preenchimento dos dados demográficos informando idade, sexo, estado civil, nível sócio econômico e SRQ, os sujeitos foram expostos a uma versão adaptada para

língua portuguesa de um instrumento que é capaz de induzir efetivamente emoções utilizado por Knapp e colaboradores (1992) para orientar a lembrança da experiência emocional maximamente atormentadora (situação mais difícil, dolorosa e/ou triste) que cada participante já tivesse experimentado.

Posteriormente, respondiam a um questionário que explorava aspectos variados do comportamento, sentimentos e ações (como enfrentar/lidar/superar - *coping*) relacionados à situação recém lembrada – Questionário de Estratégias de Enfrentamento (QEE), já utilizado nos artigos 2 e 3 desta tese. Este questionário foi baseado, em parte, no Inventário de Beck para Depressão (Beck Inventory Depression) (Beck, 1996) abordando aspectos mais cognitivos, e no Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Ways of Coping Inventory) (Folkman e Lazarus, 1985; Savóia et al., 1996) para os itens mais comportamentais de enfrentamento. A instrução para o preenchimento dos instrumentos enfatizou a relação com a lembrança da reação à situação recordada.

Definição de Alteração de Humor e Alteração de Interesse ou Prazer

No sistema DSM na sua quarta edição (DSM-IV) (APA,1994) o principal critério para definição de Transtorno Depressivo é o item A (humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer). Utilizando alguns itens do aqui chamado Questionário de Estratégias de Enfrentamento que foram baseados no Inventário de Beck para Depressão, duas novas variáveis foram criadas:

- A) Perda de interesse ou prazer = definida pelo conjunto dos itens 20 (não consegui mais sentir-me satisfeito(a) como antes), 28(interessei-me menos do que antes pelas outras pessoas) e 31 (precisei de mais força para começar qualquer coisa ou trabalhar).
- B) Humor deprimido = definido pelo conjunto dos itens 17 (senti-me triste), 26 (chorei mais do que antes) e 27 (fiquei chateado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que antes).

O critério para classificar sujeitos como tendo apresentado humor deprimido ou de interesse/prazer como reação ao evento de vida maximamente atormentador (depressogênico) foi responder afirmativamente a pelo menos 2 dos 3 itens.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da UFRGS. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento pós-informação para participarem do estudo.

Análise estatística

Utilizou-se testes de associação de qui-quadrado para avaliar a relação das questões do questionário com as duas novas variáveis (perda de interesse ou prazer e humor deprimido) e das variáveis entre si nos homens e nas mulheres.

RESULTADOS

Foram avaliados 273 estudantes universitários após a exclusão de 13 homens e 34 mulheres que positivaram para suspeita de transtorno mental pelo SRQ. A média de idade (\pm DP) foi $23,5\pm 5,7$ nos 143 homens e $21,7\pm 3,8$ nas 130 mulheres. Os grupos não diferiram entre si quanto ao estado civil e o nível sócio-econômico, sendo a maioria dos sujeitos solteiros e das classes sociais A e B.

A distribuição dos participantes de cada sexo de acordo com as variáveis alteração de humor e perda de interesse/ prazer está apresentada na Tabela 1. A distribuição por humor deprimido mostrou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, pois o número de mulheres classificadas como positivas (75%, N=97) para alteração de humor foi maior do que homens (44%, N=63). A distribuição de perda de interesse/prazer não mostrou

diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Entre as mulheres, 57% (N=74) apresentaram perda de interesse ou prazer enquanto entre os homens foram 45,5% (N=65).

A distribuição dos participantes nas variáveis humor deprimido em relação à perda de interesse/ prazer em cada sexo está apresentada na Tabela 2. Tanto nos homens como nas mulheres houve associação estatisticamente significativa entre humor deprimido com perda de interesse/ prazer. Isto é, a maioria dos homens e das mulheres classificados como humor deprimido positivo também foram classificados como perda de interesse/prazer positivo.

A Tabela 3 mostra a associação dos itens do questionário de estratégias de enfrentamento com humor deprimido entre os homens e entre as mulheres. Os homens apresentaram associação significativa entre alteração de humor e doze dos demais itens do questionário (QEE). Aqueles que apresentaram escores positivos para humor deprimido também responderam que tinham outras mudanças cognitivas na linha depressiva, como as avaliadas pelas questões achei que estava deprimido (12), achei que tinha depressão (13), senti-me desencorajado em relação ao futuro (18), senti que tinha falhado (19), senti-me culpado (21), senti que poderia ser punido (22), senti-me desapontado comigo mesmo (23), e critiquei-me por minhas fraquezas e erros (24).

Entre as mulheres, houve associação significativa de sete itens do QEE com humor deprimido. Aquelas que foram classificadas como positivas para alteração de humor responderam ficar a maior parte do tempo pensando no que sentiam (5), necessidade de falar com os outros sobre o que sentia (6), sentir um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber definir o que era (10), sentir-se desapontada consigo mesma (23). Por outro lado, as mulheres que não apresentaram alteração de humor responderam não ter procurado ajuda de terapeuta (7), não ter se sentido desencorajada em relação ao futuro (18), e não ter pensado em se matar (25). Desta forma, a direção da associação nem sempre se deveu às mulheres com alteração de humor terem relatado a presença de outros sintomas, mas porque elas se distribuíram mais similarmente entre presença e ausência de um outro sintoma, enquanto aquelas que não

apresentaram alteração de humor responderam praticamente na sua totalidade não ter os demais sintomas (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra a associação dos itens do QEE com perda de interesse ou prazer entre os homens e as mulheres. Para as questões 3, 4, 13, 18, 19, 21, 22, 25, 29, 30 os homens sem perda de interesse ou prazer também referiram não apresentar estes outros comportamentos. Para as questões 10, 11, 12, 23, 24 e 31 aqueles que apresentaram perda de prazer também afirmaram terem tido estes outros sintomas. Os homens com perda de prazer não concordaram com a questão “minha vida não mudou em nada” (16), enquanto que aqueles que não tiveram perda de prazer concordaram com a questão “procurei não deixar que os sentimentos interferissem em minha rotina” (8). Os homens com perda de prazer não concordaram mais com a questão "ao invés de ficar ocupado(a) com sentimentos, procurei aumentar meu envolvimento com atividades cotidianas".

As mulheres com perda de interesse/ prazer (N=74) também relataram apresentar os comportamentos das questões 1, 10, 11, 12, 23, 24 e 29, e também não concordaram com a questão 16 “minha vida não mudou em nada”. Para as questões 13, 18, 19, 21, 22, 25 e 30 as mulheres sem perda de interesse ou prazer afirmaram não apresentarem estes outros sintomas.

DISCUSSÃO

Neste estudo, investigamos a hipótese de que a recordação do evento de vida mais estressante (depressogênico) já vivido por uma amostra de estudantes universitários saudáveis, provocaria o relato de mais tristeza por parte das mulheres e mais perda de prazer e /ou interesse pelos homens. Observamos que as mulheres apresentaram significativamente mais alteração de humor do que os homens, mas a frequência de perda de interesse ou prazer foi semelhante à dos homens. A porcentagem de humor deprimido e de perda de prazer foi similar

entre os homens (em torno de 45%). Entre os homens, aqueles que apresentaram alteração de humor também foram na sua maioria os que mostraram perda de interesse ou prazer. Muitas mulheres que não apresentaram perda de interesse ou prazer foram classificadas por terem humor deprimido, evidenciando o impacto muito mais generalizado sobre humor no sexo feminino. Assim como o transtorno depressivo maior é clinicamente heterogêneo com sintomas variados e com diferentes sintomas entre os gêneros, o padrão de manifestações recordadas após a lembrança de uma situação estressante também diferiu entre homens e mulheres. Alguns estudos em indivíduos com depressão demonstraram que mulheres têm mais aumento de apetite, maior ganho de peso, mais alterações de sono, mais fadiga e retardo psicomotor do que homens (Young et al., 1990; Ernst & Angst, 1992; Carter et al., 2000; Khan et al, 2002). Em geral, as mulheres relatam sintomas mais graves e/ou em maior número, especialmente nos instrumentos auto-respondidos (Young et al, 1990; Angst & Dobler-Mikola, 1984).

Pode-se supor que lembrar ter reagido com perda de interesse e/ou prazer implica algum grau de prejuízo socio-ocupacional (no trabalho, na relação com as pessoas). Um estudo multicêntrico numa amostra de sujeitos atendidos em cuidados primários de saúde demonstrou que a magnitude da preponderância feminina nos quadros de depressão é inversamente associada ao grau de prejuízo social (Maier et al.,1999). Uma coorte de 591 indivíduos adultos jovens (Angst & Dobbler- Mikola, 1984) observou mais relatos de sintomas depressivos entre as mulheres. Entretanto, quando a prevalência de disfunção socio-ocupacional provocada pela depressão foi avaliada, estas diferenças entre gêneros não foram mais observadas. Por outro lado, uma outra investigação não demonstrou diminuição desta diferença quando disfunção socio-ocupacional foi incluída na definição de doença (Fennig et al, 1994).

Em relação aos demais aspectos investigados, quando a alteração de humor é considerada o núcleo central da síndrome depressiva (presente pela recordação do evento depressogênico), o número de itens significativamente associados é menor entre as mulheres do que entre os homens. Os homens responderam todos estes aspectos na mesma direção da

alteração do humor, sugerindo um padrão mais coerente com a síndrome depressiva. Para as mulheres, a direção da associação nem sempre foi determinada pelas respostas daquelas com alteração de humor (terem também relatado presença de outros aspectos), mas pelo fato de que aquelas que não apresentaram humor deprimido consistentemente referiram não apresentá-los. Por exemplo, as mulheres sem alteração de humor responderam não terem procurado ajuda de terapeuta, não sentirem-se desencorajadas em relação ao futuro, e não terem pensado em se matar, enquanto aquelas com alteração de humor foram menos consistentes nestes itens (em torno de 50% sim e 50% não para cada um deles). Isto quer dizer que as estudantes que sentiram-se tristes, chateadas, irritadas e/ou que choraram quando enfrentaram a situação mais difícil de suas vidas, nem sempre apresentaram outras reações possivelmente depressivas.

Além disso, o pequeno número de itens significativamente associados (7 de 31) também sugere pouca compatibilidade com uma síndrome depressiva (então chorar, relatar tristeza não necessariamente teria o significado de depressão), já que muitos destes itens também avaliam sintomas depressivos. Parece que a alteração de humor das mulheres é um “falso humor deprimido”, uma vez que não é acompanhado dos demais sintomas. Numa perspectiva evolucionista de analisar diferenças entre gêneros, alguns estudos sugerem que se deveria fazer distinção entre sofrimento emocional adaptativo e doença mental. O afeto negativo provocado por alguma situação estressante pode ser mais uma resposta adaptativa do que manifestação de psicopatologia (Mcuire & Troisi, 1998; Troisi, 2001). Desta forma, poderíamos supor que, no presente estudo, as mulheres que tiveram alteração de humor associada a poucas outras reações (ficar a maior parte do tempo pensando no que sentiam, necessidade de falar com outros sobre seus sentimentos, sentir desconforto mesmo sem saber definir o que era, sentir-se desapontada consigo mesma) não apresentaram vários dos demais comportamentos associados a um quadro depressivo, poderiam ter manifestado uma resposta adaptativa ao estresse. Classificá-las como deprimidas poderia ser um equívoco.

Entre os homens, esta alteração de humor assume um carácter depressivo pois é acompanhado de um maior número de itens (12 de 31) que também avaliam sintomas depressivos. A avaliação de diferenças entre os gêneros nos transtornos mentais menores detectados por questionários auto-respondidos e as associações com suicídio realizada num estudo recente, concluiu que o risco de suicídio nestas condições, incluindo depressão diagnosticada na comunidade, foi maior nos homens do que nas mulheres (Gunnell et al, 2002). Estes autores questionam a validade de respostas a questionários auto-respondidos rastreadores de doença mental como possível explicação para o contraste de maiores taxas de suicídio nos homens, e maior prevalência de depressão nas mulheres. Sugerem que, de forma similar ao que ocorre nos questionários sobre relato de angina na área cardiovascular, o limiar para homens relatarem sintomas psicológicos é mais alto do que o das mulheres. Assim, homens que relatam sintomas e são detectados teriam transtornos mais graves e risco aumentado de suicídio. Este raciocínio também pode ser aplicado aos achados de nosso estudo quanto ao padrão mais consistente do quadro depressivo recordado nos homens.

Mulheres podem expressar-se diferente de homens e isto pode causar uma falsa impressão de que as mulheres sofrem mais (Nolen-Hoeksema, 1987). Newmann (1987) já sugeriu que o sentimento de tristeza é típico de mulheres e é associado à solidão, não havendo diferenças entre os gêneros na síndrome depressiva como tal. Também sugeriu ser a tristeza uma reação emocional das mulheres, as quais são mais dependentes das relações interpessoais, e que este sintoma não pertence ao “core” da depressão.

No nosso estudo, quando o núcleo central foi perda de prazer e/ou interesse, houve uma associação de maior número dos demais aspectos investigados pelo QEE. No entanto, esta associação nem sempre mostrou clara concordância com perda de prazer, tanto para os homens como para as mulheres. Entre os homens, houve associação estatisticamente significativa de 19 dos 31 aspectos investigados. Aqueles que apresentaram perda de prazer também referiram achar que estavam deprimidos, sentir desconforto sem saber definir o que

era, sentir-se desapontados consigo próprios, criticar-se por suas fraquezas, preferir ficar só nos momentos de maior tristeza, tentar entender o mal estar que sentiam, e achar que a vida mudou. Já os que não tiveram perda de prazer, relataram não achar que tinham depressão, não dormir mais do que o habitual, não ter falhado, não sentir-se culpado, não ficar desencorajado em relação ao futuro, não pensar em se matar, não adiar as decisões, entre outros.

Entre as mulheres, 15 dos demais 31 aspectos investigados mostraram associação com perda de prazer, mas também houve diversidade no padrão das respostas. Para metade deles, o comportamento das mulheres com perda de prazer foi o que determinou a direção da associação e na outra metade, aquelas que não apresentaram perda de prazer. As positivas referiram que o apetite por doces aumentou, achavam-se deprimidas, sentiam-se desapontadas consigo próprias, adiaram suas decisões, criticaram-se por suas fraquezas, acharam que a vida mudou, e sentiam um desconforto sem saber definir o que era. Aquelas que não tiveram perda de prazer não acharam que tinham depressão, não sentiram-se desencorajadas em relação ao futuro, não sentiram-se culpadas, nem que tivessem falhado, não poderiam ser punidas, não pensavam em matar-se, entre outros. De qualquer forma, o núcleo perda de interesse ou prazer parece ter sido mais coerente com um quadro depressivo para ambos os sexos. Pressupondo maior associação deste comportamento depressivo com prejuízo socio-ocupacional, este achado parece ajustar-se à hipótese de que a intensidade dos sintomas depressivos, especialmente do humor, e o prejuízo socio-ocupacional causado pela depressão sejam domínios independentes, que podem inclusive necessitar diferentes estratégias terapêuticas e devam ser sempre avaliados (Parker, 1997).

Como limitação do presente estudo, tanto homens como mulheres podem ter respondido segundo um padrão que consideram ser apropriado para seu gênero, havendo uma distorção de suas memórias pelas expectativas de seus papéis. Durante a ocorrência de sintomas (episódio depressivo) ou do impacto negativo de um evento de vida pode ser menos provável que este tipo de distorção aconteça. O papel atribuído ao gênero masculino nas

sociedades ocidentais implica não perceber ou admitir ansiedade, tristeza, desesperança, não chorar, ser estóico e ignorar sintomas, havendo sub-diagnóstico da síndrome depressiva nos homens (Moller-Leimkuhler, 2002). Normas sociais da masculinidade tradicional podem tornar mais difícil a procura de ajuda devido a inibição da expressividade emocional influenciando a percepção do sintoma de depressão.

Outra limitação poderia ser a não identificação do tipo de situação estressante recordada pelos participantes e seu potencial impacto, o que limita algumas discussões. No entanto, estudos recentes sobre eventos estressantes e as doenças mentais enfatizam a importância de medidas subjetivas para os eventos de vida e da possibilidade de avaliar as reações que cada indivíduo apresentou a determinados eventos, ao invés de usar instrumentos padronizados ou listas de eventos entre outros (Kessler & Wethington, 1994; Troisi, 2001; Paykel, 2001).

Tabela 1. Associação de humor deprimido e perda de interesse ou prazer com gênero.

	Homens (N=143)	Mulheres (N=130)	Valor de p
Humor deprimido +	63	97	0,000
Humor deprimido -	80	33	
Perda Interesse/Prazer +	65	74	0,08
Perda Interesse/Prazer -	78	56	

Análise por Qui-quadrado

Tabela 2. Distribuição da alteração de humor em relação à perda de interesse ou prazer

Homens (N=143)			
	Perda de Interesse ou Prazer +	Perda de Interesse ou Prazer -	P
Humor deprimido +	40	23	0,0002*
Humor deprimido -	25	55	

Mulheres (N=130)			
	Perda de Interesse ou Prazer +	Perda de Interesse ou Prazer -	P
Humor deprimido +	63	34	0,0030*
Humor deprimido -	11	22	

- Qui-quadrado

Tabela 3. Itens do QEE e humor deprimido nos homens e mulheres da amostra

Itens do QEE		HOMENS		Valor de p	MULHERES		Valor de p
		+	-		+	-	
1. Meu apetite por doces aumentou	S	18	19	NS	58	17	NS
	N	45	59		38	16	
2. Comi mais do que o habitual	S	16	17	NS	38	12	NS
	N	47	61		57	21	
3. Dormi mais do que o habitual	S	25	21	NS	44	08	0,05
	N	38	57		52	29	
4. Tomei vários “porres”	S	19	11	0,035	19	06	NS
	N	44	67		77	27	
5. Ficava a maior parte das horas pensando no que estava sentindo	S	52	36	0,001	77	20	0,04
	N	11	42		19	13	
6. Necessitava falar com os outros sobre o que eu estava sentindo	S	39	39	NS	70	17	0,04
	N	24	39		26	16	
7. Procurei ajuda de um terapeuta	S	06	07	NS	19	01	0,04
	N	57	71		77	32	
8. Procurei não deixar que os sentimentos interferissem em minha rotina	S	41	66	0,013	68	20	NS
	N	22	12		28	13	
9. Ao invés de ficar ocupado(a) com os sentimentos, procurei aumentar meu envolvimento com atividades cotidianas	S	22	50	0,001	47	17	NS
	N	41	28		48	16	
10. Sentia um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber definir o que era	S	51	52	NS	80	19	0,005
	N	12	26		16	14	
11. Tentava entender o mal-estar que sentia	S	50	56	NS	65	21	NS
	N	13	22		31	12	
12. Achei que estava deprimido(a)	S	48	36	0,001	69	19	NS
	N	15	42		27	14	
13. Achei que tinha depressão	S	32	14	0,001	36	06	NS
	N	31	63		60	27	
14. Procurei vários médicos	S	02	02	NS	04	00	NS
	N	61	75		92	33	
15. Pensei algo do tipo “o que não tem solução, solucionado está”	S	23	18	NS	21	07	NS
	N	40	59		75	26	
16. Minha vida não mudou em nada	S	17	27	NS	19	08	NS
	N	46	50		77	24	
18. Senti-me desencorajado(a) em relação ao futuro	S	27	11	0,001	49	08	0,02
	N	36	68		48	22	
19. Senti que tinha falhado	S	40	19	0,001	49	11	NS
	N	23	61		48	22	
21. Senti-me culpado(a)	S	40	28	0,001	53	13	NS
	N	23	52		44	26	
22. Senti que poderia ser punido(a)	S	30	10	0,001	32	10	NS
	N	33	69		65	23	
23. Senti-me desapontado(a) comigo mesmo(a)	S	43	37	0,020	69	15	0,01
	N	20	42		27	18	
24. Critiquei-me por minhas fraquezas e erros	S	43	32	0,002	62	17	NS
	N	20	47		35	16	
25. Às vezes, pensei em me matar	S	17	07	0,008	24	01	0,013
	N	46	73		73	32	
29. Adiei minhas decisões mais do que antes	S	40	25	0,001	60	14	NS
	N	23	55		37	19	
30. Preocupe-me por estar parecendo velho(a) e sem atrativos	S	33	11	0,001	51	12	NS
	N	30	69		46	21	
31. Nos momentos de maior tristeza preferia ficar sozinho(a)	S	41	37	0,045	43	13	NS
	N	22	42		53	20	
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que estava sentindo	S	16	24	NS	44	15	NS
	N	47	55		52	18	
34. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre qualquer outra coisa	S	07	18	NS	22	07	NS
	N	56	61		74	26	
35. Nos momentos de maior tristeza, tentava me ocupar	S	24	36	NS	38	18	NS
	N	39	43		58	15	
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes	S	15	26	NS	12	07	NS
	N	48	53		84	26	
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras	S	02	03	NS	12	05	NS
	N	61	76		84	28	

Qui-quadrado

Tabela 4. Itens do QEE e perda de interesse ou prazer entre homens e mulheres da amostra

Itens do QEE		HOMENS		Valor de p	MULHERES		Valor de p
		+	-		+	-	
1. Meu apetite por doces aumentou	S	18	19	NS	50	25	0,01
	N	47	57		23	31	
2. Comi mais do que o habitual	S	15	18	NS	32	18	NS
	N	50	58		40	38	
3. Dormi mais do que o habitual	S	30	16	0,003	33	19	NS
	N	35	60		40	37	
4. Tomei vários “porres”	S	21	09	0,005	18	07	NS
	N	44	67		55	49	
5. Ficava a maior parte das horas pensando no que estava sentindo	S	46	42	NS	60	37	NS
	N	19	34		13	19	
6. Necessitava falar com os outros sobre o que eu estava sentindo	S	39	39	NS	50	37	NS
	N	26	37		23	19	
7. Procurei ajuda de um terapeuta	S	08	05	NS	14	06	NS
	N	57	71		59	50	
8. Procurei não deixar que os sentimentos interferissem em minha rotina	S	43	64	0,021	46	42	NS
	N	22	12		27	14	
9. Ao invés de ficar ocupado(a) com sentimentos, procurei aumentar meu envolvimento com atividades cotidianas	S	24	48	0,003	30	34	NS
	N	41	28		42	22	
10. Sentia um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber definir o que era	S	54	49	0,022	65	34	0,001
	N	11	27		08	22	
11. Tentava entender o mal-estar que sentia	S	55	51	0,027	55	31	0,03
	N	10	25		18	25	
12. Achei que estava deprimido(a)	S	52	32	0,001	58	30	0,003
	N	13	44		15	26	
13. Achei que tinha depressão	S	31	15	0,001	34	08	0,001
	N	33	61		39	48	
14. Procurei vários médicos	S	03	01	NS	04	00	NS
	N	61	75		69	56	
15. Pensei algo do tipo: o que não tem solução, solucionado está”	S	22	19	NS	13	15	NS
	N	42	57		60	41	
16. Minha vida não mudou em nada	S	13	41	0,015	09	18	0,010
	N	51	45		64	37	
18. Senti-me desencorajado(a) em relação ao futuro	S	27	11	0,001	44	13	0,001
	N	37	67		30	43	
19. Senti que tinha falhado	S	38	21	0,001	45	15	0,001
	N	27	57		29	41	
21. Senti-me culpado(a)	S	39	29	0,010	46	20	0,005
	N	26	49		28	36	
22. Senti que poderia ser punido(a)	S	24	16	0,040	34	08	0,001
	N	40	62		40	48	
23. Senti-me desapontado(a) comigo mesmo(a)	S	47	34	0,001	57	28	0,002
	N	18	44		17	28	
24. Critiquei-me por minhas fraquezas e erros	S	46	30	0,001	55	24	0,001
	N	19	48		19	32	
25. Às vezes, pensei em me matar	S	19	05	0,001	20	05	0,017
	N	46	73		54	51	
29. Adiei minhas decisões mais do que antes	S	47	18	0,001	56	18	0,001
	N	18	60		18	38	
30. Preocupe-me por estar parecendo velho(a) e sem atrativos	S	31	13	0,001	48	15	0,001
	N	34	65		26	41	
31. Nos momentos de maior tristeza preferia ficar sozinho(a)	S	44	34	0,008	37	19	NS
	N	21	43		36	37	
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que estava sentindo	S	16	24	NS	31	28	NS
	N	49	53		42	28	
34. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre qualquer outra coisa	S	07	18	NS	12	17	NS
	N	58	59		61	39	
35. Nos momentos de maior tristeza, tentava me ocupar	S	27	33	NS	29	27	NS
	N	38	44		44	29	
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes	S	17	24	NS	08	11	NS
	N	48	53		65	45	
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras	S	04	01	NS	10	07	NS
	N	61	76		63	49	

Qui-quadrado

7. ANEXOS

ANEXO 1. Termo de Consentimento Pós-Informação

Esta pesquisa tem por objetivo estudar o comportamento dos indivíduos em situações experimentadas como depressivas, além de investigar a presença ou não de sintomas depressivos nos indivíduos avaliados. O indivíduo que concordar em participar do estudo responderá a questões auto-respondidas.

Eu fui informado dos objetivos e da justificativa da pesquisa. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Sei que meu nome será mantido em sigilo e que não há qualquer risco à minha saúde. Poderei obter os resultados da pesquisa quando esta estiver concluída, se assim eu desejar.

Assinatura do voluntário.....

Assinatura do investigador.....

Endereço de contato com algum dos pesquisadores: anacamoz@terra.com.br

Data/...../.....

ANEXO 2. Questionário de identificação e Escala para Nível Socioeconômico

IDENTIFICAÇÃO: IDADE:

SEXO: ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE(ANOS COMPLETOS DE ESTUDO):

ESCALA PARA NÍVEL SÓCIOECONÔMICO

A Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado criou, em 1978, um novo sistema de classificação socioeconômica. O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas socioeconomicamente mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados “itens de conforto”, tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item, ao invés de simplesmente atribuírem-se pontos conforme a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada nas classes A, B, C, D e E, conforme mostrado a seguir.

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/Colegial incompleto	3
Colegial completo/Superior incompleto	5
Superior completo	10

Por exemplo:

O sujeito X possui 1 televisão, 3 rádios, 1 automóvel, 1 telefone e 1 geladeira.

X tem nível superior incompleto. Assim, X tem a seguinte pontuação: $2 + 3 + 4 + 5 + 2 + 5 = 21$

Com isto, X é classificado na classe B.

Classe	Pontos
A	35 ou mais
B	21 a 34
C	10 a 20
D	5 a 9
E	0 a 4

ANEXO 3: SRQ (SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE)

1. Você tem dores de cabeça com frequência?	SIM	NÃO	
2. Tem falta de apetite?	SIM	NÃO	
3. Dorme mal?	SIM	NÃO	
4. Fica com medo com facilidade?	SIM	NÃO	
5. Suas mãos tremem?	SIM	NÃO	
6. Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	SIM	NÃO	
7. Tem problemas digestivos?	SIM	NÃO	
8. NÃO consegue pensar com clareza?	SIM(concorda)NÃO(discorda)		
9. Sente-se infeliz?	SIM	NÃO	
10. Chora mais que o comum?	SIM	NÃO	
11. Acha difícil gostar das atividades diárias?	SIM	NÃO	
12. Acha difícil tomar decisões?	SIM	NÃO	
13. Seu trabalho diário é um sofrimento	SIM	NÃO	
14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida?	SIM(concorda)NÃO(discorda)		
15. Perdeu interesse pelas coisas?	SIM	NÃO	
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	SIM	NÃO	
17.O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	SIM		NÃO
18. Se sente cansado o tempo todo?	SIM	NÃO	
19. Tem sensações desagradáveis o tempo todo?	SIM	NÃO	
20. Fica cansado com facilidade?	SIM	NÃO	

ANEXO 4 : Versão modificada do Instrumento de Knap e cols. e adaptado para a língua portuguesa.

ESTA É UMA PESQUISA QUE TEM A FINALIDADE DE AVALIAR O COMPORTAMENTO, A REAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÕES EXPERIMENTADAS DIFÍCEIS, DOLOROSAS E TRISTES.

PARA ISSO GOSTARÍAMOS QUE VOCÊ LEMBRASSE DA SITUAÇÃO MAXIMAMENTE ATORMENTADORA (A MAIS DIFÍCIL, TRISTE E/ OU DOLOROSA) QUE JÁ EXPERIMENTOU, E RESPONDESSE AS QUESTÕES QUE IREMOS LHE MOSTRAR DE ACORDO COM O QUE VOCÊ RECORDA TER SENTIDO NA OCASIÃO.

ANEXO 5. Versão auto-respondida da escala de Hamilton para Depressão (Carroll Rating Scale) - (adaptada para o tempo verbal adequado)-Responda este questionário também de acordo com o que você LEMBRA QUE SENTIU EM CONSEQÜÊNCIA DA SITUAÇÃO AGORA RECORDADA.

	SIM	NÃO
1. Eu me senti com tanta energia como sempre.		
2. Eu perdi peso.		
3. Eu abandonei muitos dos meus interesses e atividades.		
4. Perdi completamente o interesse em sexo.		
5. Eu estive especialmente preocupado(a) em como o meu corpo estava funcionando.		
6. É óbvio que eu estava perturbado(a) e agitado(a).		
7. Eu ainda era capaz de continuar fazendo o trabalho que fazia.		
8. Eu pude me concentrar facilmente Quando estava lendo jornais.		
9. Para eu pegar no sono, levava mais do que meia hora.		
10. Eu andava inquieto(a) e nervoso(a).		
11. Eu acordava muito mais cedo que o necessário pela manhã.		
12. Morrer era a melhor solução para mim.		
13. Eu tive muitos problemas com tontura e sensação de desmaio.		
14. Eu estava sendo punido(a) por algo ruim do meu passado.		
15. Meu interesse sexual não mudou.		
16. Frequentemente eu me sentia infeliz, com vontade de chorar.		
17. Eu, freqüentemente, desejava estar morto (a).		
18. Eu tinha problemas de indigestão.		
19. Eu acordava seguidamente no meio da noite.		
20. Eu me sentia desvalorizado(a) e envergonhado(a).		
21. Eu estava tão devagar que precisava de ajuda para tomar banho e me vestir.		
22. Eu levava muito mais tempo para dormir à noite.		
23. A maior parte do tempo eu sentia muito medo, mas não sabia a razão.		
24. As coisas que eu me arrependi de ter feito me incomodavam.		
25. Eu tinha prazer e satisfação com o que estivesse fazendo.		
26. Tudo o que eu precisei foi um bom descanso para estar perfeitamente bom de novo.		
27. Meu sono era conturbado e agitado.		
28. Minha mente estava tão rápida e alerta como antes.		
29. Eu sentia que a vida ainda valeria a pena ser vivida .		
30. Minha voz estava desanimada e sem vida.		
31. Eu me sentia irritável e tenso (a).		
32. Eu me sentia com bom humor.		
33. Às vezes meu coração batia mais rápido.		
34. Eu achava que o meu caso não tinha esperança.		
35. Eu acordava antes do meu horário habitual		
36. Eu ainda apreciava as minhas refeições como antes.		
37. Eu ficava "marcando bobeira" a maior parte do tempo.		
38. Eu estava aterrorizado e quase em pânico.		
39. Meu corpo era ruim por dentro.		
40. Eu estava doente em função do "mau tempo" que andávamos tendo.		
41. Às minhas mãos tremiam tanto que as pessoas notavam facilmente.		
42. Eu ainda gostava de sair e encontrar pessoas.		
43. Eu acho que parecia calmo por fora.		
44. Eu pensava que era uma pessoa tão boa quanto qualquer outra.		
45. Meu problema era o resultado de alguma doença interna séria.		
46. Eu pensava em me matar.		
47. Eu dificilmente fazia alguma coisa.		
48. Havia apenas desgraça no futuro para mim.		
49. Eu me preocupava bastante com sintomas físicos.		
50. Eu tinha que me forçar a comer, mesmo que pouco.		
51. Eu ficava exausto (a) a maior parte do tempo.		
52. Eu perdi muito peso.		

ANEXO 6. Questionário de estratégias de enfrentamento: questionário sobre comportamentos, sentimentos e reações relacionados a situação recordada (QEE).

Responda este questionário de acordo com o que você LEMBRA QUE SENTIU EM CONSEQÜÊNCIA DA SITUAÇÃO AGORA RECORDADA.

Questões	Sim	Não
1.Meu apetite por doces aumentou.		
2.Comi mais do que meu habitual.		
3.Dormi mais do que meu habitual.		
4.Tomei vários “porres”.		
5.Ficava a maior parte das horas pensando no que eu estava sentindo.		
6.Tinha necessidade de falar com os outros sobre o que eu estava sentindo.		
7.Procurei ajuda de um Terapeuta.		
8.Procurei não deixar que os sentimentos interferissem em minha rotina.		
9.Ao invés de ficar ocupado(a) com os sentimentos, procurei aumentar meu envolvimento com minhas atividades cotidianas.		
10.Sentia um desconforto, algo diferente, mesmo sem saber definir o que era.		
11.Tentava entender o mal-estar que sentia.		
12.Achei que estava deprimido(a).		
13.Achei que tinha depressão.		
14.Procurei vários médicos.		
15.Pensei algo do tipo: “ o que não tem solução, solucionado está”.		
16.Minha vida não mudou em nada.		
17.Senti-me triste.		
18.Senti-me desencorajado(a) em relação ao futuro.		
19.Senti que tinha falhado.		
20.Não consegui mais sentir-me satisfeito(a).		
21.Senti-me culpado(a).		
22.Senti que poderia ser punido(a).		
23.Senti-me desapontado(a) comigo mesmo(a).		
24.Critiquei-me por minhas fraquezas e erros.		
25.Às vezes, pensei em me matar.		
26.Chorei mais do que antes.		
27.Fiquei chateado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que antes.		
28.Interessei-me menos do que antes pelas outras pessoas.		
29.Adiei minhas decisões mais do que antes.		
30.Preocupe-me por estar parecendo velho(a) e sem atrativos.		
31.Precisei de mais força para começar qualquer coisa ou trabalhar.		
32.Nos momentos de maior tristeza, preferia ficar sozinho.		
33. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre o que estava sentindo.		
34. Nos momentos de maior tristeza, procurava alguém para conversar sobre qualquer outra coisa.		
35. Nos momentos de maior tristeza, tentava me ocupar.		
36. Nos momentos de maior tristeza, ia praticar esportes.		
37. Nos momentos de maior tristeza, ia fazer compras.		

ANEXO 7. Questionário de opinião

Considerando a forma que você acredita que os homens e as mulheres pensam:

	SIM	NÃO
Em geral, você acha que homens demonstram menos seus sentimentos.		
Em geral, você acha que as mulheres demonstram seus sentimentos com mais facilidade		
As mulheres conseguem expressar seus sentimentos com palavras		
As mulheres conseguem expressar seus sentimentos com ação		
Os homens conseguem expressar seus sentimentos com palavras		
Os homens conseguem expressar seus sentimentos com ação		